

T.C  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUK TANILI  
ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ  
DAMGALANMA  
ALGISI, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE AİLE  
İŞLEVSELLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Gökçe ANILIR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR  
2023



T.C  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUK TANILI  
ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ  
DAMGALANMA  
ALGISI, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE AİLE  
İŞLEVSELLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Gökçe ANILIR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Murat EYÜBOĞLU

ESKİŞEHİR  
2023

## TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA,

Dr. Gökçe ANILIR'a ait "Nörogelişimsel Bozukluk Tanılı Çocukların Ailelerinde İçselleştirilmiş Damgalanma Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Aile İşlevselliğinin Araştırılması" adlı çalışma jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliğiyle kabul edilmiştir.

Tarih: .../.../....

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Murat EYÜBOĞLU

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Saniye Tülin FİDAN

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Damla EYÜBOĞLU

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun .....tarih ve .....sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

Dekan

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez danışmanlık süresince bana yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Murat Eyüboğlu'na, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi ailesine dahil olduğum günden bu yana eğitimime katkıda bulunan anabilim dalı başkanımız sayın Doç. Dr. S. Tülin Fidan hocama, beraber çalışmaya başladığımızdan bu yana hem değerli bir eğitmen hem bir yol gösterici olarak gördüğüm Doç. Dr. Damla Eyüboğlu hocama, uzmanlık eğitimimin ilk yarısında dahil olduğum Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ailesine, süreçte bana destek olan tüm ekip arkadaşlarıma, desteğini özel olarak hissettiğim canım dostum Dr. Gizem Cengiz'e, tüm akademik hayatım boyunca hem maddi hem manevi olarak daima yanımda olan biricik annem Hülya Anılır'a, canım ablam Seda Durucasu'ya, kıymetli babacım Ramazan Anılır'a, bu süreçte her türlü teknik desteği ile gece gündüz demeden yardımına koşan canım abim Reha Durucasu'ya ve son olarak benimle hayatın acı tatlı her yönünü paylaşan hayat arkadaşım Çağrı Erdem Özdemir'e en içten saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Anılır, G. Nörogelişimsel Bozukluk Tanılı Çocukların Ailelerinde İçselleştirilmiş Damgalanma Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Aile İşlevselliğinin Araştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2023.** Çalışmamızın amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Otizm Spektrum Bozukluğu, Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme ve sağlıklı çocukların ebeveynlerini içselleştirilmiş damgalanma, sosyal destek algısı, aile işlevselliği açısından değerlendirmektir. Bu amaçla 41 DEHB, 44 OSB, 40 ZY/GGG, 38 sağlıklı çocuğun ebeveynine Sosyodemografik Veri Formu, Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi verilmiştir. Çalışmamızda OSB grubundaki ve özel eğitim alan çocukların ebeveynlerinin daha fazla damgalandığı, ZY/GGG grubunda düşük gelir seviyesinin, düşük sosyal destek algısının, düşük aile işlevselliğinin, çocukların psikososyal sorunlarının ebeveynlerdeki damgalanmayı arttırdığı, tanı almış çocukların ebeveynlerinde sosyal destek ve aile işlevselliğinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. DEHB grubunda yüksek gelirin yüksek sosyal destek algısıyla, ve bunun da aile işlevselliğindeki yükseklikle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca OSB grubunda psikososyal sorunların sosyal destek algısını, boşanmanın aile işlevselliğini bozduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak OSB’li çocukların ailelerinin daha fazla damgalanmış hissettikleri, sosyal desteğin damgalanma ve aile işlevselliğindeki düşüklüğe karşı koruyucu olabileceği, psikososyal sorunlar ve düşük gelir düzeyinin damgalanma için risk oluşturduğu, özel eğitim alan OSB’lilerin ebeveynlerinin daha fazla damgalanmış hissettikleri, psikososyal sorunlar ve düşük gelir düzeyinin sosyal desteği olumsuz etkilediği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Damgalanma, Sosyal Destek, OSB, DEHB, ZY

## ABSTRACT

**Anılır, G.\_Investigation of Internalized Stigma Perception, Perceived Social Support and Family Functioning in the Families of Children with Neurodevelopmental Disorder. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Mental Health and Diseases, Medical Specialty Thesis, Eskişehir, 2023.** The aim of our study is to evaluate the parents of Attention Deficit Hyperactivity Disorder , Autism Spectrum Disorder, Intellectual Disability/Developmental Delay and healthy children in terms of internalized stigma, perception of social support, and family functionality, and to draw attention to the importance of planning social support programs for families with low social support and stigma. For this purpose, the Sociodemographic Data Form, Parents' Internalized Stigma in Mental Illness Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale, Family Rating Scale, Strengths and Difficulties Questionnaire were given to the parents of 41 ADHD, 44 ASD, 40 ID/DD, 38 healthy children. In our study, it was determined that parents of children in the ASD group and those receiving special education were more stigmatized, low income level, low social support perception, low family functionality, psychosocial problems of children increased stigma in parents of ID/DD group, and social support and family functionality were lower in parents of diagnosed children. It has been shown that high income in the ADHD group is associated with high perception of social support, and this is associated with higher family functionality. In addition, it has been shown that psychosocial problems in the ASD group impair the perception of social support, and divorce impairs family functionality. As a result, it has been shown that families of children with ASD feel more stigmatized, social support may be protective against stigma and low family functionality, psychosocial problems and low income pose a risk for stigma, parents of children with ASD who receive special education feel more stigmatized, psychosocial problems and low income negatively affects social support.

**Key Words:** Stigma, Social Support, ASD, ADHD, ID

## İÇİNDEKİLER

|                                                   | Sayfa |
|---------------------------------------------------|-------|
| TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI                         | iii   |
| TEŞEKKÜR                                          | iv    |
| ÖZET                                              | v     |
| ABSTRACT                                          | vi    |
| İÇİNDEKİLER                                       | vii   |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ                    | xi    |
| TABLolar DİZİNİ                                   | xiii  |
| 1.GİRİŞ                                           | 1     |
| 2.GENEL BİLGİLER                                  | 4     |
| 2.1 Otizm Spektrum Bozukluğu                      | 4     |
| 2.1.1 Tanım, Tarihçe ve Epidemiyoloji             | 4     |
| 2.1.2 Etiyoloji                                   | 7     |
| 2.1.3 Klinik Özellikler                           | 10    |
| 2.1.4 Gidiş ve Prognoz                            | 13    |
| 2.2 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu   | 13    |
| 2.2.1 Tanım, Tarihçe ve Epidemiyoloji             | 13    |
| 2.2.2 Etiyoloji                                   | 15    |
| 2.2.3 Klinik Özellikler                           | 19    |
| 2.2.4 Gidiş ve Prognoz                            | 20    |
| 2.3 Genel Gelişimsel Gecikme/Zihinsel Yetersizlik | 21    |
| 2.3.1 Tanım, Tarihçe ve Epidemiyoloji             | 21    |

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3.2 Etiyoloji                                                                        | 23 |
| 2.3.3 Klinik Özellikler                                                                | 24 |
| 2.3.4 Gidiş ve Prognoz                                                                 | 26 |
| 2.4 Nörogelişimsel Bozuklukların Psikososyal Etkileri                                  | 26 |
| 2.5 Damgalama                                                                          | 31 |
| 2.5.1 Damgalama Tanımı                                                                 | 31 |
| 2.5.2 Damgalama Tarihçesi                                                              | 31 |
| 2.5.3 Damgalama Bileşenleri                                                            | 32 |
| 2.5.4 Damgalama Türleri                                                                | 33 |
| 2.5.5 Ebeveynlerde İçselleştirilmiş Damgalama Algısı                                   | 34 |
| 2.5.6 Otizm Spektrum Bozukluğu ve Damgalama                                            | 35 |
| 2.5.7 Zihinsel Yetersizlik ve Damgalama                                                | 37 |
| 2.5.8 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Damgalama                         | 38 |
| 2.6 Nörogelişimsel Bozukluklarda Aile İşlevselliği                                     | 40 |
| 2.7 Sosyal Destek                                                                      | 43 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM                                                                      | 46 |
| 3.1 Örneklem Seçimi                                                                    | 46 |
| 3.2 Gereçler                                                                           | 48 |
| 3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu                                                       | 48 |
| 3.2.2 Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş<br>Damgalanma Ölçeği (ERHİDÖ) | 48 |
| 3.2.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)                              | 49 |
| 3.2.4 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)                                                  | 49 |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 3.2.5 Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)                   | 50 |
| 3.3 Verilerin Toplanması                                 | 50 |
| 4.BULGULAR                                               | 52 |
| 4.1 Çocukların Sosyodemografik Özellikleri               | 52 |
| 4.1.1 Yaş ve Toplam Çocuk Sayısı                         | 52 |
| 4.1.2 Cinsiyet                                           | 53 |
| 4.1.3 Özel Eğitim                                        | 53 |
| 4.1.4 Kronik Hastalık                                    | 54 |
| 4.1.5 İlaç Kullanımı                                     | 55 |
| 4.1.6 Ek Psikiyatrik Hastalık                            | 56 |
| 4.2 Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri                | 56 |
| 4.2.1 Yaşanılan Yer                                      | 56 |
| 4.2.2 Anne-Baba Birliktelik Durumu                       | 57 |
| 4.2.3 Aile Tipi                                          | 58 |
| 4.2.4 Gelir Düzeyi                                       | 58 |
| 4.2.5 Anne Yaşı                                          | 59 |
| 4.2.6 Baba Yaşı                                          | 60 |
| 4.2.7 Anne Eğitim Durumu                                 | 60 |
| 4.2.8 Baba Eğitim Durumu                                 | 61 |
| 4.2.9 Anne İş Durumu                                     | 62 |
| 4.2.10 Baba İş Durumu                                    | 63 |
| 4.3 Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların Karşılaştırılması | 64 |
| 4.3.1 ERHİDÖ ile İlgili Bulgular                         | 64 |

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.3.2 ADÖ ile İlgili Bulgular                                                                  | 66  |
| 4.3.3 GGA ile İlgili Bulgular                                                                  | 70  |
| 4.3.4 ÇBASDÖ ile İlgili Bulgular                                                               | 73  |
| 4.4 Korelasyon Analizleri                                                                      | 75  |
| 4.4.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Grubunda<br>Yapılan Korelasyon Analizleri    | 76  |
| 4.4.2 Otizm Spektrum Bozukluğu Grubunda Yapılan Korelasyon<br>Analizleri                       | 82  |
| 4.4.3 Zihinsel Yetersizlik/ Genel Gelişimsel Gecikme Grubunda<br>Yapılan Korelasyon Analizleri | 85  |
| 5.TARTIŞMA                                                                                     | 97  |
| 5.1 Çalışmanın Kısıtlılıkları                                                                  | 114 |
| 6.SONUÇ VE ÖNERİLER                                                                            | 115 |
| KAYNAKLAR                                                                                      | 118 |
| EKLER                                                                                          |     |
| EK 1: Sosyodemografik Veri Formu                                                               |     |
| EK 2: Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği                     |     |
| EK 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği                                               |     |
| EK 4: Güçler ve Güçlükler Anketi                                                               |     |
| EK 5: Aile Değerlendirme Ölçeği                                                                |     |

## SİMGELER VE KISALTMALAR

|          |                                                                                                               |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AACAP    | American Academy of Child and Adolescent Psychiatry                                                           |
| ABD      | Amerika Birleşik Devletleri                                                                                   |
| ADMM     | Autism and Developmental Disorders Monitoring Network- Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı              |
| ADÖ      | Aile Değerlendirme Ölçeği                                                                                     |
| AIDS     | Acquired Immune Deficiency Syndrome                                                                           |
| APA      | The American Psychological Association- Amerikan Psikiyatri Birliği                                           |
| CDC      | Centers for Disease Control and Prevention- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi                                |
| COVID-19 | Corona Virus Disease-2019                                                                                     |
| ÇBASDÖ   | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği                                                                    |
| DA       | Dopamin                                                                                                       |
| DASK     | Dorsal Anterior Singulat Korteks                                                                              |
| DAT      | Dopamine Active Transporter                                                                                   |
| DBH      | Dopamin Beta Hidroksilaz                                                                                      |
| DEHB     | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu                                                                   |
| DLPFK    | Dorsolateral Prefrontal Korteks                                                                               |
| DSM      | The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı |
| ERHİDÖ   | Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği                                          |
| GGA      | Güçler ve Güçlükler Anketi                                                                                    |
| GGG      | Genel Gelişimsel Gecikme                                                                                      |

|      |                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ICD  | International Classification of Disease- Uluslararası Hastalık Sınıflandırması |
| IQ   | Intelligence Quotient- Zeka Katsayısı                                          |
| KSTK | Kortiko-Striato- Talamo-Kortikal                                               |
| MR   | Manyetik Rezonans                                                              |
| NA   | Noradrenalin                                                                   |
| NET  | Norepinephrine Transporter                                                     |
| OSB  | Otizm Spektrum Bozukluğu                                                       |
| WISC | Weschler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği                                             |
| YGB  | Yaygın Gelişimsel Bozukluk                                                     |
| ZY   | Zihinsel Yetersizlik                                                           |

## TABLOLAR

|                                                                           | Sayfa |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| 4.1 Çocukların yaşı, ortalama yaşı, tanı alma yaşı ve toplam çocuk sayısı | 52    |
| 4.2 Çocukların cinsiyete göre dağılımı                                    | 53    |
| 4.3 Özel eğitim alma durumu ve özel eğitim alma süresi                    | 54    |
| 4.4 Kronik fiziksel ve diğer hastalıklar durumu                           | 55    |
| 4.5 Sürekli ilaç kullanımı                                                | 55    |
| 4.6 Ek psikiyatrik hastalık                                               | 56    |
| 4.7 Yaşanılan yer                                                         | 57    |
| 4.8 Anne- babanın birliktelik durumu                                      | 57    |
| 4.9 Aile tipi                                                             | 58    |
| 4.10 Ailenin gelir düzeyi                                                 | 59    |
| 4.11 Anne yaşı                                                            | 59    |
| 4.12 Baba yaşı                                                            | 60    |
| 4.13 Annenin eğitim durumu                                                | 61    |
| 4.14 Babanın eğitim durumu                                                | 62    |
| 4.15 Annenin iş durumu                                                    | 63    |
| 4.16 Babanın iş durumu                                                    | 63    |
| 4.17 ERHİDÖ alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı                     | 64    |
| 4.18 ADÖ alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı                        | 67    |
| 4.19 GGA alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı                        | 71    |
| 4.20 ÇBASDÖ alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı                     | 74    |
| 4.21 DEHB grubunda ölçek korelasyon analizleri                            | 78    |

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 4.22 DEHB grubunda ADÖ ile ÇBASDÖ alt ölçekler arasındaki |    |
| korelasyon analizi                                        | 79 |
| 4.23 DEHB Grubunda ERHİDÖ ve ÇBASDÖ alt                   |    |
| ölçekler arasındaki korelasyon analizi                    | 81 |
| 4.24 OSB Grubunda ölçek korelasyon analizleri             | 84 |
| 4.25 OSB grubunda ÇBASDÖ ile GGA alt ölçekleri            |    |
| arasındaki korelasyon analizleri                          | 85 |
| 4.26 ZY/GGG grubunda ölçek korelasyon analizleri          | 90 |
| 4.27 ZY/GGG grubunda ADÖ ve ERHİDÖ alt                    |    |
| ölçekler arasındaki korelasyon analizi                    | 91 |
| 4.28 ZY/GGG grubunda ADÖ ve ÇBASDÖ alt                    |    |
| ölçekler arasındaki korelasyon analizi                    | 93 |
| 4.29 ZY/GGG Grubunda ERHİDÖ toplam puanı                  |    |
| ile GGA alt ölçekleri arasındaki korelasyon analizi       | 95 |
| 4.30 ZY/GGG Grubunda ERHİDÖ ve ÇBASDÖ alt                 |    |
| ölçekler arasındaki korelasyon analizi                    | 96 |

## 1.GİRİŞ

Damgalama (stigma) terimi bireyi “bütün ve olağan bir kişiden kusurlu, eksik bir kişiye” indirgeyen bir işaret veya nitelik olarak tanımlanmaktadır (1). Damgalama ile damgalanmış olana olumsuz özellikler atfedilmektedir. İnsanlık, çok eski zamanlardan bu yana pek çok hastalıkta damgalanmaya tanıklık etmiştir. Bulaşıcı hastalıklardan veba, sfiliz, tüberküloz, AIDS ve son olarak da COVID-19 bu hastalıklara örnek verilebilir (2–5). Yalnızca bulaşıcı hastalıklara sahip bireyler değil; kanser, diyabet, obezite gibi hastalıklara sahip bireylerin de damgalanmaya maruz kaldıkları görülmektedir (6–8). Tüm bunlar arasında damgalanmadan etkilenen hastalıkların başında şüphesiz ki ruhsal hastalıklar gelmektedir. Bunun nedenleri arasında ruhsal rahatsızlıkları olan kişilerin yardıma muhtaç, başkalarına bağımlı olarak deneyimlenmesi, belirtilerin arkasında yer alan belirsizlik, ruhsal rahatsızlıkları olan kişilere atfedilen ön görülemezlik, bu kişilerin şiddet eğilimli ve tehlikeli oldukları önyargıları yer almaktadır (9,10). Öte yandan insanlık tarihinin çok eski zamanlarına kadar uzanan bu damgalanmaya, yalnızca hastalık tanısı alan bireylerin değil, bireylerle ilişkili ebeveynlerin de maruz kaldığı ile ilgili yapılan çalışmalar gün geçtikçe artma eğilimindedir (11). Damgalanmış olan ebeveynler zamanla bu durumu kabullenerek içselleştirebilmektedir (12). Toplumsal damgalanmanın ebeveynler tarafından içselleştirilmesi pek çok sorunu beraberinde getirmektedir. Damgalanma algısını içselleştirmiş olan ebeveynler bir dizi duygusal ve davranışsal belirtiler göstermeye başlamakta ve çocuklarıyla olan ilişkileri olumsuz etkilenmekte; ayrıca çocuklarına verdikleri bakım ve sağlık profesyonelleriyle kurdukları iş birliği azalmaktadır (12).

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanımlı çocuklar hastalığın çekirdek belirtileri arasında yer alan tekrarlayıcı davranışları, sosyal uygunsuz tutumları ve toplumun onlar hakkında eksik ve yanlış bilgiye sahip olmaları gibi sebeplerle damgalanmaktadır (13). Bu sosyal uygunsuz davranışlar, toplum tarafından kötü ebeveynliğin bir sonucu olarak yorumlanmakta ve ebeveynler damgalanmaktadırlar (14).

Az sayıda çalışma, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanımlı çocuklara bakım veren ebeveynlerdeki içselleştirilmiş damgalanma algısına

odaklanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerindeki damgalanma algısı üzerine yapılan bir araştırma, çocukların sosyal beceri eksikliğinin ve saldırgan davranışlarının damgalanma ile ilişkili olduğunu göstermiştir (15). Yapılan çalışmalar bazı yetişkinlerin, DEHB belirtilerini yanlış ebeveynlik uygulamaları ve çocuğun disiplinize edilememesi olarak yorumladıklarını göstermiştir ki bu açıkça damgalamanın varlığını belgeler niteliktedir (16).

Araştırmacılar damgalanma konusunda yaptıkları çalışmalar ile sadece ebeveynlerin içselleştirilmiş damgalanma algısının yaygın olduğunu değil, aynı zamanda ebeveynlere sosyal destek sağlanarak damgalanmanın etkisinin azaltılabileceğini de göstermektedirler (12). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin damgalanma karşısında koruyucu tampon görevi gördüğü belirtilmiştir (17).

Aile toplumun en temel yapıtaşını oluşturmaktadır. Ailelerin temelinde ise birbiriyle süregelen şekilde etkileşim halinde olan bireyler yer alır. Bireylerin hem maddi hem de manevi ihtiyaçlarının karşılandığı en temel yer de ailedir. Çocukların sağlıklı şekilde büyüüp gelişebilmesi için sağlıklı bir ailenin gereksinimi esastır ancak bu çift yönlü bir etkileşimdir. Öyle ki ailenin çocuğun psikososyal gelişimine etkisi olduğu kadar, çocukta görülen herhangi bir sağlık sorunu da aileyi ve ailenin işlevselliğini doğrudan etkilemektedir. OSB'li çocukları olan ailelerle yapılan çalışmalarda planlamadan boş zaman aktivitesinde bulunmanın güçlüğü hatta aile tatillerinden vazgeçildiği, aile üyelerinin kendilerine özel zaman ayıramadıkları, ailelerin OSB'li çocuklarının kendilerine ya da bir başkasına zarar vermelerinden endişe duydukları, aile içi ve evlilik stresinin yüksek olduğu gösterilmiştir (18,19). Benzer şekilde DEHB tanılı çocukların ailelerindeki aile işlevselliğinin kontrol gruplarıyla kıyaslandığı çalışmalarda DEHB'li bireylerin ailelerinin daha düşük işlevselliğe sahip olduğu gösterilmiştir (20,21). Aile işlevselliğini olumlu yönde etkileyen faktörlere bakıldığında sosyal destek dikkat çekmektedir. 2014 yılında 15 yaş ve altı DEHB'li çocukları olan 1964 ebeveynin dahil edildiği bir çalışma sosyal desteğin aile işlevselliği üzerinde güçlü olumlu bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur (22).

Damgalanmanın bireylere ve ebeveynlere olumsuz etkileri dikkate alındığında, damgalanmayı tanımak, zemin hazırlayan faktörleri tespit etmek ve damgalanmanın

azaltılması hususunda gereken önlemleri almak ve müdahale programları düzenlemek son derece önem arz etmektedir. Biz de çalışmamızda nörogelişimsel bozukluk tanılı çocukların ebeveynlerindeki içselleştirilmiş damgalanma algısını mercek altına aldık. Araştırmamızın temel amacı DEHB, OSB, Zihinsel Yetersizlik/ Genel Gelişimsel Gecikme (ZY/GGG) tanısı alan ve günlük işlevselliğin bozulmasına yol açan kronik tıbbi bir hastalığı, tanımlanmış nörolojik ve sendromik tanısı olmayan, psikofarmakolojik bir ajan kullanmayan sağlıklı çocukların ebeveynlerini içselleştirilmiş damgalanma algısı, sosyal destek algısı ve aile işlevselliği açısından değerlendirmek ve içselleştirilmiş damgalanma yaşayan, sosyal destek algısı düşük ailelere gelecek dönemlerde dahil olabilecekleri uygun sosyal destek programlarının planlanmasının önemine dikkat çekmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Otizm Spektrum Bozukluğu

#### 2.1.1 Tanım, Tarihçe, Epidemiyoloji

Otizm Spektrum Bozukluğu, belirtileri erken çocukluk döneminde başlayan, sosyal-iletişimsel yetersizlikler ve sınırlı, tekrarlayıcı ilgi alanı ve davranışlar ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (23).

Otizm terimi bir klinik tablo olarak ilk kez Leo Kanner tarafından 1943 senesinde dile getirilmiştir. Takip ettiği 11 adet olguda “insanlarla ilişki kurmada güçlük, sözcük tekrarları, zamirlerin ters söylenmesi, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar, değişime karşı direnç” gibi belirtilerin olduğunu, bu klinik tabloyu “infantil otizm” (infantile autism) olarak adlandırdığını belirtmiştir (24). Leo Kanner’dan 1 sene sonra Hans Asperger sosyal iletişimde güçlük yaşayan ancak daha iyi entelektüel yetilere sahip olgu serileri yayınlayarak “otistik psikopati” terimini gündeme getirmiştir (25). Hans Asperger’in bu çalışması bir süre göz ardı edildikten sonra bu klinik tablo, araştırmacı Lorna Wing’in “Asperger Sendromu” tanımıyla İngiliz alanyazında yerini almıştır (26). Otizm klinik tablosu psikiyatri taksanomi sisteminde ilk kez 1980 yılında DSM-III’te yerini almış ancak günümüze değin hem isimlendirme hem de alt grupların ayırımında farklılıklar meydana gelmiştir (27).

1994 yılında yayınlanan DSM-IV’te “Yaygın Gelişimsel Bozukluk” (YGB) kavramı gündeme getirilmiş ve OSB, Yaygın Gelişimsel Bozukluk başlığı altına yerleştirilmiştir. YGB başlığı altındaki diğer tanımlar Asperger Bozukluğu, Rett Bozukluğu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve Başka Türlü Adlandırılmayan YGB olarak belirlenmiştir (28).

2007 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulan Nörogelişimsel Bozukluklar Çalışma Grubu YGB terimini OSB terimi ile değiştirmiş, Rett Bozukluğu’nu tanı kategorisinden tamamen çıkarmış ve önceden tanımlanmış diğer alt grupların “OSB” adıyla tek bir spektrum altında toplanmasına karar vermiştir. Ayrıca çekirdek belirtilerin 2 boyutta ele alınmasını, OSB tanısı için toplumsal iletişim ve etkileşim boyutundaki 3 ölçütün tamamını; kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar ve

etkinlikler boyutundaki 4 ölçütten en az ikisinin karşılanması gerektiğini belirtmiştir (23).

1940'lardan 1980'lere kadar otizm tanısı daha çok ağır klinik belirtileri olan bireylere konulmuş olup otizmin yaklaşık her 2.000 çocuktan birini (%0.05) etkilediği belirtilmiştir (29). Başta tıp dünyası için yeni sayılabilecek bu klinik tablonun nadir sıklıkta görüldüğü düşünülmekteyken yıllar içinde yapılan çalışmalarda prevalanstaki artış dikkat çekicidir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin (CDC) Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı (ADMM) istatistikleri OSB prevalansının 2006 yılında 1/150, 2008 yılında 1/88, 2012 yılında 1/69, 2014 yılında 1/59, 2018 yılında ise 1/44 olarak bildirilmiştir (30). Ülkemizde 2019 yılında Oner ve ark. (31)'nin yaptığı bir çalışmada OSB prevalansı 1/117 olarak bulunmuştur.

Birçok çalışmada otizm prevalansındaki artış dikkat çekici olmakla beraber araştırmacılar bunun sebebi konusunda henüz fikir birliğine sahip değildirler. Bu artışın nedeni gerek klinisyenlerde gerekse toplumda otizm hakkında farkındalığın artması, tanı kriterlerinde meydana gelen değişimler, sağlık hizmetine erişimin eskiye nazaran daha ulaşılabilir olması ile açıklanmıştır (32). Çalışmalardaki prevalans değişikliğinin diğer bir nedeni olarak çalışmalar arasındaki yöntemsel farklılıklar gösterilebilir (33). Benzer şekilde, önemli sosyodemografik faktörlere (örn. coğrafî, etnik, sosyal veya ekonomik) göre prevalans değişikliğinin, biyolojik ve/veya çevresel etiyolojide altta yatan gerçek çeşitliliği yansıttığı şeklinde yorumlanmaktadır (34). Otizm tanı kriterlerinde meydana gelen değişiklik ve otizm hakkındaki farkındalığa ek olarak prevalanstaki bu artış çevresel risk faktörlerine maruz kalmadaki değişimin bir yansıması olarak da açıklanmaktadır (34). Prevalans belirlemek amacıyla yapılan çalışmaların bir kısmının hizmetlere erişimi olan popülasyona odaklandığı ve toplum içinde tanı almamış otizmliler olguların var olduğu düşünüldüğünde, bulunan prevalansın olası olandan daha az tahmin edildiği düşünülmektedir (34).

OSB'de cinsiyet verilerine bakıldığında erkeklerde kızlardan 3-4 kat fazla görüldüğü bildirilmektedir (35). OSB sıklığının erkek cinsiyette daha yüksek olmasının nedeni tam olarak bilinmemektedir ancak olası nedenler üzerinde durulmaktadır. Benzer düzeyde otistik özellikler göz önüne alındığında, erkeklere otizm teşhisi, klinik bir otizm teşhisi konması için daha fazla eşzamanlı davranışsal/bilişsel sorunlara ihtiyaç

duyan kadınlardan daha kolay konmaktadır. Ek olarak bulguların cinsiyete dayalı yorumlaması yanlışlığı (kadın cinsiyetteki otizmlı bireyin sosyal iletişim eksikliğinin bu cinsiyetle daha çok eşleştirilen “utangaç olmak” şeklinde yorumlanması gibi.) da söz konusu olabilir (36). Çeşitli çalışmalar OSB'nin erkek baskınlığını cinsiyete özgü tek nükleotid polimorfizmlerine, tek nükleotid varyantlarına, mikrolelesyonlara, kopya sayısı varyantlarına ve proteinlere bağlamıştır; ancak, oldukça heterojen OSB çalışmalarında yaygın olduğu gibi, bu bulgular tutarlı bir şekilde tekrarlanmamıştır (37,38). Başka bir hipotez, dişilerin genetik bozulmalara karşı daha duyarlı olabileceği ve bu nedenle miadına kadar hayatta kalma olasılığının daha düşük olabileceğidir, ancak bu henüz kanıtlanmamıştır (39). OSB'nin yaygınlığındaki cinsiyet farklılıklarını açıklamak için öne sürülen bir başka teori, erkeklerin OSB'ye daha duyarlı olduğu fikridir. Erkeklerde tipik olarak daha yüksek seviyelerde ifade edilen genlerdeki bozulmaların, erkek beyin gelişimi üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olmasının mümkün olduğu belirtilmektedir (37). Ayrıca in utero testosteron, fiziksel görünümünden beyin boyutuna, nörotransmitter ve reseptör seviyelerine, nörogenez, hücre ölümü, göç, farklılaşma, bağışıklık fonksiyonu ve diğer birçok faktöre kadar gözlemlenen birçok cinsiyet farklılığının gelişimi için kritik öneme sahiptir. Otizmle ilişkili genlerin çoğu, sinaps oluşumu veya bakımı, hücre adezyonu ve yapı iskeleti ile ilgili proteinleri kodlamaktadır. Bu moleküller, gelişimin organizasyonel periyodu sırasında hormonların hedefleri olabilmekte ve bu da OSB’de gözlenen erkek üstünlüğü ile sonuçlanmaktadır (40). Baron- Cohen ve arkadaşlarının daha sonra OSB veya Asperger Sendromu tanısı alan erkek çocukların fetal testosteron düzeyleri tipik olarak gelişen kontrollerle doğrudan karşılaştırdığı bir çalışmada, OSB’li bireyler daha yüksek amniyotik progesteron, 17 $\alpha$ -hidroksi-progesteron, androstenedion, testosteron ve kortizol seviyelerine sahip bulunmuştur (41). Orta düzeyde örneklem büyüklüğü olan bu çalışmadan sonra, özellikle kadın denekler de dahil olmak üzere bu bulguları tekrarlamak ve çevresel veya genetik nitelikte olabilen, maternal veya fetal olarak üretilmiş olabilecek hormon seviyelerin kaynağını araştırmak önemli olacaktır.

### 2.1.2 Etiyoloji

OSB, etiyojisi halen tam olarak aydınlatılamamış, oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol aldığı nörogelişimsel bir bozukluk olarak kabul edilmektedir.

Otizmin etiyojisinin araştıran genetik çalışmalar psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek kalıtsallığa sahip hastalıklardan birinin OSB olduğunu göstermektedir. İkiz çalışmaları OSB'nin genetik bir bozukluk olduğunu güçlü bir şekilde göstermiştir (42). 2005 yılında Rutter isimli araştırmacının yapmış olduğu ikiz çalışmasında monozigot ikizlerde konkordans %36-91 bulunurken, dizigot ikizler arasında bu oran %5 bulunmuştur (43). Benzer şekilde Bohm ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada dizigotik ikizlerdeki konkordans oranı %28 iken ikiz olmayan kardeşleri arasında %16 bulunmuştur (44).

Topluma kıyasla OSB tanısı almış çocukların kardeşlerinde OSB prevalansının daha yüksek olması, monozigot ikizlerde konkordansın yüksek oluşu OSB'de genetik geçişi destekler niteliktedir. OSB'nin genetik etiyojisinin aydınlatmak amacıyla alanyazında 3 temel yaklaşıma sahip çalışmalar mevcuttur. Bunlar tüm genom taramaları, sitogenetik çalışmalar ve aday gen araştırmalarıdır (45). Sitogenetik çalışmalarda en sık 15q11-q13 kromozomu üzerinde anomali varlığı ortaya konulmuştur (46,47). Tüm genom tarama çalışmaları 5p14.1 ve 5p15 lokusunun genetik varyantlarında artmış OSB riskini ortaya koymuştur (48). Otizm ile ilgili 1000 gen bölgesi belirlenmiştir (49). Aday gen çalışmalarında etiyopatogeneze sorumlu genlere TSC1,TSC2,PTEN genleri (50), sinaptik budanmada görevli procadherin 10 (PDCH10) geni(51,52), hücre adezyonunda rol alan kadherin genleri CDH9 ve CDH10 (53), postsinaptik iskelet molekülü olan SHANK3 geni (54) örnek verilebilir ancak OSB ile ilişkili genler ve sayısı net olarak bilinmemektedir (55).

OSB etiyojisinin aydınlatmaya yönelik yapılan nöroanatomik çalışmalar incelendiğinde 1998 yılında Kemper ve Bauman tarafından yapılan ilk postmortem çalışma dikkat çekmektedir. Bu çalışma ile beraber otizmde beyin ağırlığındaki artış konuşulmaya başlanmıştır ancak korteks ile ilgili değişiklikten söz edilmemiştir (56) Bailey ve arkadaşları bu aşırı büyümenin ilk 3 yılda gerçekleştiğini, ardından büyümenin durduğunu bildirmiştir (57). Bu alanda yapılan diğer çalışmalar doğumda

ölçülen baş çevresinin normal ya da küçük olduğunu, baş çevresindeki artışın 6-14 ay arasında ivmelendiğini belirtmiştir (58). Devamında yapılan çalışmalar da erken dönemde beyin hacmindeki artışı destekler nitelikte olmuştur. Hacim artışının özellikle frontal korteks, temporal lob ve amigdala gibi dikkat, yürütücü işlevler, inhibisyon, dil gelişimi, sosyal davranış ve emosyon ile ilgili beyin bölgelerinde olduğu gösterilmiştir (59). Öte yandan serebellar vermis ve serebellar hemisferlerin küçüldüğüne dair çalışmalar da bulunmaktadır (60,61).

OSB’de hücresel düzeyde mikroanatomik değişiklikleri gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalarda serebellumda bulunan purkinje hücrelerinin boyutu ve sayısındaki azalmalardan söz edilmektedir (56,62). Son yıllarda görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte minikolumnlarda daralma ve sayısal artış ortaya konmuştur (63).

Otizmdeki bir diğer görüş de kortikal az bağlanırlık kuramıdır. Bu kuram otizmin bir beyin bağlantı bozukluğu olduğunu, otizmlili bireyin beyinde frontal alan ile serebellum arasındaki iletişimsel bandın incelendiğini ve senkronizasyonun azalmış olduğunu savunmaktadır (64). Bu kortikal az bağlanırlık kuramı OSB’deki biliş ve davranış bozukluklarını kısmen açıkladığı gibi görsel- mekânsal yeteneklerinin neden güçlü olduğu sorusuna da cevap olmaktadır (26).

OSB’de etiyolojiyi aydınlatmaya yönelik pek çok nörotransmitter üzerinden nörokimyasal çalışmalar yapılmıştır. Rubenstein ve Merzenich 2003 yılında yaptığı çalışmada Gultamat ve GABA oranındaki dengesizliğe dikkat çekmiştir. GABA sinyalini azaltan mutasyonlar veya çevresel faktörlerin, beynin uyarılmasını arttırdığını, GABA üretimindeki ve sinyallemedeki azalmaların, aşırı uyarılabilir durumlara (örn epilepsi) ve bilişsel işlev bozukluğuna katkıda bulunduğunu ifade etmiştir.(65) Glutamattan Gaba’ya dönüşümü sağlayan glutamat dekarboksilaz enzim düşüklüğü de gösterilmiştir.(66) (67) Glutamat reseptörlerini kodlayan GRIK2, GRM7, GRIN3B gen mutasyonları ve altıncı ve yedinci kromozomdaki değişiklikler de OSB ile ilişkili bulunmuştur (68–70). OSB’li bireylerin kanlarında artmış glutamat seviyeleri gözlenmiştir (71,72). Bu bulguların aksine OSB’nin glutamat azlığı ile seyrettiğini ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (73). Sonuç olarak tutarlı verilerin olmaması bu alanda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu

göstermektedir. Eksitator- inhibitör sistem arasındaki dengenin inhibitör sistem aleyhine bozulduğunu destekleyen bir diğer çalışma da Harada ve arkadaşları tarafından ortaya konulmuştur. Bu çalışmada OSB'li katılımcıların sol frontal bölgesinde kontrol grubuna kıyasla GABA seviyesinde düşüklük saptanmıştır (74). OSB'ye, epilepsinin yüksek oranda eşlik etmesi de beyindeki bu dengenin eksitator lehine bozulduğunun bir kanıtı olarak kabul edilebilir.

Hücre proliferasyonu, göçü ve farklılaşması, programlı hücre ölümü gibi gelişimsel süreçlerle bağlantılı olan serotonin metabolizmasındaki değişikliklerin sosyal davranışlar üzerine etkisi bilinmektedir. Bu nedenle çekirdek belirtileri arasında sosyal iletişim sorunu olan OSB'de serotonin rolü çokça araştırılmıştır. Literatürde OSB'li bireylerde artmış kan serotonin düzeyini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (75–77). Öte yandan OSB kliniğindeki basmakalıp ve dürtüsel davranışlar, aktivite artışının tedavisi için kullanılan antipsikotiklerin etkili olmasından esinlenerek dopamin üzerine yapılan çalışmalarda OSB'li bireylerin idrarında dopaminin aktif metaboliti olan homovanilik asit düzeyinde yükseklik saptanmıştır (78). Yüksek işlevli otizmlili bireylerde çekilen pozitron emisyon tomografisinde dürtü denetimi ile ilgili fonksiyon gören orbitofrontal kortekste dopamin taşıyıcı (DAT) seviyesinde artış gösterilmiştir (79). Bazı çalışmalarda BDNF seviyelerinde düşüklük gösterilmiştir ancak sonuçlar tutarlı bulunmamıştır (80).

OSB'de denova mutasyonlarındaki sıklık, hastalığın heterojen klinik görüntüsü ve hastalık prevalansındaki artış gibi nedenlerle çevresel etmenler de incelenmeye dahil edilmiştir. Aşıların risk artışına neden olduğunun düşünüldüğü dönemde aşılanmanın durdurulması sonrasında OSB görülme sıklığında artış meydana geldiği bildirilmiş ve aşı ile OSB arasındaki pozitif ilişkiyi vurgulayan yayın, bilimsel bir gerçeği yansıtamaması ve kafa karışıklığına sebep olması nedeniyle bilimsel alanyazından kaldırılmıştır (26). Bu konudaki kafa karışıklığının giderilmesi amacıyla çokça çalışma yapılmıştır. İsveç, Birleşik Krallık, Finlandiya, ABD ve Danimarka'da yapılan çalışmalar da OSB ile aşı arasındaki ilişkiyi gösterememiştir (81–87) .

Literatür incelendiğinde OSB'nin etiyolojisinde yer alan pek çok çevresel risk faktörü üzerinde durulmaktadır. İleri anne yaşı (>40), ileri baba yaşı (>50) ve anne baba arasındaki yaş farkının önemini gösteren çalışmalar olmuştur (88,89). Öte

yandan, ileri anne yaşının aksine genç anne yaşının da riski arttırdığı belirtilmiştir (88). İlginç şekilde Frans ve arkadaşları 2013 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, annenin doğduğu yıl annenin babasının 50 yaşından büyük olmasının torununda OSB görülme riskini yaklaşık 2 kat arttırdığını bulmuştur (90). Doğum öyküsü ve doğumda yaşanan komplikasyonların OSB ile ilişkisi de çalışmalarda incelenmiştir. Erken doğum, gestasyonel yaşa göre küçük doğum ağırlığı, planlı sezaryen, doğumda makat geliş, mekonyum aspirasyonu, düşük APGAR skoru, yenidoğan ensefapalotisi, gestasyonel diyabet, preeklampsi, gebelikte ilaç kullanımı (SSRI, parasetamol, Valproat, Talidomid) ile OSB arasında ilişki bulunmuştur (91–96). Prenatal dönemde annenin sigara içmesi, pestisitlere ve ağır metallere maruziyeti, çevre kirliliği de risk faktörleri arasında yer almaktadır (97,98).

Sonuç olarak OSB sebebi henüz net bir şekilde belirlenemekle birlikte, genetik, nöroanatomik, nörokimyasal, çevresel vb. pek çok faktörün rol oynadığı, aydınlatılmayı bekleyen pek çok bilinmeyen olduğu nörogelişimsel bir tablodur.

### **2.1.3 Klinik Özellikler**

Otizm, temelde sosyal-iletişimsel alanda yetersizlik ve sınırlı, tekrarlayıcı davranış örüntüleri, ilgi alanları olmak üzere 2 çekirdek belirti grubu ile karakterize olan, belirtileri erken çocukluk döneminde başlayan nörogelişimsel bir bozukluktur. Belirtiler çocuğun entelektüel yeteneklerine, dil becerilerine, kronolojik yaşına ve belirti şiddetine göre hastadan hastaya değişiklik göstermesi tabloyu heterojen kılmakta ve bu nedenle erken çocukluk döneminde tanı koymak her zaman kolay olmamaktadır (26).

### **İletişim Becerilerinde ve Sosyal Etkileşimde Bozukluk**

İletişim becerileri verbal ve non verbal iletişimden oluşmaktadır. Verbal iletişim sorunları kendini konuşmada gecikme, zamirlerin yanlış-ters kullanımı, ekolalik konuşma, yaşının gerektirdiği kelime sayısına erişememe, cümle kuramama veya neolojizm olarak gösterir. OSB’de dil becerileri oldukça heterojen görünümündedir. Hiç sözel beceri geliştiremeyen olguların yanında, bu kazanımı gecikmeli olarak kısmen elde edenler veya oldukça akıcı konuşabilen çocuklar mevcuttur. Dil kazanımındaki bu farklılığı inceleyen bir çalışma sosyal motivasyonu ve duyarlılığı

yüksek olan çocukların dil gelişiminde kazanç sağladığını, dikkatsizlik puanlamasında yüksek skora sahip çocukların ise dil kazanımında geri kaldığını belirtmiştir (99). Non verbal iletişimdeki sorunlar ise kendini beden dili, jest ve mimik kullanımında yetersizlik, anormal göz teması, konuşma sesindeki anormal tonlama olarak göstermektedir. Anormal göz teması belirtiler arasında ilk farkedilen olsa da aileler sıklıkla konuşma gecikmesi yakınmasıyla 2 yaş ve sonrasında doktora başvurma eğilimindedirler.

OSB’li bireyler çoğunlukla 2 yaş civarında tanı alsalar da geriye dönük gözlemlerinde yaşamın ilk yılında da bazı belirtiler saptanmıştır. Göz temasındaki azlık, gülümsemeye yanıt vermeme, yüksek seslere tepkisizlik, pasif olma ve etrafına sevecenlik göstermeme, işaret edilen yere bakmama, zor sakinleştirilme bu belirtiler arasında tanımlanmıştır (100). Yaşamın 2. ve 3. yıllarında paralel ve karşılıklı oyun oynamama, yalnızlığı tercih etme, basit taklitleri yapamama, ismine bakmama belirtileri bildirilmiştir (101). Okul döneminde ve ergenlikte de alınan özel eğitime ve otizm şiddetine paralel olarak önceki dönem belirtilerine ek olarak bu dönemde iç görüş sahibi bazı olgularda “farklı” olmanın hissedilmesiyle depresyon klinik tabloya eklenebilir (102). Aynı zamanda okul çağı, sosyal becerilerin kullanımını daha fazla gerektirmesi, toplumun bu yaş grubundan beklentilerinin artması ve akran ilişkilerinin öneminin git gide artması gibi nedenler OSB’li olgunun yaşamını zorlaştırabilmektedir. Wing ve Atwood (103) OSB’li çocukları 3 grupta kategorize etmiştir. “soğuk ve mesafeli grup” olarak adlandırılan bir grup OSB’liler sosyal iletişim başlatmaktan kaçınmaları nedeniyle arkadaş ilişkileri kuramamakta ve vakitlerinin birçoğunu tekrarlayıcı davranışlarla geçirmektedirler. “pasif grup” olarak adlandırılan OSB’li çocuklar ise sosyal iletişime tamamen kapalı olmasa da yanıtları sosyal olarak uygunsuzdur. İşlevi en iyi olan, spontan etkileşim başlatabilen grup ise “aktif ancak tuhaf grup” olarak adlandırılmıştır. Sosyal iletişim kurma şekli bir sohbeti normal akışında sürdürmeye yetmeyen, tekrarlayıcı sorular sorma, kısıtlı ilgi alanları hakkında ısrarcı konuşma gibi davranışlar sergilen bu çocuklar akran grubu tarafından dışlanabilmektedir (104). Ergenlik dönemi ile beraber cinsel dürtülerini kontrol etmekte zorlanan OSB’li ergenlerde toplum içinde uygun olmayan cinsel davranışlar sergileme, mastürbasyon sıklığında artış, saldırganlıkta artış yaşanabilir.

### **Kısıtlı, Tekrarlayıcı Davranış Örüntüsü ve İlgi Alanı**

Otizmin 2 çekirdek belirti kümesinden bir diğeri kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlar ya da ilgilerdir. Evans ve arkadaşları (105), erken çocukluk döneminin bir özelliği olan bu tekrar etme arzusunun 2-4 yaşları arasında yaygın olduğunu belirtmiştir. Normal gelişim gösteren çocuklarda azalarak yok olma eğiliminde olan bu davranışların OSB’de ilk 5 yaşta arttığı bilinmektedir. Tekrarlayıcı motor hareketlere basit motor stereotipiler (kanat çırpma tarzı el kol hareketleri, sallanma, kendi etrafında dönme gibi), oyuncakları uç uca sıralama, ekolalik konuşma dahildir (23). Sosyal ortama uyumu ve öğrenmeyi önemli ölçüde bozan bu belirtiler, bilişsel ve dil yeteneğindeki gelişmeye paralel olarak azalma eğilimindedir (106). OSB’li olgularda aynı olmakta ısrar, durumlar ve olaylar karşısında esnemekte, günlük basit değişiklikleri dahi tolere etmekte zorlanma, rutinlere ve ritüellere bağlı olma görülür. Örneğin aynı yoldan yürümek isteme, aynı kıyafetleri giymekte ısrarcı olma, aynı yemeği yeme, selamlaşma ritüeline sahip olma gibi (23). Tekrarlayan davranışların sadece OSB’de değil obsesif-kompulsif bozukluk, şizofreni, Tourette sendromu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, duygudurum ve anksiyete bozukluklarında da görülebileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (107). Bu davranışların OSB’li bireylerde diğer gelişimsel ve psikiyatrik bozukluklarda görülen kısıtlı tekrarlayıcı davranışlara nazaran daha yaygın ve şiddetli olduğunu gösteren çalışmalar olsa da, çok küçük çocuklarda henüz bir netlik yoktur (108).

OSB’li bireylerde görsel, işitsel, dokunsal ve koku uyaranlarında görülen hiposensitivite veya hipersensitivite klinik bulgulardan bir diğeridir (109). Bu klinik bulgu DSM-5 tanılama sisteminde de yerini almaktadır (23). Duyusal semptomların, otizm teşhisi konan bebeklerde, henüz 6 aylıkken görülebildiği klinik olarak belgelenmiştir (110). Dokunsal aşırı hassasiyet yaşayan OSB’li bireyler kıyafetlerin ve kıyafetler üzerindeki etiketlerin tenlerine temasından rahatsızlık duyabilir. Bu durum giyinirken öfke patlamaları yaşamasına ya da kaçınma davranışına sebep olarak işlevselliği bozabilir (111). Duyusal hiposensitiviteye sahip OSB’li bireyler ise ağrıya uygun davranışsal yanıt verememeleri nedeniyle yaralanma riskine karşı savunmasız olabilmektedir (112). Oral duyusal hassasiyetin ise OSB’li bireylerde sıkça görülen gıda seçiciliği ve tek tip beslenme ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (113).

Klinik görünümde cinsiyetler arasında birtakım farklılıklar bulunduğu söylene de araştırmalar bu konuda henüz netlik kazanmamıştır (114). Kızlarda zeka kapasitesinin, kognitif becerilerin, tekrarlayıcı ve kısıtlı davranış belirtilerinin daha düşük seviyede olduğu yönünde çalışmalar vardır (114,115).

#### **2.1.4 Gidiş ve Prognoz**

Otizm, tanısında olduğu gibi prognozunda da oldukça heterojen bir tablo sergilemektedir. Bu heterojenite prognozu belirleyen birçok faktör olmasından kaynaklanmaktadır. Zeka düzeyi, dil becerisinin kazanımı, erken müdahale ve ortak dikkat gelişimi gidişatı belirleyen faktörlerdendir (26). Özellikle zeka düzeyinin ve dil gelişiminin erken başlamasının en önemli prognostik faktör olduğu belirtilmiştir (116).

2016 yılında ergenliğe veya yetişkinliğe kadar takip edilen 828 OSB'li vakanın dahil edildiği bir metaanaliz çalışmasında, bireylerin 5 te birinin “iyi gidiş” göstererek bağımsız bir iş ve ev yaşamı sürdürdüğünü, %31'inin kısmen destek alarak yarı bağımlı olarak “orta” gidiş gösterdiğini, %47'sinin ise davranışsal sorunları da içeren “kötü” bir gidiş gösterdiğini bildirmiştir (117).

Literatür incelendiğinde OSB tanısı alan bazı vakaların izlem sırasında spektrumundan tamamen çıkarak OSB tanı kriterlerini karşılamadığını, bazı vakaların ise başka psikiyatrik rahatsızlık geliştirdiği gösterilmiştir (118,119).

Özetle erken tanı, erken ve doğru eğitsel müdahaleler ile uygun vakalarda OSB tanısının ortadan kalkma ihtimali söz konusudur ancak komorbiditenin varlığı bu vakalarda önemli bir sorun teşkil etmektedir.

## **2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

### **2.2.1 Tanım, Tarihçe, Epidemiyoloji**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında sık görülen, okul, aile, toplum ilişkilerini etkileyerek işlevselliği bozan, çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan dikkatsizlik, fazla hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur (23).

Bu klinik tablonun tanımlanması 1700'lü yıllara dayanmaktadır. 1798 senesinde İskoçyalı hekim Sir Alexander Crichton, kalem aldığı kitabında DEHB belirtilerinden “Zihinsel Huzursuzluk” (mental restlessness) ismiyle söz etmiştir (120). 1800'lü yıllara gelindiğinde Alman psikiyatri hekimi Heinrich Hoffmann Slovenly Peter isimli kitabında yer verdiği karakterde DEHB bulgularını tanımlamıştır. 1902 yılına gelindiğinde İngiliz çocuk hekimi George Frederick Still, “Ahlaki Kontrol Kusuru” tanımı ile DEHB'yi karakterize eden sorunlara sahip çocuklara yer vermiştir. 1900 lü yılların başında viral ensefalit salgınıyla beraber bu bulguların beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülerek minimal beyin hasarı, ardından da minimal beyin disfonksiyonu terimleri kullanılmıştır (121).

DEHB, taksonomi sistemine “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu” ismi ile ICD-9 ve DSM-II ile girmiştir (122). İlgili akademik çalışmaların sayısı arttıkça, dikkat sorunları ve dürtüsel davranışların, tıpkı hiperaktivite gibi temel bir bulgu olduğu, hatta artan yaşla beraber klinik tabloya dikkat sorunlarının hakim olmaya başladığı gözlenmiştir. Bu çalışmaların sonucu olarak bozukluk ismi salt hiperaktivite ekseninden çıkartılarak DSM-III 'te “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” olarak, DSM-III-R 'de “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak değiştirilmiştir. DSM-IV-TR'de “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında yer almıştır. Ayrıca dikkat eksikliği baskın tip, hiperaktivite/dürtüsellik baskın tip ve bileşik tip adında 3 alt tipe ayrılmıştır (123). Son olarak sınıflama sisteminin güncellenmesiyle beraber 2013 yılında DSM-5'te birtakım değişiklikler meydana gelmiştir. DEHB, “Nörogelişimsel Bozukluklar” kategorisi altına alınmış, özellikle dikkat eksikliği alt tip olan olgularda önemli bir sorun oluşturan 7 yaş sınırı 12 yaş olarak değiştirilmiş, alt tip kavramı yerine “görünüm” kavramı kullanılmış ve OSB ile eş olarak tanı konabilme esnekliği getirilmiştir (23).

DEHB'nin görülme sıklığına dair pek çok araştırma bulunmaktadır. Bu konuda 2007 yılında Polanczyk ve Rohde (124)'nin yapmış olduğu kapsamlı metaanaliz çalışmasında prevalans çocukluk çağında %5.29, erişkinlikte %4.4 olarak bulunmuştur. Epidemiyolojiye dair araştırmalar devam ederken 2012 yılında kapsamlı bir metaanaliz çalışmasıyla prevalans %5.9-7.1 olarak bulunmuştur (125). Ülkemizde

2013 yılında Ercan ve ark. (126)'nın 4 yıl üst üste yapmış olduğu prevalans çalışmasında sonuç ortalama %12.7 ile dünya ortalamasının üstünde bulunmuştur.

Cinsiyetler açısından yapılan epidemiyolojik çalışmalarda erkek kız oranı 3:1 iken klinik örnekleme 9:1 bildirilmiştir (125). Bu farkın erkeklerde davranışsal semptomun daha fazla görülmesi nedeniyle daha fazla yardım arayışının olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (124,127). Daha fazla davranışsal semptom göstererek erken tanı alma şansını yakalayan erkek olguların aksine kızlar daha çok ergenlik ve erişkinlik döneminde tanımlanmaktadır (128). DEHB yaygınlığı konusunda cinsiyetler arasında görülen farkın bir nedeni, DEHB'li kızlarda daha sık görülen anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi içselleştirme bozukluklarının kız olgularda DEHB bulgularını gölgelemesi olduğu söylenebilir (129,130). Diğer bir olasılık ise DEHB'li kızların erkeklere kıyasla daha iyi baş etme becerilerine sahip olmaları ve bu becerilerin DEHB semptomlarını telafi etmelerine yardımcı olmasıdır (130).

Yapılan çalışmalar dikkat eksikliği görünümünün en yüksek oranda görüldüğünü, bunu bileşik tip ve hiperaktivite/dürtüsellik görünümünün izlediğini göstermiştir (125).

Önceleri DEHB'nin sadece çocukluk çağını ilgilendiren bir psikiyatrik bozukluk olduğu düşünülmekteyken erişkinlerde yapılan çalışmaların git gide artmasıyla bu yanlış ortadan kalkmıştır. Hatta 2013 yılında sınıflama sisteminin güncellenmesiyle beraber DSM-V'te erişkinlere özgü örneklerle yer verilmiş (faturaları yatırmayı unutmak vb.) altı yerine 5 ölçütün yeterli olduğu kabul edilmiştir. DEHB olan çocukların çoğunluğunun (%60-%85) gençlik yıllarında da bozukluk için ölçütleri karşılamaya devam ettiği gösterilmiştir (131).

### 2.2.2 Etiyoloji

DEHB etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, genetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol aldığı kompleks ve heterojen görünümde nörogelişimsel bozukluktur.

DEHB'nin genetik etiyolojisini inceleyen araştırmalar davranışsal ve moleküler genetik çalışmalar olmak üzere 2 ana kategoriye ayrılmıştır (132). Davranışsal genetik çalışmalar; aile çalışmaları, ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmalarını içermektedir. Moleküler genetik çalışmalar ise aday gen çalışmaları ve

genom çapı çalışmalarından oluşmaktadır. Tüm bu çalışmalar DEHB'nin çok yüksek oranda kalıtsallık gösterdiğini vurgular niteliktedir (26).

Aile çalışmaları kardeşlerde DEHB varlığında tanı alma oranının %50, kuzende DEHB varlığında tanı alma oranının %25 civarında olduğunu belirtmektedir (133). Bu oran aile öyküsü olmayan populasyonda %5-10 arasındadır. Yine başka bir çalışma 1. derece akrabada DEHB tanısı olmasının riski 2 ila 6 kat arttırdığını göstermektedir (134). İkiz çalışmaları bir hastalığın kalıtılabilirliğinin değerlendirilmesinde oldukça kıymetlidir. 20 ikizin dahil edildiği bir metaanaliz çalışmasında kalıtılabilirlik 0.76 saptanmıştır (135).

Bu alanda yapılan moleküler genetik çalışmalara bakıldığında, özellikle dopaminerjik sistem ile ilişkili genlerin üzerinde durulduğu görülmektedir. Bilim insanlarını bu yönde araştırmaya iten nedenler arasında tedavide kullanılan dopaminerjik ajanların fayda göstermesi, nörogörüntüleme yöntemlerinde dopaminden zengin olduğu bilenen yolakların anormal fonksiyonu, dopamine duyarlı olan yürütücü işlevlerin DEHB'de bozuk olması sayılabilir (132). Dopaminerjik sistemle ilgili dopaminin D4 ve D5 reseptör alt tipini kodlayan DRD4, DRD5 geni, dopamin taşıyıcısını kodlayan DAT1 (SLC6A3) geni, Dopamin Beta Hidroksilaz (DBH) geni, serotoninerjik sistemle ilgili serotonin reseptörünü kodlayan 5HT1B geni, serotonin taşıyıcısını kodlayan 5HTT geni ve sinaptik aralıkta görevli bir protein olan SNAP25'i kodlayan geni DEHB ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (135). Bunlar arasında DAT1 ve DRD4 aday genleri bugüne kadar yapılan çalışmalarda en büyük etki büyüklüklerine sahiptirler (136). Aday gen çalışmaları dopaminerjik ve serotoninerjik sisteme ek olarak glutamaterjik sistem, noradrenarjik sistem, kolinerjik sistem ile DEHB arasındaki ilişkiye dair bulgulara yer vermektedir (137).

Özellikle son yıllarda nörogörüntüleme alanında ilerlemeler kaydedildikçe psikiyatrik hastalıklar da çokça araştırılmıştır. DEHB'de yapısal beyin değişikliklerinin incelendiği geniş bir alanyazın bilgisine ulaşılmıştır. Bu bilgiler arasında hacim ve lokasyon konusunda tutarsızlıklar ve belirsizlikler de mevcuttur. Bu tutarsızlığı en aza indirmek ve etiyolojiye dönük en anlaşılabilir kanıtları ortaya koymak ihtiyacını gidermek amacıyla 5 güncel metaanaliz çalışması yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda gri cevher hacminde azalmanın özellikle prefrontal korteks, sağ

putamen, sağ globus pallidus ve her iki kaudat nukleusta belirgin olduğu ortak sonucuna varılmıştır (138–142). Ayrıca DEHB’li bireylerin toplam beyin hacmindeki azalmanın kontrol grubuna göre %3-5 oranında olduğu gösterilmiştir (143,144). 2017 yılında yapılmış oldukça güncel bir çalışma, diğer çalışmalarda belirtilen hacimsel değişikliklerden farklı olarak bilateral amigdala hacminde azalma saptamıştır ki bunun da DEHB’li bireylerdeki duygusal düzenlemeyle ilgili yaşanan zorluğa ışık tutabilecek nitelikte bir bulgu olduğu düşünülebilir (145).

DEHB’de dikkati sürdürme ve problem çözmede yetersizlik olarak kendini gösteren yürütücü işlev bozukluklarının dorsolateral prefrontal kortekste (DLPFK) bilgi işleme süreçlerinde yetersizliğe, seçici dikkatteki bozulmanın dorsal anterior singulat kortekste (DASK) bilgi işleme süreçlerinde yetersizliğe, dürtüsellik belirtisinin orbitofrontal korteksin yeterli işlev görememesine, hiperaktivite belirtilerinin prefrontal motor korteks yetersizliğine bağlı olduğu belirtilmektedir (146).

DEHB etiyolojisini aydınlatmaya yönelik yapılan çalışmalara ek olarak son yıllarda fonksiyonel görüntüleme çalışmaları da artarak devam etmektedir. Çalışmalar genel olarak frontal bölgede hipoperfüzyon ve kortiko-striatotalamo-kortikal (KSTK) devrede fonksiyonun azalması üzerinde yoğunlaşmaktadır (147). Fonksiyonel MRI çalışmaları sonucunda fronto-stiratal, fronto-parietal ve fronto-serebellar bölgelerde ve sağ dorsolateral prefrontal kortekste azalmış aktivasyon gösterilmiştir. Akut psikostimülan ilaçların hedefi olarak dorsolateral prefrontal korteks gösterilmiştir (148). Bu fonksiyonel değişimlerin DEHB’de görülen yürütücü işlev bozukluklarını açıklamaya yardımcı olduğu söylenebilir.

DEHB’nin etiyolojisini aydınlatmaya yönelik yapılan nörokimyasal çalışmalar içinde odak noktası Dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen Noradrenalin (NA) olmuştur ancak dopaminerjik ve noradrenajik sistemlerin bozuklukta tam olarak nasıl işlevsiz olduğu bilinmemektedir. Her iki sistemin de basit bir eksikliğinin DEHB'nin semptomolojisini açıklaması olası değildir. Deneysel çalışmalardan elde edilen bilgi, DA ve NA'nin prefrontal korteks bilişsel işlevi üzerindeki etkilerinin, konsantrasyonlarına veya reseptörlere uygunluğuna göre değişebileceği ve muhtemelen optimum fizyolojik işlevi destekleyen bir nörotransmitter aralığının

olduğudur. Bu nedenle, nöronal iletişimin etkili olması için, nörotransmitter konsantrasyonlarının bu optimum aralıkta düzenlenmesi gerekir. Yapılan çalışmaların bazıları prefrontal kortekste bulunan piramidal nöronların normal ayarının bozulduğunu ileri sürmektedir. DEHB’de prefrontal kortekste DA ve NA devrelerindeki görülen dengesizlik, prefrontal devrelerde bilgi işleme verimini bozarak DEHB belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (146). Son otuz yıl boyunca, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) nörobiyolojisi ile ilgili teoriler, NA ve DA üzerine odaklanmıştır (149). DEHB tedavisinde hem DA hem NA taşıyıcılarını ( DAT ve NET) inhibe ederek DA agonisti olarak çalışan metilfenidat ve NA geri alımını inhibe ederek etki eden atomoksetinin DEHB semptomlarını azaltması DEHB’nin nörobiyolojisi hakkında fikir vermektedir (150).

DEHB için birçok potansiyel çevresel risk faktörü ve çevresel biyobelirteç araştırılmıştır. Birçok çalışma prenatal dönemde sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımını DEHB ile ilişkilendirmiştir (151–155). Kurşun gibi çevresel toksinlere maruziyet, gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar, gelirdüzeyinin düşük olması tanımlanmış risk faktörlerindendir (156,157). Emzirmenin DEHB ile ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (158,159).

2020 yılında yapılmış oldukça güncel bir gözden geçirme çalışmasında yüksek güvenilirlik kanıtı düzeyindeki risk faktörleri; annenin gebeliği esnasında asetaminofene maruz kalması, çocukluk çağı astımı ve egzaması, annenin gebelik öncesi obezitesi, annenin gebelik sırasında hipertansif bozukluk ve preeklampsi tanısı alması ve gebelik sırasında annenin sigara içmesi olarak gösterilmiştir (160). Potansiyel nedenler arasında plasental kan akışının azalması, maternal oksidatif stres ve maternal inflamatuvar yollar yer alır. İnflamatuvar ajanlar olgunlaşmakta fetüsün kan-beyin bariyerinin geçirgenliğini artırarak fetal beyne ulaşabilir ve muhtemelen nöroanatomik değişikliğe neden olurlar (161–163).

İleri anne yaşı ve annenin eğitim düzeyinin düşük olması, çekirdek ailede sosyal sorunlar (stres, evlilik çatışmaları, boşanma vb.) tanımlanmış diğer risk faktörleri arasındadır (131).

### 2.2.3 Klinik Özellikler

DEHB çocukluk çağında sık görülen, okul, aile, toplum ilişkilerini etkileyerek işlevselliği bozan, çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan dikkatsizlik, fazla hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur (23). DEHB, başvuru esnasındaki semptomların ve fonksiyonel bozulmanın ayrıntılı bir değerlendirmesini, ayrıntılı gelişimsel öykünün alınmasını gerektirmektedir. Alınan ayrıntılı öyküde klinisyende şüphe uyandıracak bilgilerin varlığında tıbbi ya da psikometrik testler yapılabilir.

DEHB'nin dikkatsizlik bileşeni, uzun bir süre boyunca tek bir göreve odaklanmada zorluk, gündüz düşleri, dikkatte bölünme olarak kendini gösterirken, hiperaktivite bileşeni kıpır kıpır, aşırı konuşma ve huzursuzluk olarak ifade edilir (156). Dikkat eksikliği baskın görünüm, hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm ve bileşik görünüm olmak üzere 3 alt görünüm tanımlanmıştır. Dikkat eksikliği baskın görünümü organize olmakta ve hatırlamakta güçlük, dikkat gerektiren aktivitelerde sık sık hata yapma ve dağınıklık ile karakterizedir. Hiperaktivite/Dürtüsellik baskın görünümü aşırı hareketliliğin ve dürtü kontrol zorluğunun bulunması ancak dikkat eksikliğinin olmaması ile karakterizedir. Bileşik görünüm ise kliniğe en sık başvurusu olan diğer 2 alt görünümün özelliklerini taşıyan grubu oluşturur (26). DEHB tanısı konabilmesi için dikkatsizlik ana kategorisindeki 9 maddeden en az 6 tanesinin, ve/ya hiperaktivite/dürtüsellik ana kategorisindeki 9 maddeden en az 6 tanesinin bulunması, bu belirtilerin 12 yaşından önce başlaması, en az 2 ortamda olması ve en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk yaratıcı ve genel gelişim düzeyinden beklenenin üstünde bir şiddette görülerek, sosyal ve akademik işlevselliği bozucu etki yaratması gerekmektedir (23).

DEHB heterojen doğası ve yaşla beraber klinik görünümdeki değişimler nedeniyle her yaş grubunda o döneme özgü ön plana çıkan birtakım belirtilerle karakterizedir. Okul öncesi çocuklarda teşhiste yaşanan zorluk, bulguların çocukların bu yaş döneminde beklenen davranışların ötesinde olup olmadığının belirlenmesinin zor olmasından kaynaklanmaktadır (164). Okul öncesi dönem DEHB'li çocuklar saldırgan ve yıkıcı davranışlar, zayıf akran ilişkileri, kreş veya eğitim ortamlarından

atılma, kaza sonucu yaralanmalar açısından yüksek risk altındadır ve karşı gelme davranışları, öfke nöbetleri ön plandadır (165–167).

DEHB belirtilerinin açıkça farkedilip tanı alması sıklıkla okul dönemine denk gelmektedir çünkü okul çağı hem akademik beklentilerin başladığı hem de sosyal çevreyle ilişki kurulmasının gerektiği bir dönemdir ve DEHB akademik başarı ve sosyal çevreye uyum sağlama konusunda bireye zorluk yaratmaktadır (168). Bu dönemde ders esnasında konuşma ve yerinde oturamama, kıpır kıpır olma, kurallara uymama görülür (169). Bu sebeple akademik başarıda düşüş ve sınıfta kalma ihtimalinde artış bildirilmiştir (170). Dikkati bir noktada toplamakta yaşanan zorluğun daha ziyade görev ve sorumluluk gerektiren, çocuğa sıkıcı ve yorucu gelen, yapmaya gönüllü olmadığı aktivitelerde daha çok görülür. Bu nedenle bu aktivitelere karşı belirgin bir isteksizlik, ödev yaparken sık sık mola verme, erteleme, ödevlerin çok uzun sürmesi, sık sık basit dikkat hatalarının yapılması dikkat çekmektedir (171).

Ergenlik dönemiyle beraber kıpır kıpır olma ve hiperaktivite azalırken dikkat eksikliği ve “iç huzursuzluğu” ön plana çıkmaktadır. Bu iç huzursuzluk hissi nedeniyle ani kararlar verme, öfke kontrolünde zorlanma, gergin ve sinirli olma ,başlanılan etkinliği sürdürememe gözlenir (172). Çocukluk döneminde başlayan akademik ve ilişkisel sorunlar ergenlik döneminde de devam etme eğilimdedir (173). Aynı zamanda bu dönemde düşük benlik saygısı, depresyon, ebeveyn çatışması, suça sürüklenme, sigara içme ve madde kullanımı riski artmıştır (174,175).

#### **2.2.4 Gidiş ve Prognoz:**

DEHB, sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür ve birey, aile ve toplum için önemli bir yük oluşturan yaygın, bozucu bir durumdur (176). DEHB aile içinde stresi arttırarak, finansal yük yaratarak ve olumsuz akademik-mesleki sonuçlar doğurarak sadece kişi üzerinde değil toplum üzerinde de muazzam bir yük oluşturur (177). Bu bozukluk tanısı konan birçok çocuk, ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde eğitim, sosyal işlevsellik ve/veya diğer akıl hastalıkları ile ilgili sorunlar yaşamaya devam etmektedir (178). Bu nedenle bozukluk, nüfus için yüksek bireysel ve toplumsal maliyetlerden biridir (179).

American Academy of Child and Adolescent (AACAP) 2007 verilerine göre çocukluk döneminde başlayan DEHB, %60-80 oranında ergenlikte, %40-60 oranında ise erişkin dönemde belirti göstermeye devam etmektedir. DSM-V’te belirtilen alt görünümünün açıkça sabit olması beklenmemektedir, çünkü bozukluk tanısı konan çocukların klinik görünümünü yıldan yıla değişebilmektedir (180). Yapılan çalışmalar hiperaktivite/dürtüsellik daha açık semptomlarının yaşamın erken dönemlerinde görülüp zamanla azalma eğilimi gösterirken, dikkatsizliğin daha gizli semptomlarının zamanla devam etme eğiliminde olduğunu göstermektedir (156,181,182).

DEHB’nin olumsuz klinik gidişatını öngördüren faktörler arasında olumsuz ana-baba tutumları, akranlar tarafından reddedilme, doğum kilosunun düşük olması, ailede DEHB tanılı birey olması, DAT1, DRD4 gen polimorfizminin olması, DEHB’ye komorbid ruhsal hastalık öyküsünün olması olarak öne sürülmektedir (183,184). Aynı zamanda DEHB’nin kötü prognostik gidişatına sebep olan faktörün ilaç ve destekleyici tedaviyi almamak veya belirti başlangıç zamanı ile tedavi başlanması arasındaki zamanın uzun olması da belirtilmiştir (185). DEHB öyküsü ve davranış bozukluğu varlığının anti sosyal kişilik bozukluğu öncülü olduğu, hatta DEHB tedavisinin başlanmasında yaşanan gecikmenin madde kullanım bozukluğu ve anti sosyal kişilik bozukluğu riskini arttırdığını belirtir çalışmalar da bulunmaktadır (186,187). Erişkin dönemde de büyük oranda devam ettiği bilinen DEHB’de iş yerindeki kötü performans nedeniyle finansal sıkıntılar, işlerin son bitirme tarihinden önce teslim edilmesi ile ilgili güçlükler, iş yerindeki amirler ile ilişkisel zorluklar yaşanmaktadır (188).

## **2.3 Genel Gelişimsel Gecikme/ Zihinsel Yetersizlik**

### **2.3.1 Tanım, Tarihçe, Epidemiyoloji**

Zekanın tanımı konusunda çok fazla tartışma mevcuttur ancak araştırmacıların çoğu zeka kelimesinin birden çok kavram ve özelliği içinde barındırdığı konusunda hem fikirdir. Zihinsel fonksiyonlardaki bu kısıtlılık farkedildiği andan bu yana farklı tanımlar ile kavramsallaştırılmaya çalışılmıştır. “Zeka Geriliği” (mental retardasyon) ismi ile Dünya Sağlık Örgütü tarafından ilk kez 1968 senesinde dile getirilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflama sisteminde ise 1980’den bu yana yerini almıştır.

İlk kez DSM- III'te, ardından “Zeka Geriliği” ismi ile sırasıyla DSM III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR’te yerini almıştır. Klinik tablo 2013 senesinde DSM-5 ile beraber “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altına alınarak, hem stigmatize edici ve incitici potansiyeli yüksek olması, hem de yaşanan problemi daha iyi açıklaması nedeniyle “Zeka Geriliği” yerine “ Zihinsel Yetersizlik” (ZY) (Intellectual Disability) tanımı kullanılmaya başlanmıştır. Bu değişim dilimize “Anlıksal Yeti Yitimi” (AYY) şeklinde uyarlanmıştır (23).

Tanımlanan en güncel kriterlere göre zihinsel yetersizlik 3 temel özelliklerle karakterizedir. Bunlar;

- A)Bilişsel eksiklikler
- B)Adaptif fonksiyonlarda yetersizlikler
- C)Tüm bunların gelişimsel dönemde ortaya çıkmış olması.

Bilişsel eksiklikler olarak ifade edilen durum içinde düşünebilme, plan yapıp problem çözebilme, sebep, sonuç ilişkisi kurabilme, akademik öğrenme, soyut düşünebilme, deneyimlerden öğrenmede eksiklikler yer almaktadır. Bu kazanımlardaki eksiklikler hem klinik olarak hem de standart hale gelmiş zeka ölçüm testleriyle gösterilmiştir.

Adaptif fonksiyonlarda yetersizlikler kategorisi altında bahsedilen durum gelişimsel ve sosyokültürel olarak denk oldukları bireylere nazaran bireysel bağımsızlık ve sosyal sorumluluk alanında geri kalmalarıdır. Bu adaptif sorunlar günlük yaşamda, ev okul iş gibi farklı çevrelerde; iletişim, sosyal katılım, bağımsız yaşam işlevlerinden birinde veya birkaçında kısıtlılıklara yol açmaktadır. Mevcut zihinsel ve adaptif kısıtlılıklar gelişim periyodu içinde ortaya çıkmaktadır (23).

Adaptif davranışlar ve fonksiyonlar dil, bilgi ve hafızayı içine alan kavramsal alan, empati kişiler arası iletişim, kurallara uyma becerisi, sosyal yargıyı içine alan sosyal kavram, özbakım, günlük yaşam becerilerini kapsayan uygulamalı alandan oluşmaktadır (189).

Dsm-5 tanı sınıflaması altında zekanın ağır olmayan, orta, ağır, çok ağır olmak üzere alt gruplara ayrıldığı görülmektedir. Bu ağırlık düzeyi belirlenirken zeka

katsayısı (IQ) ölçümü gereklidir. Zeka katsayısının belirlenmesi amacıyla en sık kullanılan testler Weschler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC), Standford Binet Zeka Testi ve Raven Standart Progresif Matris Testidir (172). Mevcut standardize testlerin daha büyük yaşta çocuklar için geçerli ve güvenilir olması nedeniyle 5 yaşın altındaki bireylerde zihinsel yetersizlik tanımı yerine “Genel Gelişimsel Gecikme” tanımı kullanılmaktadır. Bu tanı 5 yaş ve altındaki çocuklarda kaba veya ince motor becerileri, konuşma ve dil, biliş, kişisel-sosyal ve günlük yaşam aktiviteleri gibi gelişim alanlarından iki veya daha fazlasındaki önemli gecikmeyi ifade eder (190). Bu yaş grubundaki gecikmeler daha sonraki zihinsel yetersizliği öngördürebilir ancak özellikle hafif derecedeki gelişimsel gecikmeler geçici olabilir.(191) Bu gecikmeler geçici olsa da, genel gelişimsel gecikmeye sahip olduğu teşhis edilen çocukların yaklaşık üçte ikisinin 5 yaşından sonra zihinsel yetersizlik teşhisini taşıyacağı tahmin edilmektedir (192). Bu nedenledir ki “Genel Gelişimsel Gecikme” ve “Zihinsel Yetersizlik” terimleri birbiriyle ilişkili ancak eş anlamlı olmayan terimlerdir.

Zeka yetersizliğin tüm dünyadaki yaygınlığı %1-3 arasında olup, erkek kadın oranı 1.6:1 ‘dir (193). 1980-2009 yılları arasında yapılmış 52 çalışmanın gözden geçirildiği bir metaanaliz çalışmasında prevalans 10.37:1000 bulunmuştur (194). Genel gelişimsel gecikme prevalansının da, zihinsel yetersizliğe benzer şekilde %1 ila %3 olduğu tahmin edilmektedir (191).

### 2.3.2 Etiyoloji

Zihinsel yetersizlik, tanı alanların yarısından fazlasında nedenin belirlenemediği heterojen klinik görünümde seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur (195). Etiyolojik faktörler genetik, edinilmiş (konjenital ve gelişimsel), çevresel ve sosyokültürel nedenler olarak gruplandırılabilir.

Genetik nedenler arasında her 10.000 doğumdan 15’inde görülen Trizomi 21 (Down Sendromu), Frajil X Sendromu, daha az sıklıkta görülen diğer kromozomal nedenler Prader Willi Sendromu, Rett Sendromu, Nörofibromatozis, Tuberoskleroz, adrenolökodistrofi olarak sayılabilir (196–202). Kalıtsal faktörler arasında fenilketonüri, galaktozemi, Tay-Sachs Hastalığı ve glikojen depo hastalıkları sayılabilir (203–205).

Edinilmiş zihinsel yetersizlik nedenlerinden konjenital faktörler arasında neonatal hipotiroidizm, kurşun zehirlenmesi, fetal alkol sendromu, doğum öncesi madde maruziyeti, kızamıkçık, toksoplazmoz, HSV Tip 2 enfeksiyonları sayılabilir (206–212).

Zihinsel yetersizliğin gelişimsel nedenleri kendi içinde prenatal, perinatal ve postnatal nedenler olarak 3 gruba ayrılabilir. Prenatal nedenler arasında kontrolsüz diyabet, intrauterin yetersiz beslenme, vajinal kanama, plasenta previa ve göbek kordonu prolapsusu gibi olası gebelik komplikasyonları vardır (212,213). Perinatal nedenler arasında bu dönemde görülebilen yenidoğan anoksisine neden olan uzamış doğum, boğulmaya bağlı asfiksi, yüksek forsepslerin yetersiz uygulanması veya kötü uygulanmış Kristeller manevrası gibi doğum komplikasyonları vardır (212). Postnatal dönemde kernikterus, ensefalit menenjit gibi komplikasyonlar görülür (214,215).

Epidemiyolojik çalışmalar, yoksulluk ve zihinsel yetersizlik arasında sürekli olarak dikkate değer bir bağlantı olduğunu bildirmiştir (216). Düşük sosyoekonomik durumu tanımlamak için anne yaşı, eğitim ve medeni durum gibi faktörlerin kombinasyonlarının kullanıldığı bir çalışmada sosyoekonomik olarak dezavantajlı çocukların öğrenme güçlüğü yaşamaları nedeniyle eğitim desteğine daha fazla ihtiyaç duyduklarını göstermiştir (217). 2016 yılında yapılmış kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında ileri anne yaşı (>35), annenin siyah ırkı, annenin eğitim seviyesinin düşük olması, annenin üç ve daha fazla sayıda doğum yapmış olması, annenin alkol kullanımı, annenin epilepsi tabısı bulunması, erken doğum, erkek cinsiyet ve düşük doğum ağırlığı güçlü bir şekilde ilişkili faktörler olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada daha düşük ilişki gücüne sahip diğer önemli faktörler annenin tütün kullanımı, annenin diyabeti, annenin hipertansiyonu ve annenin astım tanısı olmasıdır (218).

### 2.3.3 Klinik Özellikler

Zihinsel yetersizliğin saptanması, varsa derecesinin ölçülebilmesi amacıyla psikometrik ölçümler yapılmaktadır. IQ (Intelligence Quotient), göreceli zekayı değerlendirmek için tasarlanmış birkaç farklı standart testten birinden elde edilen bir puandır (219). Bireyin testten almış olduğu puana karşılık gelen zihinsel yaşın , takvim yaşına bölünüp 100 ile çarpılması elde edilen bir puandır. IQ testleri genellikle, on yaş ve üzerindeki çoğu insanın yaşamları boyunca benzer IQ puanlarına sahip olacak kadar

güvenilirdir ancak IQ puanlarındaki farklılıklar, bireyin özel bilgisine, kelime dağarcığına, ifade edici dil ve hafıza becerilerine, görsel özel yeteneklerine, ince motor koordinasyonuna ve algısal becerilerine dayanır. Ayrıca, duygusal kaygı, gerginlik ve test sürecine yabancılaşma da IQ puanını etkileyebilir (220,221). Bu nedenle zeka testlerinden elde edilen puanların klinik görüşmede elde edilen bulgularla beraber değerlendirilmesi önemlidir.

Başvuru sırasında ebeveynler çocuklarının oturma, emekleme ve yürümede gecikme, konuşmayı öğrenmekte gecikme veya konuşmada zorlanma, kavramların hatırlanmasında, sosyal rolleri öğrenmekte, neden-sonuç ilişkisi kurmakta ve problem çözmekte zorlanma şikayetleriyle başvurabilmektedir. Bu aşamadan sonra klinisyen tam bir genel fizik muayene, dismorfoloji muayenesi ve nörolojik muayenenin ardından ek öykü almalıdır. Yapılacak standart testler yaşa uygun olmalı, çocuğun zihinsel yaşını dikkate almalı ve kültürel olarak uygun olmalıdır (222). Pre-peri-post natal tüm öykü, ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı, anne baba arasında kan bağı dikkatle sorgulanmalıdır.

Zihinsel yetersizliği olan çocuklar, altta yatan nedene ve şiddete bağlı olarak çok çeşitli başlangıç klinik semptomları ve işaretleri taşıyabilirler.

Hafif Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: IQ puanı 69-50 arasındadır. ZY tanı olguların %85'ini oluştururlar (222). Bu gruptaki çoğu çocukta tanımlanabilir özel bir neden yoktur. Motor gelişimleri çoğunlukla yaşlarıyla uyumludur. Bu gruptaki çocuklar okul öncesi dönemde tanı almayabilir. Okul çağına gelmesiyle beraber kavramsal alanda (okuma-yazma, aritmetik-para hesabı) desteğe ihtiyaç duymaları sebebiyle tanı alabilirler. Soyut düşünme becerileri geridir. Dili daha somut kullanırlar. Toplumsal iletişim şekilleri yaşlılarına nazaran daha çocuksudur. Akademik beklenti arttıkça yaşadıkları zorluk daha belirgin hale gelmektedir. Uygun eğitimle bakıma ihtiyaç duymadan mesleki yetenek kazanabilirler (26).

Orta Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: IQ puanı 35-49 arasındadır. ZY tanı olguların %10'unu oluştururlar (222). Bu olgular sıklıkla okul öncesi dönemde fark edilirler. Konuşma gecikmesi mevcut olup çoğunlukla 4 yaş sonrasına sarmaktadır. Yardımla ilköğretim düzeyine kadar okuyabilirler. Kavramsal, sosyal ve uygulamalı

alanların tümünde desteğe ihtiyaç duyarlar. Öz bakım becerilerinde bağımsızlık kazanabilmeleri için uzun süre eğitilmeleri gerekmektedir. Kalfalık düzeyinde işler yapabilmektedirler (26,172).

Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: IQ puanı 20-34 arasındadır. ZY tanıılı olguların %3-4'ünü oluştururlar (123). Çok erken dönemde fark edilirler. Motor becerileri yaşlılarından oldukça geridir. Konuşmaları çoğunlukla tek kelimelerden oluşur. Basit konuşmaları ve el kol hareketlerini anlayabilirler. Tüm özbakım ihtiyaçlarında bir başkasının yardımına muhtaçtır. Kendine zarar verme şeklinde sosyal uygunsuz davranışlar mevcuttur (26,172).

Çok Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizlik: IQ puanı 20 ve altındadır. ZY tanıılı olguların %1'ini oluştururlar (123). Ağır düzeyde motor gerilik nedeniyle immobilizedirler. Konuşma becerisi kazanamazlar. Her alanda bir başkasına tam bağımlıdır (26,172).

#### **2.3.4 Gidiş ve Prognoz**

Zihinsel yetersizlik, başlangıçta bebeklik ve erken çocukluk yıllarında tanımlanmış olsa da, büyüme ve gelişme, eğitim, bağımsız yaşama yeteneği, sağlık hizmetleri, iş bulma ve toplum temelli desteklere ihtiyaç duyulması gibi konularda yaşam boyu süren bir etkiye sahiptir. İletişim zorlukları ZY olan kişilerin yaşamlarında büyük bir etkiye sahip olabilir (222).

Erken tanı almanın ve semptomları tam olarak ortadan kaldırmasa da erken başlayan eğitsel müdahalelerin prognozu olumlu etkilediği bilinmektedir (223). Toplum ortalamasının üzerinde mortalite görülmektedir (224). Prognozu etkileyen diğer faktörler ek hastalık varlığı, zihinsel yetersizliğin ağırlık derecesi, sosyal destek, bakım verenlerin beklentileri olarak özetlenebilir (26).

#### **2.4 Nörogelişimsel Bozuklukların Psikososyal Etkileri**

Kronik tıbbi hastalıklar ve ruhsal hastalıklar yalnızca tanı alan bireyleri değil, bireylere bakım veren kişileri ve aile üyelerini de etkilemektedir. Nörogelişimsel bozukluk tanılarına sahip bireylerin ebeveynlerinin yaşam kalitesi, ebeveynlerin damgalanması ve ruhsal hastalıkları, hastalığın aile yaşamı üzerindeki psikososyal etkileri ve yaşam kalitesi pek çok çalışmaya konu olmaktadır; çünkü ebeveynlerin

ebeveynlik stresi ve zihinsel sağlık sorunlarını ele almak, çocukların kronik hastalığının yönetiminde şüphesiz ki yadsınamaz bir işlev görmektedir. Ailedeki olumsuz etkilenmenin tanı alan çocuğu da olumsuz etkilemesiyle süregiden bu kısır döngü, terapötik müdahalelerin olumlu etkilerini de azaltmaktadır (225).

OSB'nin belirtilerinin ve işlevsel bozukluklarının sıklıkla erken çocukluk döneminde ortaya çıkması ve çoğunlukla yaşam boyu devam etmesi, OSB'yi bireyler, aileler ve toplum üzerinde muazzam etkileri olan yaygın bir bozukluk haline getirmektedir (226,227). OSB'li bir çocuğa sahip olmanın ebeveynler üzerindeki etkileri, tıpkı OSB gibi heterojendir. OSB'li bireylerin yaklaşık %85'i, yaşamlarına ebeveynlerinden gelecek yardıma ve bakıma ihtiyaç duyarak devam etmektedir (225). Gelişimsel engelli çocukların ebeveynleriyle yapılan uzunlamasına bir çalışmada, 50 yaş ve üstü ebeveynlerin % 50'sinden fazlasının hala kendisinin yardımına ihtiyaç duyan çocuklarıyla yaşadıklarını göstermiştir (228).

Kişinin OSB tanısı alması sonrasında OSB'nin şiddetine bağlı olmak üzere belki de yaşam boyu sürebilecek bakım ve destek ihtiyacı gündeme gelmektedir. Bu bakım ve destek ihtiyacı sadece rutin doktor takibi ve ilaç tedavisini kapsayan sağlık alanında değil, aynı zamanda eğitim alanında da gerekmektedir. Öte yandan bakım verenlerin gayri resmi maliyetleri, bakım verenlerde oluşabilecek ruhsal sağlık problemleri, OSB'nin şiddetine bağlı olarak yetişkinlik dönemdeki üretkenliğin kaybı da düşünüldüğünde OSB aileler ve ülkeler için ekonomik maliyet oluşturmaktadır. OSB'nin ekonomik maaliyeti ile ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır. Çoğu ABD çalışması OSB'de verilen özel eğitim programlarının yıllık maliyetinin 40.000 ABD Doları ile 60.000 ABD Doları arasında değiştiğini göstermektedir (229). Hollanda'da da benzer tahminlerin elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır (230).

Bu veriler ışığında OSB'li bir çocuğa bakım vermenin uzun soluklu bir mesai olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bakım veren ebeveynlerin kendilerini yeterli hissetmeleri, kendi yeteneklerine inançlarının yüksek olması halinde, çocuğun zorlu davranışlarına karşı daha etkili ebeveynlik gösterme eğiliminde olduğunu gösteren çalışmaların varlığı ebeveynlerin bakım verme serüveni sırasında yaşadığı zorlukların daha yakından incelenmesinin önemini vurgular niteliktedir (231).

OSB’li çocukların ebeveynleri ile ilgili en çok incelenen alanlarından biri ebeveynlik stresidir (232). Birçok çalışmada sağlıklı çocuklara bakım veren ebeveynlere kıyasla OSB’li çocukların ebeveynlerinin daha yüksek ebeveynlik stresi yaşadığı gösterilmiştir (233–235). Yalnızca tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynleriyle değil, OSB harici gelişimsel gecikmesi ve özel sağlık ihtiyaçları olan çocuklara bakım veren ebeveynlerle kıyaslandığında da, OSB’li bir çocuğa bakım vermenin ebeveynler üzerinde daha fazla stres yarattığı gösterilmiştir (236–238).

Alanyazında ebeveynlerin yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda tanı grupları arasındaki farklara da değinilmiştir. OSB’li çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesinin, tipik gelişim gösteren, zihinsel yetersizlik tanılı veya serebral palsi tanılı olguların ebeveynlerinin yaşam kalitesinden daha düşük olduğunu belirtir çalışmalar bulunmaktadır (239).

OSB’li bir çocuğa sahip olmanın ebeveynlerdeki zihinsel ruhsal sağlık üzerine etkisi pek çok çalışmaya konu olmuştur. Depresyon, anksiyete ve karamsarlık gibi psikiyatrik belirtilerin sıklığının arttığı gösterilmiştir (240–243). Alanyazına bakıldığında gelişimsel sorunları olan bir çocuğu yetiştiren ebeveynlerin psikolojik iyilik hallerinin engelin niteliğine göre değiştiğini ifade eden çalışmalara da rastlanmaktadır ve OSB’li bireylerin ebeveynlerinin yaşadığı mental sağlık sorunları diğer tanılara sahip çocukların ebeveynleri ile de sıkça kıyaslanmıştır. Bu çalışmalarda, OSB’li çocukların ebeveynlerinin, Down sendromu, Frajil X Sendromu, zihinsel yetersizlik ve gelişimsel gecikmesi olan çocukların ebeveynlerine kıyasla daha fazla mental sağlık sorunu yaşadıkları belirtilmiştir (236,244,245). OSB’li çocukların ebeveynleri, sağlıklı çocukların ve zihinsel yetersizlik gösteren çocukların ebeveynlerine kıyasla daha fazla yorgunluk ve fiziksel sağlık sorunu riski de taşımaktadır (239,246,247).

Zihinsel yetersizlik tanısı olan çocukların yaşam boyu değişen ihtiyaçlarının, ebeveynler için ek zorluklara yol açması nedeniyle tanı alan bireylerin ebeveynleri üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Sürekli devam eden bakım gereksinimi nedeniyle ebeveynlerin kendilerine daha az zaman ayırdıklarını ve öz bakımlarını ihmal ettikleri, işten ayrılmak durumunda kaldıkları, sosyal çevreleri tarafından desteklenmedikleri ve reddedildikleri belirtilmiştir (248–250). Doran ve ark. (251)’nin belirttiğine göre

ailelerin engelli çocuklarına bakım vermek için haftada 52-85 saat harcamaktadırlar. Bu artan bakım ihtiyacını karşılamak adına ebeveynlerin ücretli bir işte çalışamama veya çalışma saatlerini azaltmak zorunda kalma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (252). Hollanda’da yapılan bir çalışmada, devlet sağlık hizmeti toplam maliyetinin %9’unun ZY ile ilgili olduğu tahmin edilmektedir (253). Birleşik Krallık’ta yapılmış bir çalışmada 4-11 yaş arası OSB komorbiditesi olan ZY olgularının yıllık toplam maliyeti 50.256 dolar ve her yıl için 85.690 dolar olarak bulunmuştur (254).

Araştırmalar zihinsel yetersizlik tanısı olan çocuklara bakım veren ebeveynlerin yaşam kalitesi, fiziksel ve duygusal refahının da bozulma eğiliminde olduğunu göstermektedir (255). Zihinsel yetersizliği olan çocukların ebeveynlerinde, engeli olmayan çocukların ebeveynlerine kıyasla daha yüksek stres, depresyon ve kaygı bozukluğu riski bulunmaktadır (255–257). Ebeveynlerde üzüntü, ıstırap, çaresizlik, suçluluk gibi karmaşık ve zorlayıcı duyguların ortaya çıktığı belirtilmiştir (258–260). Aileler engelli bir çocuğa bakım vermenin yaşattığı ekstra stresin geçici bakım, aile danışmanlığı gibi hizmetlere duydukları ihtiyacı da arttırdığını belirtmişlerdir (261).

ZY tanısı sonrası sonrasında aile içi dinamikler de etkilenmektedir. Kronik hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynler hasta çocuğun ihtiyaçlarıyla ilgilenirken aile üyelerinin diğer ihtiyaçlarını ihmal edebilmektedir. Hasta çocuk ilgi odağı haline geldiğinde ebeveyn-kardeş ilişkisi de etkilenmekte, hasta çocukların kardeşleri genellikle ebeveynlerinin ilgisinden yoksun ve dışlanmış hissedebilmektedir (262).

DEHB, tanı alan kişi kadar kişiye bakım verenin de etkilendiği nörogelişimsel bozukluktur. DEHB’nin ebeveynler üzerine etkisi oldukça fazla araştırmaya konu olmuştur. Birçok çalışma göstermiştir ki DEHB’li çocuklara ebeveynlik yapmak stresli bir durumdur ve bu durum ebeveynin fiziksel ve ruhsal sağlığı, evlilik ve sosyal refahı üzerinde tehdit yaratabilir (263). DEHB tanısı olan bir çocuğa sahip olmanın aile işlevselliğine olan etkisinin incelendiği başka bir çalışmada da DEHB’li bir çocuğun varlığının, aile ve evlilik işleyişinde bozulma olasılığını arttırdığını, ebeveyn-çocuk ilişkisinin bozulmasına, özellikle davranım sorunlarının eşlik etmesinin ebeveynlik stresini arttırdığını vurgulamıştır (264). Ebeveynlerin artan stresle nasıl

başıttiklerinin araştırıldığı bir çalışmada, DEHB’li çocukların artmış sorunlu davranışlarının ebeveyn alkol tüketimini arttırdığını göstermiştir (265).

Yakın zamanda yapılmış birçok çalışma çocuklardaki DEHB’nin ebeveynlerin yaşam kalitesine ve psikolojik iyilik hallerine olumsuz etkisi olduğunu vurgulamıştır (266–268). DEHB’li bireylerin ebeveynlerde artan depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklığı da çalışmalardaki sonuçlar arasındadır (269–273).

DEHB’li çocukların, tipik gelişim gösteren çocuklara kıyasla daha fazla uyku problemi olduğu bilinmektedir.(274) Bu uyku sorunlarının da anne ruh sağlığı zorlukları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (275,276).

DEHB’li çocuklar hiperaktivite, dürtü kontrol ve inhibisyon sorunları nedenleriyle aileleriyle sıklıkla problem yaşamaktadırlar. Çocuk ve ebeveyn arasında yaşanan gerginlik ebeveyn tutumlarına yansımaktadır. DEHB’li bireylerin ebeveynlerinin daha fazla olumsuz anne baba tutumları sergiledikleri gözlenmiştir (277). Katı ve tutarlı olmayan bu ebeveyn tutumunun da davranım bozukluğu gelişiminde etkisi olduğu bilinmektedir (278). Sürecin yönetiminde yaşanan bu kısır döngü aileleri ve DEHB’li bireyleri olumsuz etkilemektedir.

DEHB’li bir çocuk yetiştirmek doğrudan (örn; ilaçları satın almak) veya dolaylı olarak (örn; iş yerinde kaçırılan zaman) ekonomik yönden de aileleri etkilemektedir (279). Ayrıca farmakolojik ve ilaç dışı tedaviler, özel eğitim maliyeti ve suça sürüklenen bireylerin yarattığı maliyet düşünüldüğünde DEHB toplum üzerinde önemli ekonomik yük oluşturmaktadır (280).

DEHB tanısının toplumsal etkilerinden bir diğeri de suça karışma davranışıdır. Genel nüfusla karşılaştırıldığında, uluslararası araştırmalar polis nezaretinde, hapisanede, şartlı tahliye ve adli ruh sağlığı ortamlarında genç ve yetişkin suçlular arasında orantısız şekilde daha yüksek DEHB oranları olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda tipik gelişim gösteren akranlarıyla kıyaslandığında daha erken yaşta ve tekrarlayan şekilde suça karışma davranışları görülmektedir (281).

## 2.5 Damgalama

### 2.5.1 Damgalama Tanımı

Damgalama (stigma) terimi belirli bir durumla ilişkili, daha düşük sosyal statüye sahip olanlara yönelik, derinden itibarı zedeleyici bir nitelik olarak tanımlanmıştır. Başka bir ifadeyle, bir bireyi “bütün ve olağan bir kişiden kusurlu, eksik bir kişiye” indirgeyen bir işaret veya nitelik olarak tanımlanmaktadır (1).

Damgalanan kişilere veya gruplara, onların farklılığı ön plana çıkarılarak olumsuz özellikler yüklenir. Damgalama, içinde bulunduğu toplumda “normal” sınırların dışında kaldığı kabul edilen bireylerin saygınlığının azaltılmasına yönelik tutum ve davranışlar bir bütündür (282).

### 2.5.2 Damgalama Tarihçesi

Stigma kelimesi, aslen Yunanca’da köleler ve hainler üzerindeki bir işaret ve damga anlamına gelen “steizen” kelimesinden köken almaktadır (1). Zamanının ses getiren hastalıkları olan cüzzam ve kara ölüm olarak adlandırılan veba, insanlar tarafından tanrının insanlığa verdiği bir ceza ve kötülük olarak yorumlanmıştır (2,282). 15. Yüzyılda avrupada başlayıp, hızla orta doğuya yayılan sfiliz (frengi), hastalığa sahip olanların etiketlenmesine yol açmıştır. 18. Yüzyılda tanımlanan tüberkülozun zeka ile pozitif ilişkili olduğu düşünülse de düşük sosyoekonomik kesimde hızla yayıldığı için, aşağı sınıf bir hastalık olarak kabul edilmiştir (3). Zamanla bütün mamulleri tüketiminin neden olduğu hastalıklar ortaya konmaya başlanmış, kanser kavramı ve kanserli hastaların damgalanması gündeme gelmiştir. 21. Yüzyılda, bulaşıcı bir hastalık olduğu keşfedilen AIDS’in, günah işleyen insanlara verilmiş bir ceza olduğu düşünceleri devam etmiştir. Literatürde sözü edilen bu hastalıklara ek olarak özel sağlık koşulları, ırk, cinsellik gibi konularda da damgalamayla ilgili çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (4).

Dünyada tarihinde yaşanan salgın hastalıklarda, damgalanmış bireylere karşı toplum genelinde nefret duygusunun ortaya çıktığı görülmüştür (283). Günümüzde 2019 yılında pandemi ilan edilen COVID-19 salgınında insanların karşılıklı yaşama isteklerinin yerini başkalarına virüs bulaştırma riski olduğu düşünülen bireylerin damgalanması almıştır (5). Bu durum salgınla olan mücadeleyi daha da zorlaştırmıştır.

Hem enfekte bireyler hem de bireylerin yakınları ve sağlık çalışanları potansiyel enfeksiyon kaynağı olarak görülerek damgalanmaya maruz kalmışlardır. Sağlık hizmeti veren kişilerin toplu taşıtları kullanmasının engellenmeye çalışılması, kiraladıkları evlerden taşınmalarının talep edilmesi, hem sözel hem de fiziksel şiddete uğramaları, enfekte bir gebenin doğum sonrasında ailesi tarafından terk edilmiş olması, hastalığı atlatmış bir kişinin yaşadığı sokak hakkında “korona yolu” yakıştırmalarının yapılarak bu yolun kullanılmaktan imtina edilmesi damgalanmaya dair çarpıcı örnekler arasında yer almaktadır (284). Bulaşıcı hastalıkların tedavileri esnasında yaşanan psikolojik yük, bireylerin durumlarından başkalarına bahsetme ve tedavi arayışını da olumsuz etkileyebilmektedir (285). Bu durum bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra hastalığın yönetimi ve yayılması konusunda zorluklara neden olabilmektedir.

Damgalanmadan etkilenen tüm hastalıkların başında ruhsal hastalıklar gelmektedir. Bunun nedeni olarak, ruhsal hastalıkların belirtilerini açıklama ve anlamlandırmadaki güçlük, belirtilerin arkasında yatan belirsizlik, ruhsal bozukluğa sahip kişilerin öngörülemez, tehlikeli, korkutucu kişiler olarak algılanması sebebiyle bu insanlardan uzak durulması ayrıca ruhsal hastalığın kişinin veya ailenin itibarını kaybetmesine neden olan bir durum olarak görülmesi gösterilebilir (10,282,286).

### 2.5.3 Damgalama Bileşenleri

Güncel anlamıyla damgalama süreci, farklı kılan “işaretin- izin” görülmesi ve ardından kişinin değersizleştirilmesi olmak üzere 2 temel unsurdan oluşmaktadır. Damgalama alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde, damgalamanın birden çok bileşenden oluştuğu belirtilmektedir. Bunlar kalıp yargılar (stereotypes), ön yargılar (prejudices) ve ayrımcılık (discrimination) tır. Kalıp yargılar ve ön yargılar bilişsel yapıya aitken, ayrımcılık önyargıların davranışsal sonucuna işaret eden davranışsal yapıya aittir (287).

Kalıp yargılar, belirli bir sosyal grubun üyesi olarak kategorize edilebilen insanların özellikleri, nitelikleri ve davranışları hakkındaki genel inançlardır (287). “Akıl hastaları tehlikelidir. Akıl hastalığından kendileri sorumludur. Akıl hastalığı olan insanlar hedefler ve tedaviler hakkında karar vermek için bir otoriteye ihtiyaç

duyarlar” gibi düşünceler kalıp yargılara örnek gösterilebilir. Toplumdaki bireyler içinde bulundukları ortamda yaşamlarını sürdürürken bu kalıp yargılara vakıf olup bunları hayata geçirebilir ancak bazı bireyler kalıp yargıların farkında olsa da buna katılmayabilir (288).

Ön yargılar, duygusal tepkileri de içinde barındıran, sosyal grubun üyelerine karşı oluşturulmuş genel tutumlardır. Ciddi bir akıl hastalığı olan birinin yanında gergin, korkmuş veya kızgın hissetmek ön yargıya örnek gösterilebilir (287).

Ayrımcılık, önyargılara dayanarak sosyal grubun üyelerine karşı tutum ve davranışları ifade eder. Ayrımcılık davranışına, işverenin eşit niteliklere sahip iki iş başvurusu arasında yalnızca ruhsal hastalığı bulunması nedeniyle kişiyi işe almama davranışı örnek verilebilir (287).

#### **2.5.4 Damgalama Türleri**

Pryor ve Reeder, damgalamayı toplumsal-kamusal (public), yapısal (structural), bireysel (self-stigma) ve birliktelik-ilişki (stigma by association-courtesy stigma) yoluyla damgalama olmak üzere 4 farklı türle kavramsallaştırmıştır (289).

Toplumsal-kamusal damgalama, insanların damgalanmış duruma sahip olan kişilere ilişkin bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini tanımlamaktadır. Hepsi birbiriyle ilişkili damgalama çeşitlerinin merkezinde bulunarak, diğer damgalanma türlerine aracılık etmektedir (289).

Yapısal damgalama, toplumsal ideolojilerin ve kurumların damgalanmış bir durumu sürdürme veya daha da kötüleştirme biçimlerini ifade etmektedir (290). Damgalamayı teşvik eden toplumsal yapılar kültürler arası ve tarihsel olarak farklılık gösterir. Ruhsal hastalığı bulunan kişilerin evlenmesi, oy kullanması gibi haklardan mahrum kalması yapısal damgalamaya örnek teşkil etmektedir (289).

Bireysel damgalama, kişinin kendisine karşı önyargılara sahip olunduğunu ve akıl hastalığı etiketi nedeniyle kendisine karşı ayrımcılık yapılacağını kabul etmesi, kalıp yargıları ve önyargıları içselleştirilmesi anlamına gelmektedir (288). Toplumun kendisi için sıklıkla düşündüğü tehlikelilik, yetersizlik gibi etiketleyici kalıp yargıların benimsenmesi olarak ifade edilmektedir (291). Toplumsal damgalamayı içselleştiren

bu bireyler yanıt olarak kendi davranışlarını değiştirebilir. İş başvurusunda bulunmaktan ve fırsatları değerlendirmekten kaçınarak, kendilerini toplumdan izole edebilirler (292).

Damgalama kimi zaman olumsuz düşünce ve davranışlara doğrudan maruz kalan kişileri etkilemekle kalmaz, aynı zamanda onlarla ilişkide bulunan kişileri de içine almaktadır. Araştırmalar göstermiştir ki damgalanmış bireylerle ilişkide olan kişiler (Örneğin, aile, arkadaşlar, bakıcılar), damgalanmış kişilerle olan bağlantıları sonucunda etiketlenmiştir (293). Damgalanmış bireylerin yakınlarının yaşadığı bu durum ilişkisel damgalama olarak adlandırılmaktadır. Psikososyal değişkenlerden (örneğin medeni durum, uyku miktarı vb.) etkilenen ilişkisel damgalama, bakım verende düşük refah düzeyine neden olmaktadır (294,295).

#### **2.5.5 Ebeveynlerde İçselleştirilmiş Damgalanma Algısı**

Hastalığı nedeniyle toplum tarafından damgalanmış bireylerin bu damgalanmayı içselleştirmesinin olumsuz bilişsel, duygusal ve davranışsal sorunu beraberinde getirdiği gözlenmiştir. Bu bilişsel, duygusal ve davranışsal sonuçlar; kendileriyle ilgili olumsuz öz değerlendirme, öfke ve umutsuzluk gibi olumsuz duygular, damgalanmaya neden olan durumu gizleme ve sosyal olarak kendilerini geri çekme olarak gözlenmektedir (296). Çalışmalar göstermektedir ki damgalanmaya yalnızca hastalık tanısı alarak itibarı doğrudan zedelenmiş bireyler değil; bu bireylerle ilişkili ebeveynler de maruz kalmaktadır (11). Toplumsal damgalanmaya maruz kalan kişilerle yakın ilişkide olmaları sebebiyle damgalanmış ebeveynler, zaman içerisinde bu olumsuz tutum ve davranışları içselleştirebilmektedir. Kendilerine yapılmış ilişkisel damgalamanın ebeveynler tarafından içselleştirilmesi durumu “affiliate stigmatization” olarak adlandırılmaktadır (11).

Bakıcılar tarafından damgalanma deneyimlerini açıklayan ilişkisel damgalama ve ilişkisel damgalamanın ebeveynler tarafından içselleştirilmesi olarak tanımlanan “affiliate” damgalama, alanyazında büyük ölçüde birbirinin yerine de kullanılmıştır. 'Aile damgası' terimi, algılanan ilişkisel damgalama ve “affiliate” damgasını toplu olarak tanımlamak için kullanılır (297).

İlişki- birliktelik yoluyla damgalamanın içselleştirilmesi, damgalamanın sadece algılanılmasından daha kötü sonuçlara yol açabilmektedir (298). “Affiliate” damgalanma yalnızca bakım verenin psikolojik sıkıntılarını arttırmakla kalmaz, aynı zamanda bakım verdiği kişilerle olan ilişkisini ve sağlık profesyonelleriyle olan iş birliğini bozmaktadır (12,298,299).

Tıpkı hasta bireyin damgalanmasında olduğu gibi, ebeveynlerdeki içselleştirilmiş damgalanmanın da bilişsel, duygusal ve davranışsal sonuçları olmaktadır. Hasta kişiyle olan ilişkisel statüyü başkalarından gizlemek, sosyal ilişkilerden kaçınmak ve hatta ruhsal hastalığa sahip bireylerden kendilerini uzaklaştırmak bu sonuçlara örnek verilebilir (11).

Ebeveynler, ruh sağlığı sorunları belirtilerinin, ebeveynlerin çocuk üzerindeki kontrol ve disiplin eksikliği olarak yorumlanması nedeniyle de damgalanmaya maruz kalmaktadırlar (300). Fernandez ve Arcia, ebeveynlerin damgalanma algısının, tekrarlayan damgalayıcı deneyimler ve toplum genelinde ebeveynlerin çocuklarının davranışlarından sorumlu olduklarına dair inancından kaynaklandığını ifade etmiştir. Bunun sonucunda çocuklarının mevcut durumuna sebebiyet verdikleri için kendilerini suçlamaları muhtemeldir (301).

Damgalamanın ebeveyn üzerindeki bilişsel, duygusal ve davranışsal genel sonuçlarına ek olarak; damgalanma algısı ile bakım verme yükü arasındaki anlamlı ilişkiden söz eden çalışmalar da bulunmaktadır (11,302).

### **2.5.6 Otizm Spektrum Bozukluğu ve Damgalanma**

OSB’li çocuklar genellikle stereotipik davranışları ve toplumun otizm hakkındaki yanlış bilgileri nedeniyle sıklıkla damgalama ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalmaktadır ve bu damgalama ebeveynlere dek uzanmaktadır (13). Otizm spektrumunda bir çocuğu olan ailelerin yaşadığı zorluklar, otistik semptomların heterojen özelliklerine ve fonksiyonel bozulmanın şiddetine bağlı olarak önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir (303). OSB’li çocuğun normal fiziksel görünümde olması ve halkın OSB hakkındaki bilgi noksanlığı sebebiyle OSB’li çocukların sosyal uygunsuz davranışları kötü ebeveynliğe yorulmakta ve bu durum ebeveynlere karşı düşmanca bir tutum sergilenmesine, ailenin damgalanma olasılığının artmasına sebep

olmaktadır (14). Bu hipotez, Werner ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış olduğu bir çalışma tarafından, OSB'li çocukların ebeveynlerinin damgalanmasının, zihinsel yetersizlik veya fiziksel engelli çocukların ebeveynlerinin damgalanmasına kıyasla daha yüksek bulunması ile desteklenmiştir (304). Benzer şekilde yüksek fonksiyon gösteren OSB'li çocukların ve ailelerinin; Down Sendromu, Kistik Fibrozis gibi hastalıkları olan çocuklara ve hatta otizm spektrumundaki diğer çocuklara kıyasla daha fazla damgalandıkları öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (14,305). Ebeveynlere karşı gösterilen bu düşmanca ve damgalayıcı tutum, ebeveynlerde utanç, suçluluk, küskünlük, mahcubiyet gibi duyguların içselleştirilmesine ve daha zayıf öznel iyi oluş yaşamalarına neden olmaktadır (306–308).

Öte yandan çok sayıda çalışma semptomları şiddetli olan OSB'li çocukların ailelerinin kendilerini yüksek düzeyde damgalanmış hissetmelerine neden olduğunu göstermektedir (309–312). Sonuç olarak OSB'nin sosyal ve kültürel normlara uymayan ve istenmeyen, dikkat çekebilecek özelliklerinin ve davranışlarının neden olduğu utançla yüzleşmek, bakıcılarda duygusal ve psikolojik sıkıntıya neden olmaktadır (308). Damgalanmanın bilişsel ve duygusal boyutu yanı sıra ebeveynlerin davranışlarına etki eden boyutu da önem taşımaktadır. Damgalanma olasılığını tahmin eden ve zorlayıcı duygulardan korunmayı amaçlayan ebeveynler kendilerini sosyal olarak geri çekme davranışı sergileyebilir ve sosyal izolasyonun dolaylı bir sonucu olarak çocuklarının başkalarıyla olumlu etkileşim kurma fırsatının önüne geçebilirler(308). Kendilerini damgalanmış hisseden ebeveynler, omuzlarına yüklenen bakıcı kimliği altında zorlanarak, bakım sorumluluklarını aksatabilir ve çocuklarına karşı olumsuz tavırlar sergileyebilirler (11).

Damgalanma algısı ebeveynler arasında farklılıklar göstermektedir. OSB'li bireyle olan ilişkisinin öz değer, kendine güven ve öz saygı gibi temel değerlerine karşı tehdit oluşturduğunu düşünen ebeveynlerin, içselleştirilmiş damgalanma yaşama olasılığı daha yüksek bulunmuştur (313). Ayrıca utanma eğilimi yüksek olan kişilerin, çocuklarının mevcut durumu ile ilgili damgalanma hissetmesi daha olası bulunmuştur (314). Altta yatan mekanizmanın, belirsiz sosyal ipuçlarına olumsuz yorumlar yapma eğiliminde olmaları ve damgalanmanın içselleştirilmesi ile ilişkili içsel bir atıf tarzına sahip olma olasılıklarının yüksek olması muhtemel görünmektedir (300).

Annelerde, babalara kıyasla damgalanmanın daha fazla içselleştirildiğini belirtir çalışmalar vardır (312,315). Etnik kökenlerin ebeveynlerin yaşadığı içselleştirilmiş damgalanma algısı üzerindeki etkileri hakkında yapılan çalışmalar, ailenin her üyesinin ailenin itibarını korumada ve sosyal konumunu belirlemede rol oynadığının düşünüldüğü Asya topluluklarında, özellikle annelerin rahatsızlık yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (316).

2020 yılında ülkemizde yapılmış bir çalışmada OSB tanısı almış çocukların annelerindeki içselleştirilmiş damgalanma algısı ile kaygı ve depresif belirtiler arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur (317).

### **2.5.7 Zihinsel Yetersizlik ve Damgalanma**

Zihinsel yetersizlik etiketi, ailedeki kardeşler de dahil olmak üzere tüm aile üyeleri için sorun yaratmaktadır (318). Bakıcılar tarafından damgalanma deneyimlerini açıklayan ilişkisel damgalama ve ilişkisel damgalamanın ebeveynler tarafından içselleştirilmesi olarak tanımlanan “affiliate” damgalama, literatürde büyük ölçüde birbirinin yerine de kullanılmıştır. 'Aile damgası' terimi, algılanan ilişkisel damgalama ve “affiliate” damgasını toplu olarak tanımlamak için kullanılır (297). Zihinsel yetersizliğe sahip çocukların ailelerinin yaşadığı bu damgalanma deneyimi özellikle son yıllarda çalışılmaya başlanmıştır.

Crabtree'nin 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada, zihinsel yetersizliği olan 15 çocuğun annesi, toplum tarafından çocuklarının tiksindirici ve tehlikeli olduğunun ifade edilmesi nedeniyle çocuklarını dışarı çıkarmak konusunda isteksiz olduklarını belirtmiştir (319). Aynı çalışmada zihinsel yetersizlik tanısına sahip çocuğun cinsiyetinin ebeveyn üzerinde değişken etkisi bulunduğu belirtilmiştir. Kız çocuklarının babaları tarafından damgalanma kaygısıyla dışarı çıkmasına engel olduğuna, erkek çocukları üzerinde toplumsal beklentileri karşılama konusunda kültürel izler bulunması nedeniyle erkek çocuklarının engel durumunun ebeveynler tarafından inkar edildiğine değinilmiştir.

Doğu kültürlerinde yapılmış çalışmalar, toplumdan dışlanmanın yanı sıra, engelli bir çocuğun doğumunun aile içinde de ötekileştirme ve etiketleme davranışı doğurduğuna, bu davranışlardan bilhassa annelerin etkilendiğine dikkat çekmiştir.

Birleşik Arap Emirlikleri, Bangladeş, Pakistan ve Tayvan’da, aile üyelerinin çocuğun engelinden dolayı anneyi suçlaması nadir değildir (319–322). Tayvan’da 2009 yılında yapılmış bir çalışmanın verilerine göre, sağlıklı çocuklar dünyaya getirmenin annenin sorumluluğu ve ahlaki görevi olduğu, bu düşüncenin annenin damgalanmasına neden olduğu, ancak aksi şekilde eşine ve çocuğuna bakım vermek zorunda kalmaları nedeniyle babaya karşı acıma ve sempati duyulduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada zihinsel yetersizliği olan çocukların ve annelerinin, yeni evlenen çiftlere uğursuzluk getirdiği düşüncesiyle düğünlere katılmasının istenmediği belirtilmiştir (320). Engelli çocuğa bakma sorumluluğunu esas olarak yüklenen kişi olan annenin eşleri tarafından boşanmayla tehdit edilmesi de çalışmalara konu olmuştur (319,320,322). Aile içinde etiketlenmeye maruz kalmamak amacıyla bazı ebeveynler çocuklarının doğumunu diğer aile üyelerinden saklamıştır (319).

Çin toplumunda bireylerin sosyal değerlerini ve imajını ifade eden bir “sosyal yüz” kültürü bulunmaktadır. Zihinsel engelli bir bireyin aile üyeleri, yüz endişesi sebebiyle bu durumu diğer aile üyeleriyle paylaşmaktan kaçınmaktadır. Grubun bütünlüğünü bozma, aileyi zedeleme gibi endişeler nedeniyle ve ebeveynlerin sosyal statülerini koruması amacıyla, ebeveynlerin çocuklarının engeli hakkında geniş aileye kısıtlı açıklamalarda bulunduğu ifade edilmektedir (323–325).

Yarıya yakınında OSB komorbiditesi olan zihinsel yetersizlik tanısına sahip 210 bireyin ebeveynleriyle yapılmış bir çalışmada, ebeveynlerdeki içselleştirilmiş damgalanma algısının öznel yük ile anlamlı ilişkisi olduğu, damgalanma düzeyi yüksek ebeveynlerin utanç ve aşağılık duygusu taşımalarının muhtemel olduğu, kendilerini umutsuz hissettikleri, önyargı ve ayrımcılıktan kaçınmak adına sosyal çevreden izole olup, statülerini başkalarından gizledikleri belirtilmiştir (11).

Zihinsel yetersizliği olan erişkinlere bakım veren ebeveynlerle yapılan bir çalışmada damgalanma ile yaşam kalitesindeki düşüklük arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (326).

### **2.5.8 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Damgalanma**

DEHB’li bireylerin hastalığa özgü semptomlar nedeniyle sıkça damgalandığı bilinmektedir. Okullarda yaşadıkları çevrelerde düzeni bozan ve kurallara uymayan

kişi olarak damgalanabilirler. DEHB belirtileri yalnızca bireylerin kendisi için uyum bozucu olmakla kalmaz; ebeveynlerin yaşam kalitesine, psikolojik iyi oluşlarına olumsuz etkisi mevcuttur (266–268). Bu olumsuz etkilere ek olarak toplumdaki kişiler DEHB semptomlarını ailenin disiplin eksikliği ve göstermiş olduğu uygunsuz ebeveyn tutumları olarak yorumlayarak ailelerin damgalanmasına neden olmaktadır (16). Bu durum ebeveynde utanç ve mahcubiyet duyguları yaratmaktadır (327). Kusurlu ebeveynlik şeklindeki damgalayıcı görüşe alternatif bir diğer damgalayıcı görüş de DEHB'nin biyolojik bir zemine bağlı geliştiği, bu durumun tedavi edilemez olduğuna ve ebeveynin kusurlu olduğuna dair görüşlerdir (328). Sonuç olarak yetersiz ebeveynlik mi yoksa biyolojik nedenlere mi atfediliğine bakılmaksızın, DEHB'li çocukların ebeveynleri damgalamaya maruz kalmaktadırlar. Ebeveynlerin bu deneyimleri içselleştirmesi, içselleştirilmiş damgalanma yaşamalarına neden olmaktadır.

Alanyazında şizofreni, depresyon ve duygu durum bozukluğu olan bireylere bakım veren kişilerdeki damgalanma algısı ile pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar aileler arasındaki içselleştirilmiş damgalanma algısının yaygınlığını ortaya koymanın yanı sıra damgalanmış bakım veren bireylerin sosyal destek almasıyla damgalanma etkisinde azalma olabileceğini ortaya koymuştur (12). Buna karşın az sayıda çalışma DEHB'li bireylere bakım verenler arasındaki damgalanma algısını araştırmıştır.

2015 yılında DEHB'li 63 bireyin ailesiyle yapılmış bir çalışmada ebeveynlerdeki içselleştirilmiş damgalanma algısı ile; çocukların düşük sosyal becerileri, çocukların artmış saldırganlığı ve olumsuz ebeveynlik arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (15). 2018 yılında DEHB'li 159 çocuğun ebeveyniyle yapılmış bir çalışmada annelerdeki içselleştirilmiş damgalanma algısının annelerdeki stres ve çocuklardaki DEHB semptomları ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (329). Ebeveynde gelişen depresyon, ebeveynin öz yeterliliğini düşürerek çocukla olan iletişiminin kalitesini tehlikeye atabilir (330). Aynı zamanda damgalanmış hisseden DEHB'li çocukların anneleri; depresyon, kaygı bozukluğu ve sosyal izolasyon açısından risk altındadır (327).

## 2.6 Nörogelişimsel Bozukluklarda Aile İşlevselliği

Aile, kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel toplumsal birim olarak tanımlanmıştır (331). Ailenin işlevleri çeşitli yazarlarca farklı başlıklar altında toplanmıştır. Ogburn ailenin yedi işlevi üzerinde durmuştur. Bunlar ekonomik ihtiyaçları gidermek, statü planlamak, çocukların din eğitimi ve eğitim hayatlarını organize etmek, boş zamanlarda birlikte vakit geçirmek, aile üyelerinin birbirini koruması ve sevgi ortamı yaratmaktır. Murdock, Lundberg ve Yorburg ise ailenin temel işlevlerini ekonomik, cinsel davranış-üreme, çocukların bakımı ve çocukların sosyalleşmesi, ailedeki rollerin dağılımı ve aile üyeleri arasında karşılıklı doyum olarak kategorize etmiştir. Ackerman ise belirtilen işlevleri ekonomik, sosyal, biyolojik ve psikolojik işlevler adı ile genel başlıklar altında toplamıştır.

Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips aile işlevselliğinin korunduğu fonksiyonel ailelerde bir takım özellikler tanımlamıştır (332). Bunlar;

- Aile fertlerinin birbirlerini destekleyerek birlikte keyifli zaman geçirmesi
- Birbirlerinin görüşlerine karşı saygılı olmaları
- Birbirleriyle etkin iletişim içinde olmaları
- İş yapmaktan kaçınmamaları
- Anne baba için birincil doyum kaynağının evlilik ilişkisi, ikincil doyum kaynağının ebeveynlik ilişkisi olması
- Aile fertlerinin birbirlerinin farklılıklarına saygı göstermesi
- Kuralların etkileşime müsaade edecek şekilde esnek olması ve yeni deneyimlere izin vermesi
- Kontrol, üstünlük, otorite değil fikir alışverişinin söz konusu olmasıdır.

Aile işlevleri konusunda alan yazında yapılan çalışmalar Circumplex, Beavers ve McMaster Aile Sistemleri Modelleri olmak üzere 3 model etrafında şekillenmiştir.

1979 yılında Olson tarafından geliştirilen Circumplex modeli bütünlük, uyum ve iletişim olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır. İletişimin kalitesi diğer boyutları etkilemektedir. Bu modelin ana hipotezi dengeli aile sistemlerinin daha işlevsel olmasıdır (333).

Beavers modeline göre fonksiyonel olmayan ailelerde aile fertleri birbirlerinin gerçek özelliklerini bilmez. Karşılıklı iletişim kesinlik ve açıklıktan uzaktır. Aile fertleri duygusal sorunlarını birbirlerinden saklamak için çaba göstermektedirler. Bu durum zamanla yalnızlık ve ümitsizlik duyguları oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu tür fonksiyonel olmayan ailelerde psikopatolojik reaksiyonların görülme olasılığı fazladır (332).

Epstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen McMaster Aile Sistemleri Modeli'nde ise 6 alt boyuta yer verilmiştir (334). Bunlar;

- Problem çözme
- İletişim
- Roller
- Duygusal tepki verebilme
- Gereken ilgiyi gösterme
- Davranış kontrolüdür.

Ailelerin sağlıklı ya da sağlıksız oluşlarıyla ilgili bilgi edinmek amacıyla bu altı alt boyuta ek olarak “Genel İşlevler” isminde yedinci bir boyut da eklenmiştir (335).

Ailedeki işlevselliği etkileyen pek çok değişken bulunmaktadır. Kronik hastalıklar, mevcut psikopatolojiler, mizaç, destek düzeyi aile işlevselliğini etkileyen değişkenler olarak sayılabilir (336–339).

Ailede altta yatan sebep her ne olursa olsun özel gereksinim sahibi bir çocuğun varlığı ile içindeki dinamiğe etki etmekte ve aile içi çatışmalara sebep olabilmektedir. Yapılan birçok araştırma OSB bulguları olan çocukların bulunduğu ailelerdeki işlevselliğin, OSB bulguları olmayan çocukların bulunduğu ailelere kıyasla daha kötü

olduğunu göstermektedir (239,336,340,341). Mevcut araştırmalar aile işlevselliğini; OSB’de görülen davranış sorunlarının şiddetinin (örn; saldırganlık ), OSB’deki gecikmiş adaptif becerilerden ve otizm semptomu şiddetinin olumsuz etkilerinden daha fazla etkilediğini savunmaktadır (342,343). 2009 yılında Altieri ve Kluge isimli araştırmacıların yapmış olduğu bir çalışmada, OSB tanılı çocukları olan ebeveynlerin etkili başa çıkma mekanizmalarının artmış aile işlevselliği ile ilişkisini göstermiştir (344).

Johnston ve Mash bir gözden geçirme çalışmasında, çocuklardaki DEHB varlığının özellikle davranış sorunlarının eşlik ettiği durumlarda, aile ve evlilik işleyişindeki bozukluğa neden olduğunu bildirmiştir (345). Alan yazında pek çok çalışmada kontrol grubuna kıyasla DEHB olan olguların ailelerinde daha stresli ve çatışmalı aile ortamı, daha zayıf ebeveynlik uygulamaları varlığı gösterilmiştir (346–350). Aynı zamanda çocuklardaki DEHB tanısının aile işlevselliğinde bozulma yarattığı, bu bozulmanın Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu eş tanı varlığında arttığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (277,351,352). DEHB olan çocukların ebeveynleri, tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine kıyasla zihinsel bozukluk yaşama konusunda daha yüksek risk altındadır (353). Ebeveyn ruh sağlığında yaşanan sorunun kişinin yalnızca kendisini değil, eşlerini ve aile ortamını da olumsuz etkilediği bilindiğinden, bu durumun aile işlevselliğini bozduğu söylenebilir (354). Ayrıca 140 DEHB’li ve 120 kontrol grubundan oluşan bir çalışmada aile içindeki çatışma çocuğun işlevselliği ile de ilişkilendirilmiştir (355).

Herhangi bir hastalığı bulunmayan bir çocuğun doğumu bile ebeveynler için birçok yeniliği ve değişikliği beraberinde getirirken, doğan çocuğun engelli olması, aile yaşamında dengelerin değişmesine ve bir takım olumsuzlukların yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu anlamda aile üyesindeki zihinsel engelliliğin aile işlevselliğine etkisi pek çok çalışmaya konu olmuştur (356–358).

Özel gereksinimli bir çocuğa sahip ebeveynler hem kendilerini hem de birbirlerini suçlayabilirler. Bu durum eşler arasındaki iletişimin bozulmasına sebep olabilir. Nitekim yapılan araştırmalar engelli çocuğa sahip ailelerde boşanma, evi terk etme, intihar ve alkol bağımlılık riskinde artışa dikkat çekmiştir. Ebeveynlerin

kendisini veya birbirlerini suçlaması; ebeveynin aile içinde üstlendiği, yerine getirmesi beklenen rolleri ve yine aile işlevselliğini bir parçası olan duygusal tepki verebilme yeteneğini etkileyebilir. Ebeveynin, çocuğunun engeli sebebiyle sosyal çevresi tarafından dışlanacağını düşünmesi aile işlevselliğini etkileyen bir diğer etkidir (359).

Algılanan sosyal destek düzeyinin yüksekliğinin aile işleyişini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (360). 2014 yılında 15 yaş ve altı DEHB’li çocukları olan 1964 ebeveynin dahil edildiği bir çalışma sosyal desteğin aile işlevselliği üzerinde güçlü olumlu bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur(22).

Sağlıklı bir aile işleyişi sağlıklı ebeveynlerin varlığını gerektirmektedir. Aile işlevselliği ile ebeveynlerdeki psikolojik iyi oluş arasındaki bu ilişkinin varlığı göz önüne alındığında, sosyal desteğin psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin, dolaylı yoldan aile işlevselliğine ışık tutabileceği ön görülebilir. Bu bağlamda zihinsel engelli çocukların annelerinin aldığı sosyal destek ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir doktora tez çalışmasında, sosyal desteğin psikolojik iyi oluşu önemli ölçüde yordadığı ifade edilmiştir (361). Benzer şekilde orta ve ağır düzeyde zihinsel yetersizliği olan 33 çocuğun ebeveyni ile yapılan bir çalışmada ebeveynlerin sosyal desteğin yararlı olduğunu düşünmesi ile kendi psikolojik iyi oluşlarının arttığı gösterilmiştir (362). 2012 yılında 269 OSB’li ergenin anneleriyle yapılan bir çalışmada da ailelerin sosyal destek ağının genişliği ile annelerin psikolojik iyi oluşu arasındaki pozitif anlamlı ilişki ortaya konmuştur (363). OSB ve Down Sendromu tanıılı çocukların ebeveynleriyle 2021 yılında yürütülmüş güncel bir çalışmada da ebeveynlerde algılanan sosyal destek, aile işlevselliği ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (364).

## 2.7 Sosyal Destek

Çok boyutlu bir kavram olan sosyal destek farklı şekillerde tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu tanımlamalara göre sosyal destek; kişinin sevilip değer gördüğüne inanması, maddi-manevi yardım alabilmesi ya da kişinin psikolojik iyi oluşuna etki eden her türlü destek olarak özetlenebilir (365–367).

Çocuklarda sosyal destek pek çok yönden zihinsel sağlıkla bağlantı halindedir. Sosyal desteğin akademik başarıya etkisinin incelendiği güncel bir çalışmada öğretmenlerden alınan sosyal duygusal desteğin sınavlarda alınan puanın artışıyla pozitif ilişki içinde olduğu gösterilmiştir (368). Sosyal destek ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalar da arkadaşlardan gelen desteğin daha düşük depresyon ve daha yüksek benlik saygısı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (369). Aynı şekilde pek çok çalışmada, daha yüksek ebeveyn desteği ile çocuk ve gençlerin artmış okul uyumu, daha yüksek benlik saygısı ve daha düşük depresyon seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (370–372). Genel olarak daha fazla sosyal destek gördüğünü belirten çocuk ve ergenler, zihinsel sağlık sorunlarıyla daha az karşılaşmaktadır (373).

Sosyal destek yukarıda açıkça belirtildiği gibi yalnızca daha az psikopatoloji, daha iyi uyum ile değil aynı zamanda yüksek risk grubunda olan DEHB tanılı çocuk ve ergenler ile de yakından ilişkili bir kavramdır (374). Schei ve ark (375) sosyal desteğin, hem duygusal hem de davranış sorunları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermiştir. Bir başka çalışmada erken çocukluk döneminde yeterince duygusal destek görememiş DEHB’li bireylerin, ergenlik yıllarında daha fazla dikkatsizlik/hiperaktivite sorunları yaşadığı gösterilmiştir (376). Bunlara ek olarak sosyal desteğin, DEHB’li çocuklarda benlik kavramı ve olumlu sosyal beceriler ile pozitif ilişkili olduğu bilinmektedir (377).

Alanyazında özel gereksinimli bir çocuğa sahip olmanın zorluklarını ve bu ailelerin tipik gelişim gösteren çocukların bulunduğu ailelere göre daha düşük sosyal destek aldıkları pek çok çalışmada ortaya konmuştur. Tüm bu zorluklar karşısında da sosyal desteğin önemi dikkat çekmektedir.

OSB’li bireylerin aileleri pek çok zorluklarla ve bakıcı yüküyle karşı karşıyadır (378). Ebeveynler yaşadıkları bu stres ve bakım yükü ile başa çıkmak için sosyal destek arayışı içindedirler (379–382). OSB’li çocukların ailelerinin algıladıkları sosyal destek artışının, adaptasyonlarını arttırdığına dair pek çok kanıt bulunmaktadır (380,383). Yapılan bir çalışmada daha fazla sosyal desteğin aile bağlılığına ve uyumuna katkısı olduğu da belirtilmiştir (384). Daha fazla sosyal destek algılayan ebeveynler, ebeveynlik yükünü ve stresini daha hafif hissetmekte, bu sayede daha az

zihinsel sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır (360,385). 2016 yılında fiziksel engelli çocukların ebeveynleriyle yapılmış çalışmada algılanan sosyal desteğin, “affiliate” damgalanmayı azaltıcı etkisine dikkat çekilmiştir (386).

Alanyazında algılanan sosyal destek düzeyinin çocuğun sahip olduğu tanıya göre değişkenlik gösterdiğini belirtir çalışmalar bulunmaktadır. 2021 yılında yapılmış güncel çalışmada OSB tanılı çocuğun ebeveynlerinin, Down Sendromu tanılı çocukların ebeveynlerine kıyasla algılanan sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (364). Benzer şekilde başka bir çalışmada belirsizlik, hastalığın şiddeti ve belirti süresi, toplum içinde tipik gelişim gösteren bireylerle uyuşmadaki kısıtlılık gibi faktörler nedeniyle OSB tanısına sahip çocukların ailelerindeki tükenmişliğin ve sosyal destek azlığının diğer engel gruplarına kıyasla daha derin olduğunu ifade edilmiştir (387).

Geleneksel olarak sosyal destek, damgalanmış insanların sağlığı ve refahı üzerindeki olumsuz etkiler üzerinde bir tampon veya koruyucu değişken olarak kabul edilmektedir (17,388). Sosyal destek ve yüksek kaliteli kişilerarası ilişkiler, ayrımcılığın sebep olduğu stresin etkilerini azaltmak için gerekli kabul edilmektedir (389).

Özetle kalıp yargılarla başlayıp, bu kalıp yargıları destekleyecek duygusal cevaplar oluşumuna neden olan önyargılar ile devam eden damgalama süreci olumsuz pek çok sonucu beraberinde getirmektedir. Kişilerin ruhsal etiket ile damgalanarak tehlikeli olarak algılanması korku ve sosyal mesafe arzusu uyandırarak ruhsal hastalığı olan kişilerin sosyal ortamlardan dışlanmasına ve pek çok alanda ayrımcılığa uğramasına neden olmaktadır (390).

Çalışmamızın amacı DEHB, OSB, Anlıksal yeti yitimi/Genel Gelişimsel Gecikme tanısı alan ve günlük işlevselliğin bozulmasına yol açan kronik tıbbi bir hastalığı, tanımlanmış nörolojik ve sendromik bir tanısı olmayan, psikofarmakolojik bir ajan kullanmayan sağlıklı çocukların ebeveynlerini içselleştirilmiş damgalanma algısı, sosyal destek ve aile işlevselliği açısından değerlendirmektir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Şubat 2022-Ağustos 2022 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Polikliniği'nde yapılmıştır.

Çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.02.2022 tarih ve 2021-440 karar no ile alınan onay ile planlanmıştır. Olgu ve kontrol grupları ile yapılan görüşmeler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

#### 3.1. Örneklem Seçimi

Olgu grubunun oluşturulması:

Bu çalışmaya Şubat 2022-Ağustos 2022 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran veya takip edilen ve DSM-5 tanı kriterlerine göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Otizm Spektrum Bozukluğu, Anlıksal Yeti Yitimi-Bilişsel Gelişim Geriliği tanısı alan 2 ile 12 yaş arasında 125 çocuk-ergen ve ebeveynleri dahil edilmiştir.

Olgu grubuna dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

1. DSM-5 tanı sistemine göre Otizm Spektrum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Anlıksal Yeti Yitimi-Bilişsel Gelişim Geriliği tanısı almak
2. 2-12 yaş aralığında olmak
3. Gönüllü ve aydınlatılmış onam vermiş olmak

Olgu grubunun dışlanma kriterleri şu şekildedir:

1. Davranım Bozukluğu eş tanısı almış olmak
2. Tanımlanmış bir sendroma sahip olmak

Sağlıklı kontrol grubunun oluşturulması

Sağlıklı kontrol grubu olarak Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ancak herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ölçütlerini karşılamayan 2-12 yaş aralığında 38 çocuk-ergen ve ebeveyni dahil edilmiştir.

Sağlıklı kontrol grubuna dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

1. DSM-5 tanı sistemine göre herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmak
2. 2-12 yaş aralığında olmak
3. Gönüllü ve aydınlatılmış onam vermiş olmak

Sağlıklı kontrol grubunun dışlanma kriterleri şu şekildedir:

1. Kronik tıbbi hastalığın olması (günlük işlevselliğin bozulmasına yol açan)
2. Nörolojik hastalığının ve tanımlanmış herhangi bir sendrom tanısına sahip olmak
3. Psikofarmakolojik bir ajan kullanıyor olmak

Araştırmanın hipotezleri

- OSB tanısı alan çocukların ebeveynleri, diğer olgu grupları ebeveynlerine göre daha fazla içselleştirilmiş damgalanma algısına sahiptir.
- Psikososyal zorluk yaşayan çocukların bulunduğu aileler daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma algısına sahiptir.
- Nörogelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların ebeveynleri, kontrol grubu ebeveynlerine göre daha düşük sosyal destek algısına sahiptir.
- Nörogelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların bulunduğu ailelerdeki işlevsellik düzeyi, kontrol grubu ailelerine göre daha düşüktür.
- Olgu grubuna dahil edilen farklı tanı grupları arasında içselleştirilmiş damgalanma algısı , algılanan sosyal destek ve aile işlevselliği farklılık göstermektedir.
- Nörogelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların ebeveynlerinde görülen içselleştirilmiş damgalanma algısı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı negatif ilişki bulunmaktadır.

- Nörogelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların ebeveynlerinde görülen içselleştirilmiş damgalanma algısı ile aile işlevselliği arasında anlamlı negatif ilişki bulunmaktadır.
- Nörogelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların ebeveynlerinde görülen içselleştirilmiş damgalanma algısı ile olguların yaşadığı psikososyal zorluklar arasında ilişki bulunmaktadır.

## 3.2 Gereçler

### 3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından olgunun sosyodemografik ve klinik özelliklerine vakıf olmak amacıyla hazırlanmış olan bu form olgunun yaşını, olgunun tanı alma yaşını, cinsiyetini, özel eğitim alma durumunu, kronik bir hastalığı olup olmadığını, sürekli ilaç kullanıp kullanmadığını, yaşadığı yeri, anne babanın birliktelik durumunu, ailenin çekirdek mi geniş aile mi olduğunu, ebeveynlerin yaşını, ebeveynlerin eğitim durumlarını, çalışıp çalışmadıklarını, ailenin gelir düzeyini, yandaş psikiyatrik bir hastalık olup olmadığını kapsamaktadır.

### 3.2.2 Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ERHİDÖ)

Boyd Ritscher ve arkadaşları tarafından 2003 senesinde içselleştirilmiş damgalanmayı ölçen Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) geliştirilmiştir. Bu öz bildirim ölçeğinde toplamda 29 madde ve 5 alt ölçek bulunmaktadır. Bu alt ölçekler “Yabancılaşma” (1,5,8,16,17,21), “Kalıp Yargıların Onaylanması” (26,10,18,19,23,29), “Algılanan Ayrımcılık” (3,15,22,25,28), “Sosyal Geri Çekilme” (4,9,11,12,13,20) ve “Damgalanmaya Karşı Direnç” (7,14,24,26,27)’tir. Dörtlü likert tipi olan bu ölçekteki maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) olacak şekilde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt ölçeğini temsil eden 5 madde ters şekilde puanlandırılmaktadır ve ölçekten en düşük 4, en yüksek 91 puan alınmaktadır. Kesme puanı olmayan bu ölçekte alınan puan yükseldikçe kişinin içselleştirilmiş damgalanma algısının arttığı anlaşılmaktadır (391). Ölçek dilimize 2007 senesinde Mehmet Akif

Ersoy ve Akif Varan tarafından çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (392). Ölçekte yer alan öznel ifadeler Zisman-Ilani ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yaptığı çalışmadaki gibi “çocuğumun” ifadesi ile değiştirilmiştir. Örneğin “Ruhsal hastalığımın dolay benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.” Maddesi “Çocuğumun ruhsal hastalığımın dolay benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.” Şeklinde uyarlanmıştır (393).

### 3.2.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 1988 senesinde Zimmet ve arkadaşları tarafından aile, arkadaş ve özel biri ( flört, sözlü, nişanlı, akraba, hekim gibi) tarafından sağlanan sosyal desteği belirlemek üzere geliştirilmiştir. Aile desteği 3, 4, 8, 11. maddeleri, arkadaş desteği 6, 7, 9, 12. maddeleri, özel birinin desteği 1, 2, 5, 10. maddeleri kapsamaktadır. Her bir destek grubu için 4’er madde olmak üzere toplamda 12 madde yer almaktadır. Her maddesi “Kesinlikle hayır” dan, “Kesinlikle evet” e doğru artacak şekilde 1’den 7’ye kadar puanlandırılmış 7’li likert tipte bir ölçektir. Ölçekten en düşük 12, en yüksek 84 puan alınabilmektedir. Ölçekten ne kadar yüksek puan alınırsa algılanan sosyal destek o denli yüksektir (394). Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik güvenilirlik çalışması ülkemizde 2001 senesinde Eker, Arkar ve Yıldız tarafından yapılmıştır (395).

### 3.2.4 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile Değerlendirme Ölçeği ailenin belirli alanlarda işlevsel olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla, Amerika Birleşik Devletlerinde Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından McMaster Aile İşlevleri Modeli baz alınarak 60 madde ve 7 alt ölçek olacak şekilde tasarlanmıştır. Alt ölçekler problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. “Aynen Katılıyorum” seçeneği 1 puan, “Büyük Ölçüde Katılıyorum” seçeneği 2 puan, “Biraz Katılıyorum” seçeneği 3 puan, “Hiç Katılmıyorum” seçeneği 4 puan olan dördümlü likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 27, 28, 31, 33, 34, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 58 numaralı maddeler diğerlerinin tersine “Aynen Katılıyorum” seçeneği 4 puan, “Büyük Ölçüde Katılıyorum” seçeneği 3 puan, “Biraz Katılıyorum” seçeneği 2 puan, “Hiç Katılmıyorum” seçeneği 1 puan olacak şekilde puanlandırılır. Kuramsal olarak sınır

puan değeri 2’dir ve 2 ‘nin üzerindeki puanlar sağlıklı aile işlevi anlamına gelmektedir (396). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 1990 yılında yapılmıştır (397).

### 3.2.5 Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Çocuk ve gençlerin duygusal ve davranışsal sorunlarını taramak amacıyla Robert Goodman tarafından 1997 senesinde Güçler ve Güçlükler Anketi geliştirilmiştir (398). Anketin ebeveyn ve okul formu 4-16 yaşlar arasında ailenin ve öğretmenlerin doldurduğu, ergen formu ise 11-16 yaşları arasında kendisinin doldurduğu formudur. İki form arasındaki fark ergen formunda “ben” ifadesinin kullanılmasıdır.

Ölçekte olumlu ve olumsuz durumları kapsayan toplam 25 madde bulunmaktadır. Ölçekte 5 alt başlık mevcuttur. Bunlar “Duygulanım Sorunları, Davranım Sorunları, Dikkat Eksikliği ve Hareketlilik, Akran İlişkileri, Sosyal Davranışlar”dır. İlk 4 alt başlığın toplamından elde edilen puan “Toplam Güçlük Puanı” nı oluşturmaktadır. Maddelerdeki “Doğru Değil” seçeneği 0 puan, “Kısmen Doğru” seçeneği 1 puan, “Kesinlikle Doğru” seçeneği 2 puan olarak hesaplanır. 7, 11, 14, 21, 25 numaralı maddeler ise ters olarak puanlanır. Anketin 2008 yılında Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (399).

### 3.3 Verilerin Toplanması

Poliklinik görüşmeleri esnasında, çalışmaya dahil olma kriterlerine uygun hastaların kendileri ve ebeveynleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş, katılmak isteyen ebeveynlerden yazılı onam alınmıştır. Sosyodemografik veri formu ve bahsi geçen ölçekler yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

#### İstatistiksel Analiz:

İstatistiksel analiz SPSS 23.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için çok gözlü ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ANOVA, normal dağılım göstermeyen sayısal verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Ölçümlerle elde edilen sayısal değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma, kategorik değişkenler ise yüzde ve sayı olarak ifade edilmiştir.  $p<0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçekler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Bu analiz sonucunda  $p<0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



## 4. BULGULAR

### 4.1 Çocukların Sosyodemografik Özellikleri

#### 4.1.1 Yaş ve Toplam Çocuk Sayısı

Çalışmamıza dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 163 olgu alınmıştır. Bu olguların 41 tanesi DEHB olgu grubuna, 44 tanesi OSB olgu grubuna, 40 tanesi ZY/GGG olgu grubuna ve 38 tanesi kontrol grubuna dahildir.

DEHB olgu grubunun yaş ortalaması  $9.24 \pm 0.24$  yıl, OSB olgu grubunun yaş ortalaması  $8 \pm 0.45$  yıl, ZY/GGG olgu grubunun yaş ortalaması  $7.87 \pm 0.44$  ay, kontrol grubunun yaş ortalaması  $7.46 \pm 0.47$  yıl olarak saptandı. Olgu grupları ve kontrol grubu yaş ortalaması açısından Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. ( $p=0.061$ , Tablo 1.1) Çocukların yaşı, ortalama tanı alma yaşı ve ailedeki toplam çocuk sayısı bilgileri tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Çocukların yaşı, ortalama yaşı, tanı alma yaşı ve toplam çocuk sayısı

|                           | DEHB<br>(n=41) | OSB<br>(n=44) | ZY/GGG<br>(n=40) | Kontrol<br>(n=38) | p*    |
|---------------------------|----------------|---------------|------------------|-------------------|-------|
| Yaş±ss                    | 110,92±2,88    | 96,06±5,48    | 94,50±5,35       | 89,52±5,70        | 0.061 |
| Tanı<br>yaşı±ss           | 90,68±2,58     | 46,81±3,21    | 66,92±5,00       | -                 |       |
| Toplam<br>Çocuk<br>Sayısı | 2,07±0,11      | 2,22±0,14     | 2,32±0,12        | 1,57±0,89         |       |

Ss: Standart sapma, \* Kruskal Wallis testi, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.1.2 Cinsiyet

Gruplara cinsiyet açısından bakıldığında DEHB olgu grubuna dahil edilen 41 olgudan %82.9'u (n=34) erkek, %17.1'i kız (n=7), OSB olgu grubuna dahil edilen 44 olgudan %86.4'ü erkek (n=38), %13.6'sı kız (n=6), ZY/GGG olgu grubuna dahil edilen 40 olgudan %70'i erkek (n=28), %30'u kız (n=12), kontrol grubuna dahil edilen 28 kişiden %60.5'i erkek(n=23), %39.5'i kız (n=15) olgulardan oluşmaktadır. Gruplar cinsiyet açısından çok gözlü ki kare testiyle değerlendirildi. Yapılan analizde gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $\chi^2=9.28$ ,  $df=3$ ,  $p=0.26$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla çok yönlü ki kare analizinde Z testi uygulanmıştır. Yapılan değerlendirmede gruplar arasında cinsiyet farkının kontrol grubundaki kadın sayısındaki çokluktan kaynaklandığı bulunmuştur. Grupların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2 Çocukların cinsiyete göre dağılımı

| Cinsiyet | DEHB<br>(n=41) |    | OSB<br>(n=44) |    | ZY/GGG<br>(n=40) |    | Kontrol<br>(n=28) |    | p      |
|----------|----------------|----|---------------|----|------------------|----|-------------------|----|--------|
|          | %              | n  | %             | n  | %                | n  | %                 | N  |        |
| Erkek    | 82.9           | 34 | 86.4          | 38 | 70               | 28 | 60.5              | 23 | 0.026* |
| Kız      | 17.1           | 7  | 13.6          | 6  | 30               | 12 | 39.5              | 15 |        |

\*Çok gözlü ki-kare testi DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.1.3 Özel Eğitim

Çalışmamızdaki katılımcıların özel eğitim alma durumu incelendiğinde OSB olgu grubunun %93.2'sinin (n=41), ZY/GGG olgu grubunun %65'inin (n=26) özel eğitim aldığı, OSB olgu grubunun % 6.8'inin (n=3), ZY/GGG grubunun %35'inin (n=14) özel eğitim almadığı bulunmuştur. DEHB olgu grubunun %17.1'inin (n=7)komorbidite nedeniyle özel eğitim aldığı bulunmuştur. Grupların özel eğitim alma durumları ve özel eğitim alma süresi Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3 Özel eğitim alma durumu ve özel eğitim alma süresi

| Özel Eğitim        |         | DEHB<br>(n=41) |    |      | OSB<br>(n=44) |    |      | ZY/GGG<br>(n=40) |    |      | Kontrol<br>(n=38) |    |
|--------------------|---------|----------------|----|------|---------------|----|------|------------------|----|------|-------------------|----|
|                    |         | %              | n  | süre | %             | n  | süre | %                | N  | süre | %                 | n  |
| Özel eğitim durumu | Alıyor  | 17.1           | 7  |      | 93.2          | 41 |      | 65               | 26 |      | 0                 | 0  |
|                    | Almıyor | 82.9           | 34 | -    | 6.8           | 3  | -    | 35               | 14 | -    | 100               | 38 |
| Özel eğitim süresi |         | 24,71±5,85     |    |      | 49,24±5,16    |    |      | 36,51±5,28       |    |      | 0                 |    |

\* Çok gözlü ki-kare testi, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.1.4 Kronik Hastalık

Çalışmamızdaki katılımcılar kronik hastalıklara sahip olup olmadıkları açısından incelenmiştir. Toplam 163 katılımcıdan %12.9'unun (n=21) kronik bir hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip olguların %23.8'i(n=5) DEHB olgu grubuna, %19'u (n=4) OSB olgu grubuna, %47.6'sı (n=10) ZY/GGG olgu grubuna dahil olduğu bulunmuştur. Gruplar kronik hastalığa sahip olma açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirildi. Yapılan testte gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunmadı. Kronik hastalık durumunu belirtir veriler Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4 Kronik fiziksel ve diğer hastalıklar durumu

|                    |     | DEHB<br>(n=41) |      | OSB<br>(n=44) |      | ZY/GGG<br>(n=40) |    | p      |
|--------------------|-----|----------------|------|---------------|------|------------------|----|--------|
|                    |     | n              | %    | n             | %    | n                | %  |        |
| Kronik<br>hastalık | var | 5              | 12.2 | 4             | 9.1  | 10               | 25 | 0.051* |
|                    | yok | 36             | 87.8 | 40            | 90.9 | 30               | 75 |        |

\* Çok gözlü ki-kare testi, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.1.5 İlaç Kullanımı

Çalışmamızdaki katılımcıların sürekli kullandığı ilaç olup olmadığı araştırılmıştır. Bu araştırma dahilinde toplam 163 katılımcı arasından 77 olgunun (%47.2) sürekli ilaç kullanımı olduğu tespit edilmiştir. Sürekli ilaç kullanımı olan 77 olgunun %44.2'sinin (n=34) DEHB olgu grubuna, %29.9'unun (n=23) OSB olgu grubuna ve %24.7'sinin (n=19) ZY/GGG grubuna dahil olduğu tespit edilmiştir. Sürekli ilaç kullanımı ile ilgili veriler Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5 Sürekli ilaç kullanımı

| Sürekli<br>İlaç<br>Kullanımı | DEHB<br>(n=41) |      | OSB<br>(n=44) |      | ZY/GGG<br>(n=40) |      |
|------------------------------|----------------|------|---------------|------|------------------|------|
|                              | n              | %    | n             | %    | N                | %    |
| Var                          | 34             | 82.9 | 23            | 52.3 | 19               | 47.5 |
| Yok                          | 7              | 17.1 | 21            | 47.7 | 21               | 52.5 |

\* Çok gözlü ki-kare testi, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.1.6 Ek Psikiyatrik Hastalık

Olgular mevcut klinik tabloya ek bir psikiyatrik hastalığa sahip olma durumuna göre de incelenmiştir. Bu incelemeye göre DEHB grubuna dahil edilen olguların %19.5'inin (n=8), OSB grubuna dahil olguların %23'ünün (n=52.3) ve ZY/GGG grubuna dahil edilen olguların %40'ının (n=16) ek psikiyatrik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Ek psikiyatrik hastalık verileri Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6 Ek psikiyatrik hastalık

| Ek Psikiyatrik Hastalık | DEHB (n=41) |      | OSB (n=44) |      | ZY/GGG (n=40) |    |
|-------------------------|-------------|------|------------|------|---------------|----|
|                         | n           | %    | n          | %    | N             | %  |
| Var                     | 8           | 19.5 | 23         | 52.3 | 16            | 40 |
| Yok                     | 33          | 80.5 | 21         | 47.7 | 24            | 60 |

\* Çok gözlü ki-kare, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

## 4.2 Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri

### 4.2.1 Yaşanan Yer

Çalışmaya katılan olgular ve ebeveynlerinin yaşadığı yer bakımından incelemeye alındığında 149 ailenin (%91.4) şehir merkezinde, 14 ailenin (%8.6) kırsal alanda yaşadığı görülmüştür. DEHB grubunun %92.7'si (n=38) şehir merkezinde, %7.3'ü (n=3) kırsal alanda, OSB grubunun %88.6'sının (n=39) şehir merkezinde, %11.4 'nünün (n=5) kırsal alanda, ZY/GGG grubunun %85'inin (n=34) şehir merkezinde, %15'inin (n=6) kırsal alanda ve kontrol grubunun tamamının şehir merkezinde yaşadığı bulunmuştur. Gruplar yaşanan yer açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2=6.180$ ,  $df=3$ ,  $p=0.103$ ). Katılımcıların yaşadığı yere ait veriler Tablo 4.7' de gösterilmiştir.

Tablo 4.7 Yaşanılan yer

| Yaşanılan yer | DEHB<br>(n=41) |      | OSB<br>(n=44) |      | ZY/GGG<br>(n=40) |    | Kontrol<br>(n=38) |     | p      |
|---------------|----------------|------|---------------|------|------------------|----|-------------------|-----|--------|
|               | n              | %    | n             | %    | n                | %  | n                 | %   |        |
| Şehir merkezi | 38             | 92.7 | 39            | 86.6 | 34               | 85 | 38                | 100 | 0.103* |
| Kırsal alan   | 3              | 7.3  | 5             | 11.4 | 6                | 15 | 0                 | 0   |        |

\* Çok gözlü-ki kare, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.2 Anne-Baba Birliktelik Durumu

Çalışmamızda olgu grupları ve kontrol grubundaki anne babaların birliktelik durumu incelenmiştir. OSB grubundan bir aile, annenin vefat etmiş olması sebebiyle istatistiğe dahil edilmemiştir. Gruplar anne babanın birliktelik durumu açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2=4.096$ ,  $df=6$ ,  $p=0.664$ ). Birliktelik durumuna ilişkin verilere tablo 4.8’de yer verilmiştir.

Tablo 4.8 Anne- babanın birliktelik durumu

| Birliktelik durumu       | DEHB<br>(n=41) |      | OSB<br>(n=43) |      | ZY/GGG<br>(n=40) |      | Kontrol<br>(n=38) |      | p      |
|--------------------------|----------------|------|---------------|------|------------------|------|-------------------|------|--------|
|                          | n              | %    | n             | %    | n                | %    | n                 | %    |        |
| Birlikte                 | 36             | 87.8 | 38            | 88.4 | 32               | 80   | 35                | 92.1 | 0.664* |
| Boşanmış                 | 5              | 12.2 | 4             | 9.3  | 7                | 17.5 | 3                 | 7.9  |        |
| Boşanmamış, ayrı yaşıyor | 0              | 0    | 1             | 2.5  | 1                | 2.5  | 0                 | 0    |        |

\* Çok gözlü ki-kare, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.3 Aile Tipi

Katılımcı ailelerin tipi (çekirdek aile- geniş aile) incelendiğinde tüm katılımcılar arasında %87.7 ailenin (n=143) çekirdek aile, %12.3 ailenin (n=20) geniş aile olduğu; DEHB olgu grubunun %85.4'ünün (n=35), OSB grubunun %88.6'sının (n=39), ZY/GGG grubunun %85'inin (n=34) ve kontrol grubunun %92.1'inin (n=35) çekirdek aile olduğu bulunmuştur. Gruplar aile tipi açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2=1.199$ ,  $df=3$ ,  $p=0.753$ ). Aile tipi ile ilişkili verileri Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9 Aile tipi

| Aile tipi     | DEHB<br>(n=41) |      | OSB<br>(n=44) |      | ZY/GGG<br>(n=40) |    | Kontrol<br>(n=38) |      | p      |
|---------------|----------------|------|---------------|------|------------------|----|-------------------|------|--------|
|               | n              | %    | n             | %    | n                | %  | n                 | %    |        |
| Çekirdek aile | 35             | 85.4 | 39            | 88.6 | 34               | 85 | 35                | 92.1 | 0.753* |
| Geniş aile    | 6              | 14.6 | 5             | 11.4 | 6                | 15 | 3                 | 7.9  |        |

\* Çok gözlü ki-kare, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.4 Gelir Düzeyi

Aileler gelir düzeyi bakımından incelendiğinde toplam 163 aile arasından %28.2'sinin (n=46) asgari ücret ve altında, %71.8'inin (n=117) asgari ücret üstünde gelir düzeyi olduğu, DEHB grubunun %22'sinin (n=9), OSB grubunun %40.9'unun (n=18), ZY/GGG grubunun %47.5'inin (n=19) asgari ücret ve altında gelir düzeyine sahip olduğu, kontrol grubundaki tüm ailelerin gelir düzeyi asgari ücret üstünde olduğu bulunmuştur. Gruplar gelir düzeyi açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirildi. Yapılan değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $\chi^2=26.57$ ,  $df=3$ ,  $p=0.00$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla çok gözlü ki-kare analizinde Z testi uygulanmıştır. Yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki farkın kontrol grubunun gelir düzeyindeki

yükseklikten kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ailelerin gelir düzeyine dair veriler Tablo 4.10’da gösterilmiştir.

Tablo 4.10 Ailenin gelir düzeyi

| Ailenin gelir düzeyi | DEHB<br>(n=41) |    | OSB<br>(n=44) |      | ZY/GGG<br>(n=40) |      | Kontrol<br>(n=38) |     | p      |
|----------------------|----------------|----|---------------|------|------------------|------|-------------------|-----|--------|
|                      | n              | %  | n             | %    | n                | %    | n                 | %   |        |
| Asgari ücret ve altı | 9              | 22 | 18            | 40.9 | 19               | 47.5 | 0                 | 0   | <0.00* |
| Asgari ücret üstü    | 32             | 78 | 26            | 59.1 | 21               | 52.5 | 38                | 100 |        |

\* Çok gözlü ki-kare, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.5 Anne Yaşı

Gruplar anne yaşı açısından incelendiğinde OSB grubunda bir annenin vefat etmiş olması nedeniyle istatistiğe 162 aile dahil edilmiştir. Ortalama anne yaşı DEHB grubunda  $37.34 \pm 0.85$ , OSB grubunda  $37.11 \pm 0.98$ , ZY/GGG grubunda  $37.70 \pm 1.09$  ve kontrol grubunda  $38.21 \pm 1.01$  olarak bulunmuştur. Gruplar anne yaşı açısından normal dağılım göstermediği için Kruskal Wallis yapılarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $\chi^2=0.798$ ,  $df=3$ ,  $p=0.850$ ) Anne yaşına ait veriler Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11 Anne yaşı

|           | DEHB<br>(n=41)   | OSB<br>(n=43)    | ZY/GGG<br>(n=40) | Kontrol<br>(n=38) | p      |
|-----------|------------------|------------------|------------------|-------------------|--------|
| Anne yaşı | $37.34 \pm 0.85$ | $37.11 \pm 0.98$ | $37.70 \pm 1.09$ | $38.21 \pm 1.01$  | 0.850* |

\* Kruskal Wallis, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.6 Baba Yaşı

Gruplar baba yaşı açısından incelendiğinde ortalama baba yaşı DEHB grubunda  $40.65 \pm 1.02$ , OSB grubunda  $42.29 \pm 1.14$ , ZY/GGG grubunda  $41.37 \pm 1.30$  ve kontrol grubunda  $41.50 \pm 1.06$  olarak bulunmuştur. Gruplar baba yaşı açısından normal dağılım göstermediği için Kruskal Wallis testi yapılarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $\chi^2=1.545$ ,  $df=3$ ,  $p=0.672$ ) Baba yaşına ait veriler Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12 Baba yaşı

|           | DEHB<br>(n=41)   | OSB<br>(n=44)    | ZY/GGG<br>(n=40) | Kontrol<br>(n=38) | p      |
|-----------|------------------|------------------|------------------|-------------------|--------|
| Baba yaşı | $40.65 \pm 1.02$ | $42.29 \pm 1.14$ | $41.37 \pm 1.30$ | $41.50 \pm 1.06$  | 0.672* |

\* Kruskal Wallis, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.7 Anne Eğitim Durumu

Çalışmamıza dahil edilen 161 annenin %33.3’ü (n=54) okuma yazma bilmeyen ve ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %66.7’sinin (n=108) lise ve yüksekokul/üniversite mezunu olduğu görülmüştür. DEHB grubunda annelerin %75.6’sı (n=31), OSB grubunda %58.1’i (n=25), ZY/GGG grubunda %35’i (n=14) ve kontrol grubunda %100’ü lise ve yüksekokul/üniversite mezunudur. Gruplar eğitim durumu açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=38.729$ ,  $df=3$ ,  $p=0.00$ ). Farkın hangi gruptan olduğunun tespiti amacıyla çok gözlü ki-kare analizinde Z testi yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede farkın ZY/GGG grubu ve kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur. ZY/GGG grubunda okuma yazma bilmeyen annelerin bulunması ve ilkokul/ortaokul mezunu annelerin sayısının çokluğu; kontrol grubundaki annelerin ise tamamının lise ve yüksekokul/üniversite mezunu olması istatistiksel farka neden olmaktadır. Annenin eğitim durumuna ait veriler Tablo 4.13’te gösterilmiştir.

Tablo 4.13 Annenin eğitim durumu

| Anne eğitim durumu                             | DEHB<br>(n=41) |      | OSB<br>(n=43) |      | ZY/GGG<br>(n=40) |    | Kontrol<br>(n=38) |     | p            |
|------------------------------------------------|----------------|------|---------------|------|------------------|----|-------------------|-----|--------------|
|                                                | n              | %    | n             | %    | n                | %  | n                 | %   |              |
| Okuma-yazma yok-<br>ilkokul/ortaokul<br>mezunu | 10             | 24.4 | 18            | 41.9 | 26               | 65 | 0                 | 0   | <b>0.00*</b> |
| Lise-<br>yüksekokul/üniversite<br>mezunu       | 31             | 75.6 | 25            | 58.1 | 14               | 35 | 38                | 100 |              |

\* Çok gözlü ki-kare, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.8 Baba Eğitim Durumu

Babaların eğitim düzeyi incelendiğinde toplam 163 katılımcı aile arasından okuma yazma bilmeyen baba olmadığı, %31.3'ünün (n=51) ilkokul/ortaokul mezunu, %68.7'sinin (n=112), DEHB grubundaki babaların %73.2'sinin (n=30) lise ve yüksekokul-üniversite mezunu, OSB grubundaki babaların %70.5'inin (n=31), ZY/BGG grubundaki babaların %42.5'inin (n=17) ve kontrol grubundaki babaların %89.5'inin (n=34) lise ve yüksekokul-üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Gruplar eğitim durumu açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=20.84$ ,  $df=3$ ,  $p= <0.00$ ). Farkın hangi gruptan olduğunun tespiti amacıyla çok gözlü ki-kare analizinde Z testi yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede farkın ZY/BGG grubundaki babaların eğitim seviyesindeki düşüklükten ve kontrol grubundaki babaların eğitim seviyesindeki yükseklikten kaynaklandığı bulunmuştur. Babaların eğitim durumuna ait veriler Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14 Babanın eğitim durumu

| Baba eğitim durumu                             | DEHB<br>(n=41) |      | OSB<br>(n=43) |      | ZY/GGG<br>(n=40) |      | Kontrol<br>(n=38) |      | p                 |
|------------------------------------------------|----------------|------|---------------|------|------------------|------|-------------------|------|-------------------|
|                                                | n              | %    | n             | %    | n                | %    | n                 | %    |                   |
| Okuma-yazma yok-<br>ilkokul/ortaokul<br>mezunu | 11             | 26.8 | 13            | 29.5 | 23               | 57.5 | 4                 | 10.5 | <b>&lt;0.000*</b> |
| Lise-<br>yüksekokul/üniveriste<br>mezunu       | 30             | 73.2 | 31            | 70.5 | 17               | 42.5 | 34                | 89.5 |                   |

\* Çok gözlü ki-kare testi, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.9 Anne İş durumu

Çalışmamıza katılan olgulardan OSB grubunda bir annenin vefat etmiş olması nedeniyle annenin iş durumu 162 olgu üzerinden değerlendirilmiştir. Annelerin %41.4'ünün (n=67) çalıştığı, %58.6'sının (n=95) bir işte çalışmadığı görülmüştür. Gruplar annenin iş durumu açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirildi. Yapılan değerlendirmede annenin iş durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ( $\chi^2=64.34$ ,  $df=3$ ,  $p=0.00$ ). İstatistiksel olarak anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla çok gözlü ki-kare analizinde Z testi uygulanmıştır. Yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki anlamlı farkın kontrol grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda diğer gruplara kıyasla daha çok sayıda annenin çalıştığı görülmüştür. Veriler Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15 Annenin iş durumu

| Annenin iş durumu | DEHB (n=41) |    | OSB (n=43) |      | ZY/GGG (n=40) |    | Kontrol (n=38) |      | p     |
|-------------------|-------------|----|------------|------|---------------|----|----------------|------|-------|
|                   | n           | %  | n          | %    | n             | %  | n              | %    |       |
| Çalışıyor         | 9           | 22 | 11         | 25.6 | 10            | 25 | 37             | 97.4 | 0.00* |
| Çalışmıyor        | 32          | 78 | 32         | 74.4 | 30            | 75 | 1              | 2.6  |       |

\* Çok gözlü ki-kare, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

#### 4.2.10 Baba İş Durumu

Çalışmamıza katılan olguların babalarının iş durumu incelendiğinde tüm katılımcılar arasından %90.1'inin (n=146) çalıştığı, %9.9'unun (n=16) bir işte çalışmadığı bulunmuştur. DEHB grubunda babaların %92.7'sinin (n=38), OSB grubunda %84.1'inin (n=37), ZY/GGG grubunda %89.7'sinin (n=35) ve kontrol grubunda %94.7'sinin (n=36) çalıştığı görülmüştür. Gruplar babanın iş durumu açısından çok gözlü ki-kare testiyle değerlendirildi. Yapılan değerlendirmede babanın iş durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2=3.016$ ,  $df=3$ ,  $p=0.389$ ). Veriler Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16 Babanın iş durumu

| Babanın iş durumu | DEHB (n=41) |      | OSB (n=44) |      | ZY/GGG (n=40) |      | Kontrol (n=38) |      | p      |
|-------------------|-------------|------|------------|------|---------------|------|----------------|------|--------|
|                   | n           | %    | n          | %    | n             | %    | n              | %    |        |
| Çalışıyor         | 38          | 92.7 | 37         | 84.1 | 35            | 89.7 | 36             | 94.7 | 0.389* |
| Çalışmıyor        | 3           | 7.3  | 7          | 15.9 | 4             | 10.3 | 2              | 5.3  |        |

\* Çok gözlü ki-kare, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

### 4.3 Ölçeklerden Elde Edilen Bulguların Karşılaştırılması

#### 4.3.1. ERHİDÖ İle İlgili Bulgular

Olgu gruplarına uygulanan Ebeveynlerin Ruhsal HastalıklarDA İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'nin (ERHİDÖ) alt ölçek puanları $\pm$ standart sapma Tablo 4.17'de gösterilmiştir. Yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, kalıp yargıların onaylanması alt ölçekleri ve total ölçek normal dağılım sergilemediği için Kruskal Wallis, damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği normal dağılım sergilediği için ANOVA ile değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede ERHİDÖ yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, kalıp yargıların onaylanması alt ölçeklerinde ve ERHİDÖ total ölçek puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan istatistiğe göre anlamlı farkın OSB grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.17 ERHİDÖ alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı

|                         | DEHB<br>(n=41)  | OSB<br>(n=44)    | ZY/GGG<br>(n=40) | X <sup>2</sup> | df | p             |
|-------------------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|----|---------------|
| Yabancılaşma            | 9.14 $\pm$ 0.48 | 11.20 $\pm$ 0.52 | 9.80 $\pm$ 0.54  | 8.76           | 2  | <b>0.013*</b> |
| Algılanan<br>ayrımcılık | 8.43 $\pm$ 0.49 | 10.13 $\pm$ 0.41 | 9.07 $\pm$ 0.49  | 8.33           | 2  | <b>0.015*</b> |
| Sosyal geri<br>çekilme  | 8.97 $\pm$ 0.53 | 12.34 $\pm$ 0.73 | 10.42 $\pm$ 0.63 | 14.19          | 2  | <b>0.001*</b> |

\*Kruskal Wallis, \*\*ANOVA, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme.

Tablo 4.17 (devam) ERHİDÖ alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı

|                              |            |            |            |       |   |               |
|------------------------------|------------|------------|------------|-------|---|---------------|
| Damgalanmaya karşı direnç    | 11.17±0.45 | 11.34±0.49 | 12.05±0.52 |       | 2 | 0.422**       |
| Kalıp yargıların onaylanması | 11.24±0.48 | 13.56±0.47 | 12±0.57    | 11.54 | 2 | <b>0.003*</b> |
| Total                        | 47.02±1.71 | 56.31±1.74 | 51.4±2.05  | 13.51 | 2 | <b>0.001*</b> |

\*Kruskal Wallis, \*\*ANOVA, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme.

Yabancılaşma alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda ZY/GGG grubunun diğer gruplarla arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu alt ölçekteki istatistiksel anlamlı fark, OSB ile DEHB grubu arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. OSB grubunun DEHB grubundan daha yüksek puan aldığı görülmüştür ( $z=-9$ ,  $p=0.003$ ). Algılanan ayrımcılık alt ölçeğinde Kruskal Wallis testi ile bulunan anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farkın OSB grubunun puan ortalamasındaki yükseklikten kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Sosyal geri çekilme alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı farkın OSB grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği normal dağılım sergilediği için ANOVA ile değerlendirilmiştir. ANOVA sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır. ( Sum of squares=17.64, df=2, p=0.422)

Kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda DEHB ve ZY/GGG arasında anlamlı bir fark yokken, OSB grubu diğer gruplara kıyasla daha yüksek puan ortalamasına sahip bulunmuştur. İstatistiksel farkın OSB grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ölçeğin Total bölümünde Kruskal Wallis testi ile bulunan anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda DEHB ve ZY/GGG arasında anlamlı bir fark yokken, OSB grubu diğer gruplara kıyasla daha yüksek puan ortalamasına sahip bulunmuştur. İstatistiksel farkın OSB grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

#### **4.3.2 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) İle İlgili Bulgular**

Kontrol grubu ve olgu gruplarına Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin alt ölçek puanları $\pm$ standart sapma Tablo 4.18’de gösterilmiştir.

Aile Değerlendirme Ölçeği’nin alt ölçekleri normal dağılım göstermediği için Kruskal Wallis yapılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda yalnızca “problem çözme” alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken “İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterebilme, Davranış Kontrolü ve Total” alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanan alt ölçeklerde farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla Mann Whitney testi yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede ADÖ iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler alt ölçeklerinde ve ADÖ total ölçek puanında olgu grupları arasında fark görülmezken, olgu grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İstatistiksel anlamlı farklılık kontrol grubundan kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.18 ADÖ alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı

|                                | DEHB<br>(n=41) | OSB<br>(n=44) | ZY/GGG<br>(n=40) | Kontrol<br>(n=38) | X <sup>2</sup> | df | p             |
|--------------------------------|----------------|---------------|------------------|-------------------|----------------|----|---------------|
| Problem<br>çözme               | 11.02±0.47     | 11.54±0.58    | 11.12±0.56       | 9.92±0.46         | 4.06           | 3  | 0.255*        |
| İletişim                       | 15.65±0.58     | 16.90±.069    | 17.12±0.81       | 14.18±0.59        | 10.09          | 3  | <b>0.018*</b> |
| Roller                         | 22.68±0.73     | 23.27±1.19    | 23.37±0.84       | 20.47±0.60        | 8.65           | 3  | <b>0.034*</b> |
| Duygusal<br>tepki<br>verebilme | 9.73±0.51      | 10.88±0.53    | 10.82±0.66       | 8.26±0.34         | 13.86          | 3  | <b>0.003*</b> |

\*Kruskal Wallis, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme.

Tablo 4.18 “Devam” ADÖ alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı

|                             |             |             |             |             |       |   |               |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|---|---------------|
| Gereken ilgiyi gösterebilme | 15.92±0.45  | 17.15±0.56  | 16.77±0.43  | 15.15±0.31  | 9.37  | 3 | <b>0.025*</b> |
| Davranış kontrolü           | 18.09±0.40  | 19.43±0.45  | 19.62±0.65  | 17.92±0.45  | 8.29  | 3 | <b>0.040*</b> |
| Genel işlevler              | 20.14±0.86  | 21.47±0.86  | 22.97±1.49  | 16.84±0.66  | 18.08 | 3 | <b>0.000*</b> |
| Total                       | 113.26±2.95 | 120.68±3.37 | 121.82±4.03 | 102.76±2.44 | 18.28 | 3 | <b>0.000*</b> |

\*Kruskal Wallis, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

İletişim alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).Yapılan ikili karşılaştırmalarda OSB ile kontrol grubu arasında ( $p=0.008$ ) ve ZY/GGG ile kontrol grubu arasında ( $p=0.006$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. OSB ve ZY/GGG grubu ile kontrol grubu arasındaki anlamlı farklılık OSB ve ZY/GGG grubunun kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan almasından kaynaklanmaktadır.

Roller alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu alt ölçekteki anlamlı farklılığın kontrol grubu puanının olgu gruplarına kıyasla düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Tüm olgu gruplarında roller alt ölçeğinden alınan puan, kontrol grubundan yüksektir.

Duygusal tepki verebilme alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi

kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu alt ölçekteki istatistiksel anlamlılık kontrol grubundaki düşük puandan kaynaklanmaktadır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). OSB ve ZY/GGG grubu kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek puan aldığı görülmüştür ( $p=0.010$ ,  $p=0.006$ ). Tüm olgu gruplarında bu alt ölçekte alınan puanın yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı farkı yaratmaktadır.

Davranış kontrolü alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, OSB grubunun DEHB ve kontrol grubuna kıyasla aldığı yüksek puan istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmaktadır.

Genel işlevler alt ölçeğinde anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmazken ( $p>0.05$ ); DEHB, OSB VE ZY/GGG gruplarının aldığı puanlar kontrol grubu puanından yüksek saptanmıştır. Bu alt ölçekteki anlamlı fark olgu grupları ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Aile Değerlendirme Ölçeği Total ölçek puanında saptanan anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmazken ( $p>0.05$ ); DEHB, OSB ve ZY/GGG gruplarının aldığı puanlar kontrol

grubu puanından yüksek saptanmıştır. Bu alt ölçekteki anlamlı fark olgu grupları ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

#### **4.3.3 Güçler ve Güçlükler Anketi İle İlgili Bulgular**

Olgu ve kontrol gruplarına uygulanan Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu alt ölçek puanları±standart sapma Tablo 4.19 'da gösterilmiştir. GGA tüm alt ölçeklerinde ve GGA toplam puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Alt ölçeklerin tamamı normal dağılım sergilememeleri nedeniyle Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Alt ölçeklerde görülen anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi amacıyla tüm alt ölçeklerde Mann Whitney testi yapılmıştır.

Tablo 4.19 GGA alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı

|                                  | DEHB<br>(n=41) | OSB<br>(n=44) | ZY/GGG<br>(n=40) | Kontrol<br>(n=38) | X <sup>2</sup> | df | p             |
|----------------------------------|----------------|---------------|------------------|-------------------|----------------|----|---------------|
| Duygulanım Sorunları             | 3.31±0.38      | 3.43±0.34     | 3.17±0.45        | 1.50±0.25         | 17.21          | 3  | <b>0.001*</b> |
| Davranım Sorunları               | 2.87±0.25      | 2.31±0.23     | 2.52±0.33        | 1.47±0.20         | 15.62          | 3  | <b>0.001*</b> |
| Dikkat Eksikliği ve Hareketlilik | 6.95±0.34      | 6.59±0.32     | 6.15±0.44        | 3.84±0.31         | 36.01          | 3  | <b>0.000*</b> |
| Akran İlişkileri                 | 3.41±0.27      | 4.81±0.26     | 4.30±0.28        | 1.89±0.27         | 43.93          | 3  | <b>0.000*</b> |
| Sosyal Davranışlar               | 6.92±0.31      | 5.36±0.39     | 6.80±0.42        | 8.47±0.25         | 30.87          | 3  | <b>0.000*</b> |
| Toplam Güçlük Puanı              | 16.56±0.86     | 17.15±0.84    | 16.15±1.09       | 8.71±0.78         | 41.79          | 3  | <b>0.000*</b> |

\*Kruskal Wallis, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

Duygulanım sorunları alt ölçeğinde Kruskal Wallis testi ile bulunan istatistiksel anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının bulunması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0.05$ ); DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan istatistiğe göre anlamlı farkın kontrol grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Davranım sorunları alt ölçeğinde Kruskal Wallis testi ile bulunan istatistiksel anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının bulunması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu alt ölçekteki anlamlı farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Dikkat eksikliği ve hareketlilik alt ölçeğinde Kruskal Wallis testi ile bulunan istatistiksel anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının bulunması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol grubu DEHB, OSB ve ZY/GGG gruplarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük puan almıştır.

Akran ilişkileri alt ölçeğinde Kruskal Wallis testi ile bulunan istatistiksel anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda OSB ile ZY/GGG grupları arasında anlamlı bir fark bulunmazken OSB ve ZY/GGG grupları ile DEHB olgu grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Aynı zamanda DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları ile kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0.00$ ). Grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre anlamlı farklılık OSB ve ZY/GGG grubundaki yüksek puandan kaynaklanmaktadır.

Sosyal davranışlar alt ölçeğinde Kruskal Wallis testi ile bulunan istatistiksel anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sosyal davranışlar alt ölçeğindeki istatistiksel olarak anlamlı farkın OSB olgu grubu ve kontrol grubundan kaynaklandığı görülmüştür. Bu alt ölçekten alınan puanın OSB grubunda diğer gruplara kıyasla anlamlı düşük, kontrol grubunda ise anlamlı yüksek olduğu, DEHB ile ZY/GGG arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu alt ölçekte yüksek puan almak diğer alt ölçeklerin aksine olumlu aile işlevselliğini temsil etmektedir.

GGA Toplam güçlük puanında Kruskal Wallis testi ile bulunan istatistiksel anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda DEHB, OSB ve ZY/GGG gruplarının birbiri arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), olgu gruplarının tümü ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük puan ortalamasına sahip bulunmuştur.

#### **4.3.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İle İlgili Bulgular**

Olgu ve kontrol gruplarına uygulanan ÇBASDÖ alt ölçek puanları±standart sapma Tablo 4.20 'de gösterilmiştir. Tüm alt grup ölçeklerde normal dağılım görülmemesi nedeniyle Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Alt grupların tümünde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Tablo 4.20 ÇBASDÖ alt ölçekleri gruplara göre puan dağılımı

|                                 | DEHB<br>(n=41) | OSB<br>(n=44) | ZY/GGG<br>(n=40) | Kontrol<br>(n=38) | X <sup>2</sup> | df | p             |
|---------------------------------|----------------|---------------|------------------|-------------------|----------------|----|---------------|
| Aile                            | 22.29±1.93     | 17.02±1.04    | 18.30±0.92       | 22.50±0.69        | 17.83          | 3  | <b>0.000*</b> |
| Arkadaş                         | 21.24±0.94     | 18.52±0.89    | 18.25±0.95       | 22.28±0.84        | 13.72          | 3  | <b>0.003*</b> |
| Aile ve arkadaş dışındaki kimse | 22.04±0.90     | 22.93±1.91    | 21.40±0.85       | 23.65±0.81        | 8.16           | 3  | <b>0.043*</b> |
| Toplam                          | 65.58±3.18     | 58.47±3.14    | 57.95±2.32       | 68.44±2.16        | 15.65          | 3  | <b>0.001*</b> |

\*Kruskal Wallis, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, ZY/GGG=Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme

Aile tarafından verilen sosyal desteği ifade eden aile alt ölçeği için yapılan Kruskal Wallis testinde anlamlı fark görülmesi üzerine Mann Whitney testi yapılarak anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı araştırılmıştır. Yapılan Mann Whitney testinde OSB ile ZY/GGG grubu ve DEHB ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu alt ölçekteki istatistiksel anlamlılığın nedeni OSB ve ZY/GGG gruplarının DEHB ve kontrol gruplarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düşük sosyal destek puanı almalarıdır. Öte yandan DEHB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık gözlenmezken, DEHB grubunun OSB ve ZY/GGG gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek sosyal destek puanına sahip olduğu görülmüştür.

Arkadaşlardan alınan sosyal desteği ifade eden alt ölçekte Kruskal Wallis testi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığının anlaşılması amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları

arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda kontrol grubu ile DEHB grubu arasında ve OSB ile ZY/GGG grubu arasında anlamlı fark bulunmazken, OSB ve ZY/GGG ile DEHB ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. OSB ve ZY/GGG grubunun sosyal destek puanı kontrol ve DEHB grubuna kıyasla anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Aile ve arkadaş dışındaki özel bir kimseden alınan sosyal desteği değerlendiren alt ölçekte Kruskal Wallis ile yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespit edilmesi amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda olgu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. OSB ve ZY/GGG gruplarının aldığı sosyal destek puanının kontrol grubundan anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı fark OSB ve ZY/GGG grubunun kontrol grubuna kıyasla daha düşük puan almasından kaynaklanmaktadır.

ÇBASDÖ toplam puanı Kruskal Wallis ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla grup içerisinde Mann Whitney U testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda DEHB, OSB ve ZY/GGG grupları arasında anlamlı fark saptanmazken OSB ve ZY/GGG grubunun aldığı sosyal desteğin kontrol grubunun aldığı sosyal destekten anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür.

#### **4.4 Korelasyon Analizleri**

Çalışmamızda DEHB-OSB-MR gruplarında kullanılan ölçekler ve bazı sosyodemografik özellikler korelasyon analizi ile karşılaştırılmıştır.

#### 4.4.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Grubunda Yapılan Korelasyon Analizleri

DEHB olgu grubunda ölçeklerden alınan toplum puanların karşılaştırıldığı spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre (Tablo 4.21), ÇBASDÖ ile ADÖ arasında orta düzeyde negatif korelasyon olduğu görülmüştür ( $p=0.002$ ,  $Rho=-0.47$ ). Diğer ölçekler arasında anlamlı korelasyon ilişkisine rastlanmamıştır. ADÖ ile ÇBASDÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisine bakıldığında, ADÖ problem çözme alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.011$ ,  $Rho=-0.392$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.006$ ,  $Rho=-0.425$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.005$ ,  $Rho=-0.432$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p<0.00$ ,  $Rho=-0.533$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ÇBASDÖ total puanı arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p<0.00$ ,  $Rho=-0.522$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.018$ ,  $Rho=-0.369$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.002$ ,  $Rho=-0.475$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p<0.00$ ,  $Rho=-0.552$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p<0.00$ ,  $Rho=-0.525$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ total puanı arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.001$ ,  $Rho=-0.517$ ), ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.008$ ,  $Rho=-0.407$ ), ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği ile ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.04$ ,  $Rho=-0.322$ ), ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği ile ÇBASDÖ total puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.035$ ,  $Rho=-0.331$ ), ADÖ genel işlevler alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.02$ ,  $Rho=-0.462$ ), ADÖ genel işlevler alt ölçeği ile ÇBASDÖ total puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.016$ ,  $Rho=-0.374$ ), ADÖ toplam puanı

ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.019$ ,  $Rho=-0.363$ ), ADÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.008$ ,  $Rho=-0.409$ ), ADÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p<0.00$ ,  $Rho=-0.544$ ), ADÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.002$ ,  $Rho=-0.478$ ) rastlanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.22’de gösterilmiştir.

DEHB olgu grubundaki ailelerin gelir düzeyi ile ölçeklerden alınan toplam puanların karşılaştırıldığı spearman korelasyon analizinde ailenin gelir düzeyi ile ÇBASDÖ arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür ( $p=0.028$ ,  $Rho=0.344$ ).

DEHB olgu grubunda özel eğitim alma durumu, anne babanın birliktelik durumu, anne babanın yaşı ve eğitim düzeyi ile ölçeklerden alınan toplam puanlar arasında anlamlı korelasyon ilişkisine rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ).

DEHB olgu grubunda ERHİDÖ ile ÇBASDÖ, spearman korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında ERHİDÖ total puanı ile ÇBASDÖ total puanı arasında anlamlı korelasyon ilişkisine rastlanmamıştır. ERHİDÖ alt ölçekler ile ÇBASDÖ alt ölçekleri karşılaştırıldığında ise DEHB grubunda ERHİDÖ damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür ( $p=0.016$ ,  $Rho=-0.375$ ,  $p=0.028$ ,  $Rho=-0.343$ ). Sonuçlar Tablo 4.23’de gösterilmiştir.

Tablo 4.21 DEHB grubunda ölçek korelasyon analizleri

|                  |          | ADÖ<br>Toplam                 | GGA<br>Toplam   | ERHİDÖ<br>Total | ÇBASDÖ<br>Total               |
|------------------|----------|-------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|
| ADÖ<br>Toplam    | Rho<br>P |                               | 0.209<br>0.189  | 0.44<br>0.784   | <b>-0.478</b><br><b>0.002</b> |
| GGA<br>Toplam    | Rho<br>p | 0.209<br>0.189                |                 | 0.137<br>0.392  | -0.153<br>0.338               |
| ERHİDÖ<br>Toplam | Rho<br>P | 0.44<br>0.784                 | 0.137<br>0.392  |                 | -0.135<br>0.398               |
| ÇBASDÖ<br>Toplam | Rho<br>P | <b>-0.478</b><br><b>0.002</b> | -0.153<br>0.338 | -0.135<br>0.398 |                               |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, ADÖ= Aile Değerlendirme Ölçeği, GGA= Güçler ve Güçlükler Anketi, ERHİDÖ= Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 4.22 DEHB grubunda ADÖ ile ÇBASDÖ alt ölçekler arasındaki korelasyon analizi

|                                       |          | ÇBASDÖ<br>Aile                | ÇBASDÖ<br>Arkadaş                | ÇBASDÖ<br>Özel biri              | ÇBASDÖ<br>Total                  |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ADÖ<br>Problem<br>Çözme               | Rho<br>P | -0.141<br>0.380               | -0.223<br>0.162                  | <b>-0.392</b><br><b>0.011</b>    | -0.278<br>0.79                   |
| ADÖ<br>İletişim                       | Rho<br>p | <b>-0.425</b><br><b>0.006</b> | <b>-0.432</b><br><b>0.005</b>    | <b>-0.533</b><br><b>&lt;0.00</b> | <b>-0.522</b><br><b>&lt;0.00</b> |
| ADÖ<br>Roller                         | Rho<br>P | -0.165<br>0.303               | -0.149<br>0.351                  | <b>-0.369</b><br><b>0.018</b>    | -0.267<br>0.091                  |
| ADÖ<br>Duygusal<br>Tepki<br>Verebilme | Rho<br>p | <b>-0.475</b><br><b>0.002</b> | <b>-0.552</b><br><b>&lt;0.00</b> | <b>-0.525</b><br><b>&lt;0.00</b> | <b>-0.517</b><br><b>0.001</b>    |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, DEHB= Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, ADÖ= Aile Değerlendirme Ölçeği, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Tablo 4.22. “Devam” DEHB grubunda ADÖ ile ÇBASDÖ alt ölçekler arasındaki  
korelasyon analizi

|                                          |          | ÇBASDÖ<br>Aile                | ÇBASDÖ<br>Arkadaş             | ÇBASDÖ<br>Özel biri              | ÇBASDÖ<br>Total               |
|------------------------------------------|----------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| ADÖ<br>Gereken<br>İlgiyi<br>Gösterebilme | Rho<br>P | -0.77<br>0.634                | -0.222<br>0.163               | -0.086<br>0.591                  | -0.125<br>0.435               |
| ADÖ<br>Davranış<br>Kontrolü              | Rho<br>P | <b>-0.407</b><br><b>0.008</b> | <b>-0.322</b><br><b>0.040</b> | -0.230<br>0.147                  | <b>-0.331</b><br><b>0.035</b> |
| ADÖ<br>Genel<br>İşlevler                 | Rho<br>P | -0.244<br>0.125               | -0.298<br>0.058               | <b>-0.462</b><br><b>0.02</b>     | <b>-0.374</b><br><b>0.016</b> |
| ADÖ<br>Toplam                            | Rho<br>P | <b>-0.363</b><br><b>0.019</b> | <b>-0.409</b><br><b>0.008</b> | <b>-0.544</b><br><b>&lt;0.00</b> | <b>-0.478</b><br><b>0.002</b> |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, DEHB= Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, ADÖ= Aile Değerlendirme Ölçeği, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Tablo 4.23 DEHB Grubunda ERHİDÖ ve ÇBASDÖ alt ölçekler arasındaki korelasyon analizi

|              |     | ÇBASDÖ<br>Aile | ÇBASDÖ<br>Arkadaş | ÇBASDÖ<br>Özel biri | ÇBASDÖ<br>Total |
|--------------|-----|----------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| ERHİDÖ       | Rho | -0.097         | -0.063            | -0.137              | -0.114          |
| Yabancılaşma | P   | 0.547          | 0.696             | 0.392               | 0.477           |
| ERHİDÖ       | Rho | 0.001          | -0.093            | -0.48               | -0.60           |
| Algılanan    | p   | 0.997          | 0.565             | 0.765               | 0.711           |
| Ayrımcılık   |     |                |                   |                     |                 |
| ERHİDÖ       | Rho | -0.062         | -0.075            | -0.135              | -0.107          |
| Sosyal       | P   | 0.702          | 0.640             | 0.400               | 0.506           |
| Geri Çekilme |     |                |                   |                     |                 |
| ERHİDÖ       | Rho | <b>-0.375</b>  | -0.262            | -0.168              | <b>-0.342</b>   |
| Damgalanmaya | P   | <b>0.016</b>   | 0.098             | 0.294               | <b>0.028</b>    |
| Karşı Direnç |     |                |                   |                     |                 |
| ERHİDÖ       | Rho | 0.100          | 0.037             | 0.012               | 0.072           |
| Kalıp        | p   | 0.532          | 0.818             | 0.939               | 0.654           |
| Yargıların   |     |                |                   |                     |                 |
| Onaylanması  |     |                |                   |                     |                 |
| ERHİDÖ       | Rho | -0.124         | -0.090            | -0.087              | -0.135          |
| Total        | P   | 0.439          | 0.574             | 0.589               | 0.398           |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, DEHB= Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, ERHİDÖ= Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

#### 4.4.2 Otizm Spektrum Bozukluğu Grubunda Yapılan Korelasyon Analizleri

OSB olgu grubundaki ölçeklerden alınan toplam puanların karşılaştırıldığı Spearman korelasyon analizinde (Tablo 4.24), ÇBASDÖ ile GGA arasında orta düzeyde negatif korelasyon olduğu görülmüştür ( $p=0.016$ ,  $Rho=-0.360$ ). Kullanılan diğer ölçekler arasında anlamlı korelasyon ilişkisine rastlanmamıştır. ÇBASDÖ alt ölçekleri ile GGA alt ölçekleri arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde ÇBASDÖ aile alt ölçeği ile GGA duygulanım sorunları ( $p=0.022$ ,  $Rho=-0.344$ ), GGA toplam puanı ( $p=0.014$ ,  $Rho=-0.367$ ) arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi görülmüştür. ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği ile GGA duygulanım sorunları alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ( $p=0.045$ ,  $Rho=-0.304$ ). ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği ile GGA duygulanım sorunları alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür ( $p=0.016$ ,  $Rho=-0.361$ ). ÇBASDÖ toplam puanı ile GGA duygulanım sorunları arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ( $p=0.009$ ,  $Rho=-0.389$ ). ÇBASDÖ alt ölçekleri ile GGA alt ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 4.25'te gösterilmiştir.

OSB olgu grubuna dahil edilen çocukların cinsiyeti ile ölçeklerden alınan toplam puanların karşılaştırıldığı korelasyon analizinde GGA ile cinsiyet arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür ( $p=0.029$ ,  $Rho=0.341$ ).

OSB olgu grubundaki çocukların özel eğitim durumu ile ölçeklerden alınan toplam puanların karşılaştırıldığı korelasyon analizinde ERHİDÖ ile özel eğitim durumu arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi görülmüştür ( $p=0.016$ ,  $Rho=-0.362$ ). Özel eğitim durumuyla GGA total arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ( $p=0.103$ ,  $Rho=-0.249$ ).

OSB grubundaki çocukların anne baba birliktelik durumu ile ölçeklerden alınan toplam puanların karşılaştırıldığı korelasyon analizinde ADÖ ile anne baba birliktelik durumu arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür ( $p=0.04$ ,  $Rho=0.315$ ).

OSB olgu grubunda ERHİDÖ ile GGA ölçekleri arasında yapılan spearman korelasyon analizinde ERHİDÖ total ile GGA total arasında anlamlı ilişkiye

rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ). ERHİDÖ alt ölçekleri ile GGA alt ölçekleri arasında yapılan korelasyon analizinde ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği ile GGA akran ilişkileri arasında orta düzeyde korelasyon ilişkisine rastlanmıştır ( $p=0.019$ ,  $Rho=0.319$ ). ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği ile GGA duygulanım alt ölçeği arasında orta düzeyde ( $p=0.025$ ,  $Rho=0.337$ ), GGA akran ilişkileri alt ölçeğinde orta düzeyde ( $p=0.05$ ,  $Rho=0.420$ ), GGA sosyal davranışlar alt ölçeğinde orta düzeyde ( $p=0.09$ ,  $Rho=-0.390$ ) korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Ayrıca ERHİDÖ yabancılaşma alt ölçeği ile GGA duygulanım sorunları alt ölçeği arasında orta düzeyde korelasyon ilişkisi bulunmuştur ( $p=0.011$ ,  $Rho=0.378$ ).

OSB grubundaki olguların yaşadıkları yer, ailenin gelir düzeyi, sürekli ilaç kullanımı, anne ve baba yaşı ile ölçeklerden alınan toplam puanlar arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 4.24 OSB Grubunda ölçek korelasyon analizleri

|                  |          | ADÖ<br>Toplam   | GGA<br>Toplam                 | ERHİDÖ<br>Total | ÇBASDÖ<br>Total               |
|------------------|----------|-----------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| ADÖ<br>Toplam    | Rho<br>P |                 | 0.242<br>0.113                | 0.93<br>0.55    | -0.113<br>0.466               |
| GGA<br>Toplam    | Rho<br>p | 0.242<br>0.113  |                               | 0.283<br>0.62   | <b>-0.360</b><br><b>0.016</b> |
| ERHİDÖ<br>Toplam | Rho<br>P | 0.93<br>0.55    | 0.283<br>0.62                 |                 | -0.154<br>0.319               |
| ÇBASDÖ<br>Toplam | Rho<br>P | -0.113<br>0.466 | <b>-0.360</b><br><b>0.016</b> | -0.154<br>0.319 |                               |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, ADÖ= Aile Değerlendirme Ölçeği, GGA= Güçler ve Güçlükler Anketi, ERHİDÖ= Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 4.25 OSB grubunda ÇBASDÖ ile GGA alt ölçekleri arasındaki korelasyon analizleri

|           |    | GGA<br>Duygulanı<br>m<br>Sorunları | GGA<br>Davranı<br>m<br>Sorunları | GGA<br>Dikkat<br>Eksikliği-<br>Hareketlili<br>k | GGA<br>Akran<br>İlişkiler<br>i | GGA<br>Sosyal<br>Davranışla<br>r | GGA<br>Topla<br>m |
|-----------|----|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| ÇBASD     | Rh | <b>-0.344</b>                      | -0.206                           | -0.274                                          | -0.236                         | 0.264                            | <b>-0.367</b>     |
| Ö         | o  | <b>0.022</b>                       | 0.179                            | 0.071                                           | 0.123                          | 0.083                            | <b>0.014</b>      |
| Aile      | p  |                                    |                                  |                                                 |                                |                                  |                   |
| ÇBASD     | Rh | <b>-0.304</b>                      | -0.116                           | -0.103                                          | -0.243                         | 0.175                            | -0.264            |
| Ö         | o  | <b>0.045</b>                       | 0.452                            | 0.508                                           | 0.111                          | 0.255                            | 0.083             |
| Arkadaş   | p  |                                    |                                  |                                                 |                                |                                  |                   |
| ÇBASD     | Rh | <b>-0.361</b>                      | -0.171                           | 0.001                                           | -0.148                         | 0.233                            | -0.273            |
| Ö         | o  | <b>0.016</b>                       | 0.268                            | 0.997                                           | 0.339                          | 0.128                            | 0.073             |
| Özel biri | p  |                                    |                                  |                                                 |                                |                                  |                   |
| ÇBASD     | Rh | <b>-0.389</b>                      | -0.198                           | -0.186                                          | -0.221                         | 0.273                            | <b>-0.360</b>     |
| Ö         | o  | <b>0.009</b>                       | 0.197                            | 0.228                                           | 0.149                          | 0.073                            | <b>0.016</b>      |
| Toplam    | p  |                                    |                                  |                                                 |                                |                                  |                   |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, OSB= Otizm Spektrum Bozukluğu, GGA= Güçler ve Güçlükler Anketi, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

#### 4.4.3 Zihinsel Yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme Grubunda Yapılan Korelasyon Analizleri

ZY/GGG olgu grubundaki ölçeklerden alınan toplam puanların karşılaştırıldığı Spearman korelasyon analizinde ADÖ ile GGA arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür (p=0.014, Rho=0.385). ZY/GGG grubunda

kullanılan ölçeklerin toplam puanlarının karşılaştırıldığı korelasyon analizleri Tablo 4.26’da gösterilmiştir.

Bu grupta ADÖ total puanı ile ERHİDÖ toplam puanı arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ( $p < 0.00$ ,  $Rho = 0.525$ ). ADÖ alt ölçekler ile ERHİDÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon analizine bakıldığında ADÖ problem çözme alt ölçeği ile ERHİDÖ total puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.041$ ,  $Rho = 0.325$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.028$ ,  $Rho = 0.347$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ERHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.043$ ,  $Rho = 0.321$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.001$ ,  $Rho = 0.490$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ERHİDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.018$ ,  $Rho = 0.374$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ERHİDÖ yabancılaşma alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.09$ ,  $Rho = 0.408$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.027$ ,  $Rho = 0.351$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ERHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.023$ ,  $Rho = 0.359$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.017$ ,  $Rho = 0.374$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ERHİDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.003$ ,  $Rho = 0.462$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ yabancılaşma alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.018$ ,  $Rho = 0.371$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.023$ ,  $Rho = 0.358$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.040$ ,  $Rho = 0.325$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.021$ ,  $Rho = 0.364$ ), ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ yabancılaşma alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p = 0.005$ ,  $Rho = 0.432$ ), ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği arasında orta

düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.04$ ,  $Rho=0.449$ ), ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.002$ ,  $Rho=0.483$ ), ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.001$ ,  $Rho=0.495$ ), ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ile ERHİDÖ toplam puanı arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.01$ ,  $Rho=0.514$ ), ADÖ genel işlevler alt ölçeği ile ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.023$ ,  $Rho=0.359$ ), ADÖ genel işlevler alt ölçeği ile ERHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.046$ ,  $Rho=0.317$ ), ADÖ genel işlevler alt ölçeği ile ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.033$ ,  $Rho=0.337$ ), ADÖ genel işlevler alt ölçeği ile ERHİDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.008$ ,  $Rho=0.414$ ), ADÖ toplam puanı ile ERHİDÖ yabancılaşma alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.008$ ,  $Rho=0.414$ ), ADÖ toplam puanı ile ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.003$ ,  $Rho=0.452$ ), ADÖ toplam puanı ile ERHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.009$ ,  $Rho=0.406$ ), ADÖ toplam puanı ile ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisine ( $p=0.004$ ,  $Rho=0.449$ ) rastlanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.27' de gösterilmiştir.

Bu grupta ADÖ total puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ( $p=0.001$ ,  $Rho=-0.504$ ). ADÖ alt ölçekler ile ÇBASDÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisine bakıldığında ADÖ problem çözme alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.048$ ,  $Rho=-0.315$ ), ADÖ problem çözme alt ölçeği ile ÇBASDÖ total puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.049$ ,  $Rho=-0.313$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.015$ ,  $Rho=-0.383$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.022$ ,  $Rho=-0.363$ ), ADÖ iletişim alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.007$ ,  $Rho=-0.417$ ), ADÖ

iletişim alt ölçeği ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.004$ ,  $Rho=-0.445$ ), ADÖ roller ailt ölçeği ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.041$ ,  $Rho=-0.325$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.025$ ,  $Rho=-0.355$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.011$ ,  $Rho=-0.398$ ), ADÖ roller alt ölçeği ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.004$ ,  $Rho=-0.441$ ), ADÖ duygusal tepki verrebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ( $p=0.006$ ,  $Rho=-0.429$ ), ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.002$ ,  $Rho=-0.485$ ), ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.009$ ,  $Rho=-0.407$ ), ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.050$ ,  $Rho=-0.313$ ), ADÖ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.024$ ,  $Rho=-0.356$ ), ADÖ genel işlev alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.035$ ,  $Rho=-0.335$ ), ADÖ genel işlevler alt ölçeği ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.017$ ,  $Rho=-0.376$ ), ADÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.07$ ,  $Rho=-0.417$ ), ADÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ arkadaş alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.006$ ,  $Rho=-0.429$ ), ADÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine ( $p=0.008$ ,  $Rho=-0.412$ ) rastlanmıştır. ADÖ davranış kontrolü ile ÇBASDÖ alt ölçekleri arasında korelasyon ilişkisine rastlanmamıştır. Sonuçlar Tablo 4.28’de gösterilmiştir.

ZY/GGG olgu grubunda ERHİDÖ ile GGA arasında orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ( $p=0.025$ ,  $Rho=0.354$ ). ZY/GGG grubunda ERHİDÖ ile GGA alt ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi incelendiğinde, ERHİDÖ toplam puanı ile GGA duygulanım sorunları alt ölçeği arasında yüksek düzeyde, ERHİDÖ toplam puanı ile GGA sosyal davranışlar alt ölçeği arasında orta düzeyde negatif

korelasyon ilişkisi saptanmıştır ( $p=0.001$ ,  $Rho=0.505$ ,  $p=0.019$   $Rho=-0.368$ ). Sonuçlar Tablo 4.29’da gösterilmiştir.

ZY/GGG olgu grubunda ERHİDÖ ile ÇBASDÖ, spearman korelasyon analizi ile karşılaştırıldığında ERHİDÖ total puanı ile ÇBASDÖ total puanı arasında anlamlı korelasyon ilişkisine rastlanmıştır ( $p=0.047$ ,  $Rho=-0.316$ ). ZY/GGG grubunda ERHİDÖ alt ölçekler ile ÇBASDÖ alt ölçekleri karşılaştırıldığında ise ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği ile ÇBASDÖ özel biri ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ( $p=0.048$ ,  $Rho=-0.315$ ;  $p=0.039$ ,  $Rho=-0.328$ ). ERHİDÖ sosyal geri çekilme alt ölçeği ile ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel biri alt ölçekleri ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisine rastlanmıştır ( $p=0.028$ ,  $Rho=-0.348$ ;  $p=0.041$ ,  $Rho=-0.325$ ;  $p=0.031$ ,  $Rho=-0.342$ ;  $p=0.013$ ,  $Rho=-0.389$ ). ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması ve ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ( $p=0.017$ ,  $Rho=-0.375$ ;  $p=0.036$ ,  $Rho=-0.333$ ). ERHİDÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ özel biri alt ölçeği ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ( $p=0.028$ ,  $Rho=-0.347$ ;  $p=0.047$ ,  $Rho=-0.316$ ). Sonuçlar Tablo 4.30’da gösterilmiştir.

ZY/GGG grubunda gelir düzeyi ile ölçeklerden alınan toplam puanların karşılaştırıldığı korelasyon analizinde ailenin gelir düzeyi ile ERHİDÖ arasında orta düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır ( $p=0.025$ ,  $Rho=-0.354$ ).

Bu grupta özel eğitim durumu, anne babanın birliktelik durumu, anne babanın eğitim düzeyi, sürekli ilaç kullanımı ile ölçekler arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 4.26 ZY/GGG grubunda ölçek korelasyon analizleri

|                  |          | ADÖ<br>Toplam                   | GGA<br>Toplam                | ERHİDÖ<br>Total                 | ÇBASDÖ<br>Total               |
|------------------|----------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ADÖ<br>Toplam    | Rho<br>p |                                 | <b>0.385</b><br><b>0.014</b> | <b>0.525</b><br><b>&lt;0.00</b> | <b>-0.504</b><br><b>0.001</b> |
| GGA<br>Toplam    | Rho<br>p | <b>0.385</b><br><b>0.014</b>    |                              | <b>0.354</b><br><b>0.025</b>    | -0.293<br>0.066               |
| ERHİDÖ<br>Toplam | Rho<br>p | <b>0.525</b><br><b>&lt;0.00</b> | <b>0.354</b><br><b>0.025</b> |                                 | <b>-0.316</b><br><b>0.047</b> |
| ÇBASDÖ<br>Toplam | Rho<br>p | <b>-0.504</b><br><b>0.001</b>   | -0.293<br>0.066              | <b>-0.316</b><br><b>0.047</b>   |                               |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, ADÖ= Aile Değerlendirme Ölçeği, GGA= Güçler ve Güçlükler Anketi, ERHİDÖ= Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 4.27 ZY/GGG grubunda ADÖ ve ERHİDÖ alt ölçekler arasındaki korelasyon analizi

|                                       |          | ERHİDÖ<br>Yabancılaşma       | ERHİDÖ<br>Algılanan<br>Ayrımcılık | ERHİDÖ<br>Sosyal<br>Geri<br>Çekilme | ERHİDÖ<br>Damgalanmaya<br>Karşı<br>Direnç | ERHİDÖ<br>Kalıp<br>Yargıları<br>nın<br>Onaylanması | ERHİDÖ<br>Total              |
|---------------------------------------|----------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|
| ADÖ<br>Problem<br>Çözme               | Rho<br>p | 0.250<br>0.120               | 0.284<br>0.76                     | 0.259<br>0.107                      | 0.213<br>0.188                            | 0.245<br>0.128                                     | <b>0.325</b><br><b>0.041</b> |
| ADÖ<br>İletişim                       | Rho<br>p | 0.187<br>0.247               | <b>0.347</b><br><b>0.028</b>      | <b>0.321</b><br><b>0.043</b>        | 0.113<br>0.487                            | <b>0.490</b><br><b>0.001</b>                       | <b>0.374</b><br><b>0.018</b> |
| ADÖ<br>Roller                         | Rho<br>p | <b>0.408</b><br><b>0.009</b> | <b>0.351</b><br><b>0.027</b>      | <b>0.359</b><br><b>0.023</b>        | 0.209<br>0.195                            | <b>0.374</b><br><b>0.017</b>                       | <b>0.462</b><br><b>0.003</b> |
| ADÖ<br>Duygusal<br>Tepki<br>Verebilme | Rho<br>p | <b>0.371</b><br><b>0.018</b> | <b>0.358</b><br><b>0.023</b>      | 0.293<br>0.067                      | 0.124<br>0.447                            | <b>0.325</b><br><b>0.040</b>                       | <b>0.364</b><br><b>0.021</b> |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, ZY/GGG= Zihinsel yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme, ADÖ= Aile Değerlendirme Ölçeği, ERHİDÖ= Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.

Tablo 4.27 “Devam” ZY/GGG grubunda ADÖ ve ERHİDÖ alt ölçekler arasındaki  
korelasyon analizi

|                                              |          |                              |                              |                              |                |                              |                                 |
|----------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|------------------------------|---------------------------------|
| ADÖ<br>Gereken<br>İlgiyi<br>Gösterebil<br>me | Rho<br>p | <b>0.432</b><br><b>0.005</b> | <b>0.449</b><br><b>0.04</b>  | <b>0.483</b><br><b>0.002</b> | 0.108<br>0.505 | <b>0.495</b><br><b>0.001</b> | <b>0.514</b><br><b>0.01</b>     |
| ADÖ<br>Davranış<br>Kontrolü                  | Rho<br>p | 0.142<br>0.381               | 0.105<br>0.520               | 0.505<br>0.758               | 0.036<br>0.825 | 0.088<br>0.587               | 0.135<br>0.405                  |
| ADÖ<br>Genel<br>İşlevler                     | Rho<br>p | 0.283<br>0.077               | <b>0.359</b><br><b>0.023</b> | <b>0.317</b><br><b>0.046</b> | 0.272<br>0.089 | <b>0.337</b><br><b>0.033</b> | <b>0.414</b><br><b>0.008</b>    |
| ADÖ<br>Toplam                                | Rho<br>p | <b>0.414</b><br><b>0.008</b> | <b>0.452</b><br><b>0.003</b> | <b>0.406</b><br><b>0.009</b> | 0.275<br>0.086 | <b>0.449</b><br><b>0.004</b> | <b>0.525</b><br><b>&lt;0.00</b> |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, ZY/GGG= Zihinsel yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme, ADÖ= Aile Değerlendirme Ölçeği, ERHİDÖ= Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.

Tablo 4.28 ZY/GGG grubunda ADÖ ve ÇBASDÖ alt ölçekler arasındaki korelasyon analizi

|                                       |          | ÇBASDÖ<br>Aile                | ÇBASDÖ<br>Arkadaş             | ÇBASDÖ<br>Özel biri           | ÇBASDÖ<br>Total               |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ADÖ<br>Problem<br>Çözme               | Rho<br>p | -0.162<br>0.318               | -0.283<br>0.077               | <b>-0.315</b><br><b>0.048</b> | <b>-0.313</b><br><b>0.049</b> |
| ADÖ<br>İletişim                       | Rho<br>p | <b>-0.383</b><br><b>0.015</b> | <b>-0.363</b><br><b>0.022</b> | <b>-0.417</b><br><b>0.007</b> | <b>-0.445</b><br><b>0.004</b> |
| ADÖ<br>Roller                         | Rho<br>p | <b>-0.325</b><br><b>0.041</b> | <b>-0.355</b><br><b>0.025</b> | <b>-0.398</b><br><b>0.011</b> | <b>-0.441</b><br><b>0.004</b> |
| ADÖ<br>Duygusal<br>Tepki<br>Verebilme | Rho<br>p | -0.403<br>0.10                | <b>-0.429</b><br><b>0.006</b> | <b>-0.398</b><br><b>0.011</b> | <b>-0.485</b><br><b>0.002</b> |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, ZY/GGG= Zihinsel yetersizlik/Genel Gelişimsel Gecikme, ADÖ= Aile Değerlendirme Ölçeği, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Tablo 4.28 “Devam” ZY/GGG grubunda ADÖ ve ÇBASDÖ alt ölçekler arasındaki korelasyon analizi

|                                          |          | ÇBASDÖ<br>Aile                | ÇBASDÖ<br>Arkadaş             | ÇBASDÖ<br>Özel biri           | ÇBASDÖ<br>Total               |
|------------------------------------------|----------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ADÖ<br>Gereken<br>İlgiyi<br>Gösterebilme | Rho<br>p | <b>-0.407</b><br><b>0.009</b> | -0.304<br>0.057               | <b>-0.313</b><br><b>0.050</b> | <b>-0.356</b><br><b>0.024</b> |
| ADÖ<br>Davranış<br>Kontrolü              | Rho<br>p | -0.186<br>0.250               | -0.208<br>0.198               | -0.067<br>0.681               | -0.202<br>0.210               |
| ADÖ<br>Genel İşlevler                    | Rho<br>p | -0.255<br>0.112               | -0.296<br>0.063               | <b>-0.335</b><br><b>0.035</b> | <b>-0.376</b><br><b>0.017</b> |
| ADÖ<br>Toplam                            | Rho<br>p | <b>-0.417</b><br><b>0.007</b> | <b>-0.429</b><br><b>0.006</b> | <b>-0.412</b><br><b>0.008</b> | <b>-0.504</b><br><b>0.01</b>  |

Tablo 4.29 ZY/GGG Grubunda ERHİDÖ toplam puanı ile GGA alt ölçekleri arasındaki korelasyon analizi

|            |  | GGA<br>Duygulanım<br>Sorunları | GGA<br>Davranım<br>Sorunları | GGA<br>Dikkat<br>Eksikliği-<br>Hareketlilik | GGA<br>Akran<br>İlişkileri | GGA<br>Sosyal<br>Davranışlar |
|------------|--|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| ERHİDÖ Rho |  | <b>0.505</b>                   | 0.115                        | 0.117                                       | 0.223                      | <b>-0.368</b>                |
| Toplam p   |  | <b>0.001</b>                   | 0.481                        | 0.471                                       | 0.166                      | <b>0.019</b>                 |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, ZY/GGG= Zihinsel Yetersizlik/ Genel Gelişimsel Gecikme, GGA= Güçler ve Güçlükler Anketi, ERHİDÖ= Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Tablo 4.30 ZY/GGG Grubunda ERHİDÖ ve ÇBASDÖ alt ölçekler arasındaki  
korelasyon analizi

|              |     | ÇBASDÖ<br>Aile | ÇBASDÖ<br>Arkadaş | ÇBASDÖ<br>Özel biri | ÇBASDÖ<br>Total |
|--------------|-----|----------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| ERHİDÖ       | Rho | -0.180         | -0.186            | -0.241              | -0.209          |
| Yabancılaşma | p   | 0.266          | 0.266             | 0.135               | 0.196           |
| ERHİDÖ       | Rho | -0.291         | -0.285            | <b>-0.315</b>       | <b>-0.328</b>   |
| Algılanan    | p   | 0.068          | 0.075             | <b>0.048</b>        | <b>0.039</b>    |
| Ayrımcılık   |     |                |                   |                     |                 |
| ERHİDÖ       | Rho | <b>-0.348</b>  | <b>-0.325</b>     | <b>-0.342</b>       | <b>-0.389</b>   |
| Sosyal geri  | p   | <b>0.028</b>   | <b>0.041</b>      | <b>0.031</b>        | <b>0.013</b>    |
| çekilme      |     |                |                   |                     |                 |
| ERHİDÖ       | Rho | 0.083          | 0.013             | -0.059              | 0.038           |
| Damgalanmaya | p   | 0.612          | 0.935             | 0.720               | 0.817           |
| karşı direnç |     |                |                   |                     |                 |
| ERHİDÖ       | Rho | -0.282         | -0.356            | <b>-0.375</b>       | <b>-0.333</b>   |
| Kalıp        | p   | 0.078          | 0.055             | <b>0.017</b>        | <b>0.036</b>    |
| yargıların   |     |                |                   |                     |                 |
| onaylanması  |     |                |                   |                     |                 |
| ERHİDÖ       | Rho | -0.271         | -0.265            | <b>-0.347</b>       | <b>-0.316</b>   |
| Total        | p   | 0.091          | 0.098             | <b>0.028</b>        | <b>0.047</b>    |

Rho= Spearman Korelasyon Katsayısı, DEHB= Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, ERHİDÖ= Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda nörogelişimsel bozukluğu olan (DEHB, OSB, ZY/GGG) çocukların ailelerinde sosyodemografik veriler eşliğinde içselleştirilmiş damgalanma algısı, algılanan sosyal destek ve aile işlevselliği araştırılmıştır. Araştırmamız sonucunda gruplar arasında ebeveynlerin damgalanma algısı bakımından farklılıklar olduğu, olguların yaşadığı psikososyal sorunların ebeveynlerdeki damgalanma algısını arttırırken sosyal destek algısını azalttığı, gelir düzeyi ile damgalanma ve sosyal destek algısı arasında ilişki olabileceği, aile işlevselliğindeki düşüklüğün damgalanma algısını arttırdığı, sosyal desteğin damgalanma ve düşük aile işlevselliğine karşı koruyucu görevi olabileceği gösterilmiştir.

Çalışmamıza katılan olguların sosyodemografik verileri incelendiğinde olguların yaş ortalaması gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemektedir. Katılımcılar cinsiyet açısından incelenecek olursa DEHB olgu grubuna dahil edilen 41 olgudan %82.9'u (n=34) erkek, %17.1'i kız (n=7) idi. Çalışmamızdaki DEHB grubunda erkek/kız oranı 4.8 olarak bulunmuştur. Dünyada DEHB prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda bu oranın 3:1 ile 9:1 oranında değişebildiği belirtilmektedir (400). Çalışmamızda alanyazın bilgisi ile uyumlu sonuç elde edilmiştir. Çalışmamızda OSB olgu grubuna dahil edilen 44 olgudan %86.4'ü erkek (n=38), %13.6'sı kız (n=6), erkek/kız oranı 6.3 idi. OSB cinsiyet verileri OSB'nin erkeklerde kızlara oranla 3-4 kat fazla görüldüğünü gösterse de bazı çalışmalarda bu oranın 5 kata kadar çıktığı gösterilmiştir (401). Otizm spektrumunun yüksek işlev gösteren olguların olduğu uçta cinsiyet oranının 6:1'e yükseldiği vurgulanmaktadır (402). Bu anlamda bulgumuzun alanyazın ile uyumlu olduğu söylenebilir. Çalışmamızda ZY/GGG olgu grubuna dahil edilen 40 olgudan %70'i erkek (n=28), %30'u kız (n=12) ve erkek/kız oranı 2.3 idi. Yapılan çalışmalar erkek kadın oranı 1.6:1 olarak belirtmiştir (193). Çalışmamızdaki sonucun alanyazın bilgisine paralel olduğu, cinsiyetler arasındaki bu farkın beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Çalışmamızdaki olgu grupları ve kontrol grubu arasında kronik hastalık durumu, ailenin yaşadığı yer, anne-baba birliktelik durumu ve aile tipi arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır.

Otizm etiyojisi hakkında yapılan çalışmalarda ileri anne ve baba yaşı üzerinde durulmaktadır. 2012 yılında ileri anne yaşına odaklanan, 25.000'den fazla OSB vakası ve sekiz milyon kontrol vakası verilerinin toplandığı, 10 çalışmadan oluşan bir meta-analiz çalışmasında, 25-29 yaş arası annelere kıyasla 35 yaş ve üstündeki annelerin OSB'li bir çocuğa sahip olma riskinin 1.5 kat arttığı ortaya koyulmuştur (403). Benzer şekilde ileri baba yaşına odaklanan bir meta-analiz çalışmasında, 29 yaş altı babalara kıyasla 40-49 yaş arası babalarda OSB'li bir çocuğa sahip olma riskinin 1.8 kat fazla olduğu gösterilmiştir(404). Bizim alışmamızda OSB grubunda anne yaş ortalaması  $37.11 \pm 0.98$  ve baba yaş ortalaması  $42.29 \pm 1.14$  ss olarak bulunmuştur. Yaş ortalaması bulgularımız daha önce yapılmış çalışmaları desteklemekle birlikte, anne ve baba yaşı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda ebeveynlerin içselleştirilmiş damgalanma algısının ölçülmesi için Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma lėėi (ERHİDÖ) kullanılmıştır. Değerlendirmede OSB olgu grubundaki ebeveynlerin, DEHB ve ZY/GGG grubundaki ebeveynlere kıyasla daha fazla damgalanma algısı yaşadığı saptanmıştır. ZY/GGG tanılı çocukların ebeveynlerinde damgalanma algısının sosyal destek düşüklüğü ve aile işlevselliğindeki düşüklük ile ilişkili olduğu, ayrıca bu gruptaki çocukların yaşadığı psikososyal zorlukların ailelerdeki damgalanma algısını arttırdığı saptanmıştır.

Damgalanmaya, yalnızca hastalık tanısı alan bireylerin değil, bireylerle ilişkili ebeveynlerin de maruz kaldığı ile ilgili yapılan çalışmalar gün geçtikçe artma eğilimindedir (11). Son yıllarda DEHB, OSB, ZY gibi tanılara sahip çocukların ve onların ebeveynlerinin damgalanması ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Yapılan bazı çalışmalar farklı tanılara sahip çocukların ebeveynlerindeki damgalanma algısını karşılaştırmıştır. 2015 yılında Werner ve ark. tarafından yapılan çalışmada zihinsel yetersizlik, fiziksel yetersizlik ve otizm spektrum bozukluğu tanılarına sahip çocukların ebeveynlerindeki içselleştirilmiş damgalanma algısı karşılaştırılmış ve sonuç olarak OSB tanılı bireylere bakım veren ebeveynlerinde içselleştirilmiş damgalanma algısı daha yüksek bulunmuştur(304). OSB'li bireylerin ebeveynlerinin daha fazla damgalanmış hissetmesi çocuğun davranışlarından utanma, çocukla beraber

dışarı çıkmayı azaltma, arkadaşlar ve akrabalarla görüşmeyi azaltma ve başkalarına çocuklarının tanısıyla ilgili bilgi vermeyi bırakma ile ilişkili bulunmuştur (304). Bu bulgular OSB’li çocukların ebeveynlerindeki utanç ve değersizlik hislerini ortaya koyan önceki çalışmaları destekler niteliktedir (312,315). Benzer şekilde OSB tanılı 181 çocuğun ebeveynlerinin damgalanma algısının araştırıldığı bir çalışmada utanç ve sosyal kaçınmayı ifade eden alt ölçeklerden alınan yüksek puan, OSB’li bireye bakım verenlerdeki utanç duygusunu ortaya koymuştur (405). Yüksek fonksiyon gösteren OSB’li çocukların ve ailelerinin Down Sendromu, Kistik Fibrozis gibi hastalıkları olan çocuklara ve hatta otizm spektrumundaki diğer çocuklara kıyasla daha fazla damgalandıkları öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (14,305,406). Down Sendromu tanılı çocuklara ebeveynlik yapmaya kıyasla OSB’li bir bireye ebeveynlik yapmanın daha stresli bir durum olarak algılanmasının altında yatan nedenlerin OSB’de görülen tekrarlayıcı veya kendine zarar verici davranışlar, yüksek sesli veya ekolalik konuşmalar, düzensiz uyku alışkanlıkları olduğu belirtilmiştir (406). Bizim çalışmamızda nörogelişimsel bozukluk tanılı çocukların ebeveynlerindeki içselleştirilmiş damgalanma algısının karşılaştırılması sonucunda OSB’li bireylerin ebeveynlerindeki içselleştirilmiş damgalanma algısı, DEHB ve ZY/GGG grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgumuz yukarıda bahsedildiği gibi alan yazın bilgisi ile uyumlu görünmektedir (304,406). Çalışmamızda ERHİDÖ yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, kalıp yargıların onaylanması alt ölçek puanları OSB grubunda, DEHB ve ZY/GGG grubu ebeveynlerine kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu alt ölçeklerdeki puan farklarından da yola çıkarak OSB’li bireylerin ebeveynlerinin çocukla beraber dışarı çıkmayı azaltmalarının, kendilerini bu dünyada yabancı gibi hissetmelerinin, çocuklarının rahatsızlığından dolayı utanç duymalarının, kendilerini diğer kişilerden daha aşağıda hissetmelerinin, kendilerinden memnun olmamalarının, “garip” görünmemek için eskisi kadar sosyalleşmemelerinin, kendilerini normal yaşamın dışına çekmelerinde, sosyal ortamlardan uzak durmalarında ve damgalanmada rol aldığı söylenebilir. Ayrıca OSB’li bireylerin ebeveynlerinin daha çok damgalanmış hissetmelerinin altında yatan nedenler olarak OSB’li bireylerin normal fiziksel görünümü ile engelliliklerinin gerçekliği arasındaki tutarsızlık; belirgin, yıkıcı ve dikkat çekici sosyal uygunsuz davranışları ve toplumun hastalık hakkındaki bilgisizliği gösterilebilir. Ek olarak OSB

tanısının sürekliliği, kronik doğada bir rahatsızlık olması da ebeveynlerin damgalanma algısı ile ilişkili olabilir. Uluslararası alan yazında otizm tanılı çocukların ebeveynlerinin dahil edildiği, yaygınlık çalışmalarına, prospektif çalışmalara ve damgalanma alt ölçek puanlarının değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın bu boşluğu doldurmak üzere alan yazına katkı sağladığı düşünülmüştür.

Yukarıda açıkça tartışıldığı üzere OSB'nin pek çok yönden ebeveynleri zorlayıcı etkileri bulunmaktadır. Çocuğun biyopsikososyal anlamda sağlıklı gelişim göstermesinin uygun bir ebeveyn-çocuk ilişkisiyle mümkün olduğu düşünüldüğünde OSB'li bireylerin tedavisine ek olarak takip süresince ebeveynlerinin desteklenmesi de oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu amaçla ebeveyn destek programları gündeme gelmiştir. Araştırmalar, bir destek ağına erişimin ebeveynlere büyük fayda sağladığını, ebeveyn stresinin azalmasında etkili olduğunu göstermektedir (407). Öte yandan ebeveyn özyeterliliğinin artmasının ebeveynlik becerilerini arttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (408). OSB'li bireylerin ebeveynlerinin de özyeterlilik bakımından risk altında olduğu bilinmektedir (409). Bu sebeple ebeveynlerin öz yeterlilik seviyelerini arttırmayı amaçlayan ebeveyn eğitim programları da düzenlenmiştir (410). Sofronoff ve ark. (410)'nın düzenlediği bu ebeveyn programı sonunda OSB'li çocukların sorun davranışların sayı ve yoğunluğunun azalmasına ek olarak ebeveynlerin kendilerini daha yetkin ve yeterli hissettikleri sonucu ebeveynlerin desteklenmesinin önemine vurgu yapmaktadır. Aileler için en etkili destek programlarının tasarlanabilmesi amacıyla çocuğu OSB tanısı almış olan 55 ebeveynin dahil edildiği bir çalışmada ailelerin %68'inin arkadaşlarından destek aradığı, %93'ünün benzer tanıya sahip ailelerden bilgi ve tavsiye aradığı gösterilmiştir (411). Bu bulgular aynı deneyimleri yaşayan ailelerin oluşturacağı sosyal ağların ve grupların ne denli önem arz ettiğini kanıtlar niteliktedir. Ayrıca OSB'li çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik olarak desteklenmesi çocuklarına daha iyi bir gelecek sunabileceklerini düşünmeleri konusunda da aileleri güçlendirmek için gereklidir (412). Tüm bu bilgiler ışığında özel gereksinimi mevcut bireylerin, ebeveynleriyle bir bütün olarak değerlendirilmesinin, tanı konulması, tedavinin başlatılmasına ek olarak uzun yıllar boyu devam etmesi muhtemel bakım sürecinde ebeveynlerin sosyal, duygusal hatta ekonomik olarak desteklenmesinin, ebeveynin ruh sağlığı, özyeterliliği ve ebeveynlik kalitesi üzerindeki olumlu etkilerinin bilinmesinin önemi büyüktür.

Ülkemizin bazı illerinde otizm aile destek platformlarına rastlamak mümkündür ancak bu ağın tanı almış tüm çocukların ebeveynlerini kapsar yeterlilikte olduğunu söylemek güçtür. Destek gruplarının oluşturulması, bu grupların varlığının duyurulması, ebeveynlerin yönlendirilmesi ve devamlılığının sağlanması hususunda daha kapsamlı çalışmaların yapılması, sosyal farkındalık projelerin yürütülmesi gerekmektedir. Çalışmamızın nöro gelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin algıladıkları sosyal desteğin önemine dikkat çekerek, yürütülmesi planlanacak sosyal destek projelerine ışık tutabileceği kanaatindeyiz.

2019 yılında yapılan güncel bir derlemede ebeveynlerin damgalanma algısı ile OSB'li çocuklarda görülen otizm belirti şiddeti arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir (13). Benzer şekilde 502 OSB tanılı çocuğun ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada çocukların otizm ile ilgili belirti ve davranışlarının ebeveyn damgalanma algısı üzerindeki belirgin etkisinden söz edilmiştir (309). Bu çalışmada OSB'li çocuğun akranlarıyla yaşadığı sorunların ve akranları tarafından reddedilmesinin, ailenin sosyal izolasyonu ve dışlanması ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (309). Bizim çalışmamızda çalışmaya dahil edilen çocukların yaşadığı güçlüklerin değerlendirilmesi için GGA Ebeveyn Formu kullanılmıştır. Çalışmamızda OSB grubunda ERHİDÖ ile GGA arasında anlamlı korelasyon ilişkisine rastlanmamıştır. Çalışmamızdaki bu sonuç, OSB'li çocukların yaşadığı duygulanım ya da davranışsal sorunlardan bağımsız olarak, otizmlili bir çocuk yetiştiriyor olmanın başlı başına bir zorluk taşıdığı ve bu zorluğun damgalanmaya aracılık ettiği şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızda OSB grubunda ERHİDÖ alt ölçekleri ile GGA alt ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisine bakıldığında ERHİDÖ algılanan ayrımcılık alt ölçeği ile GGA akran ilişkileri alt ölçeği arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.019$ ,  $Rho=0.352$ ). Bu istatistiksel sonuç tarafımızca OSB'li çocukların OSB'nin sosyal uygunsuz belirtileri nedeniyle bulundukları ortamda arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaşadığı, bu durumun ebeveynlerin daha fazla damgalanmış hissetmelerine neden oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca çalışmamızda ERHİDÖ kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği ile GGA sosyal davranışlar arasındaki anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Bu sonuç OSB'li çocukların sosyal davranış sorunlarının şiddeti arttıkça, ailelerin kendileri hakkında düşünülen ön yargıları içselleştirdiklerini ve kalıp yargıları onayladıklarını göstermektedir. Sosyal davranış sorunlarının OSB'nin belirtileri

arasında olduğu düşünüldüğünde çalışmamızda ulaştığımız sonuç OSB belirti şiddeti ile ebeveynlerdeki damgalanma algısının anlamlı ilişkili olduğudur. Bu bulgumuz alanyazındaki otizm belirti şiddeti ile ebeveynlerdeki damgalanma algısı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalarla uyumludur (13).

Alanyazında zihinsel yetersizlik tanıılı bireylerin ebeveynlerinin damgalanma algısını konu alan ulusal ve uluslararası pek az çalışma mevcuttur. Zihinsel yetersizlik tanıılı 210 bireyin ebeveynleriyle yapılmış çalışmada ebeveynlerdeki içselleştirilmiş damgalanma algısı düzeyi ile utanç ve aşağılık duygusu hissetmelerinin muhtemel olduğu, ön yargı ve ayrımcılıktan kaçınmak adına sosyal çevreden izole oldukları belirtilmiştir (11). Benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik engelli çocuğu olan 81 anneyle yapılan bir anket çalışması engelli bireylerin toplumdaki diğer kişiler tarafından değersizleştirildiğini ve ayrımcılığa uğradığını hisseden annelerin, çocuklarının engelli olduğu gerçeğinden dolayı utandıklarını göstermiştir (308). Bizim çalışmamızda ZY/GGG grubunda ERHİDÖ toplam puanı ile GGA toplam puanı, ve duygulanım sorunları alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bulunan bu anlamlı ilişki, zihinsel yetersizliği olan çocukların yaşadığı psikososyal sorunlarının ailelerinde muhtemel utanç ve aşağılık duygusu yaşamalarına neden olduğunu, bu durumun damgalanmaya zemin hazırladığını ifade ediyor olabilir. GGA duygulanım sorunları alt ölçeği çocuğun duygu regülasyonunda yaşadığı güçlükleri ifade etmektedir. Sıkça mutsuz, kederli, ağlamaklı, kaygılı görünen, yeni ortamda gergin ve huzursuz görünen, korkmuş ve ürkek olarak gözlemlenen kısacası duygulanım sorunları yaşayan çocukların ebeveynleri, toplumdaki diğer kişiler tarafından çocuğunu yeterince sakinleştiremeyen, ona kılavuzluk edemeyen ebeveynler konumuna düşürüldüklerini hissederek bu yönden de muhtemel utanç ve aşağılık duygusuna kapılıyor olabilirler. Ortama uyumlanmakta zorluk yaşayan çocuğun ve hemen ardından onunla yakın ilişkide bulunan kişinin, yani ebeveynin eleştirel bakışlara maruziyetinin ve ortaya çıkan önyargıların damgalanmanın temelini oluşturduğu, zamanla bu damgalanmanın ebeveynler tarafından içselleştirilme riski olduğu bilindiğinden, çocuklardaki bu duygulanım sorunlarının ebeveynlerdeki damgalanma algısına aracılık ettiği sonucu damgalanmanın doğası hakkında bildiklerimizi pekiştirir niteliktedir.

Damgalanma hakkında gittikçe artan hızda büyüyen alan yazında damgalanmaya sebep olan pek çok değişken üzerinde durulmaktadır. Damgalanma deneyiminin yüksek gelirli ülkelerde, düşük ve orta gelirli ülkelere kıyasla farklı olabildiğini, yüksek gelirli ülkelerle kıyaslandığında Hindistan, Çin, Nijerya gibi düşük gelirli ülkelerde psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerin daha çok kabul görüp daha az damgalandığını, bu kişilere destekleyici bir ortam sunularak daha fazla sosyal rol verilebildiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (413–416). Öte yandan düşük gelirli ülkelerde damgalanmanın yaygın olduğu ile ilgili de birikmiş kanıtlar bulunmaktadır (417). Tarih boyunca sosyoekonomik statü ve gelir daha fazla sosyal bağlantı, güç ve risklerden korunabilirlikle ilişkili bulunmuş ve kaynakları yetersiz gruplar da damgalanma konusunda dezavantajlı konuma yerleşmişlerdir (418). Ailenin sosyoekonomik seviyesi ile ebeveynlerin damgalanma algısı arasındaki ilişki ile ilgili tutarsız verilere rastlanmıştır. 2012 yılında Çin’de yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik seviyenin damgalanma algısını arttırdığı belirtilirken, 2014 yılında İsrail’de yapılan bir çalışmada ebeveynlerin gelir düzeyi dahil, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi hiçbir özelliğinin damgalanma algısını etkilemediği belirtilmiştir (304,419). Çalışmamızda katılımcılar gelir düzeyi açısından incelendiğinde toplam 163 aile arasından %28.2’sinin (n=46) asgari ücret ve altında, %71.8’inin (n=117) asgari ücret üstünde gelir düzeyi olduğu, DEHB grubunun %22’sinin (n=9), OSB grubunun %40.9’unun (n=18), ZY/GGG grubunun %47.5’inin (n=19) asgari ücret ve altında gelir düzeyine sahip olduğu, kontrol grubundaki tüm ailelerin gelir düzeyi asgari ücret üstünde olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada DEHB, OSB, ZY/GGG grupları arasında gelir düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ZY/GGG grubunda daha düşük gelir düzeyine sahip ailelerin damgalanma algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin, sosyal kaynaklara erişiminin daha düşük olması, eğitimsel kazanımlarının daha düşük olması, daha az sosyal ve maddi kaynaklara sahip olmaları gibi dezavantajları bireylerin sosyal statülerini ve damgalanma algısını etkiliyor olabilir. Çalışmamızdaki ZY/GGG, DEHB ve OSB grupları arasında gelir düzeyi bakımından fark bulunmamıştır. Ayrıca DEHB ve OSB grubunda gelir düzeyi ile damgalanma algısı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu durum çalışmamıza katılan populasyonun özellikleri ve örneklem

boyutu ile ilişkili olabilir. Ailelerin gelir düzeyi ile ebeveynlerdeki damgalanma algısı arasındaki ilişkiyi inceleyecek daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Alan yazında ebeveynlerin eğitim seviyesi ile damgalanma algıları arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar tutarsız sonuçlar vermiştir. Bazı çalışmalar damgalanma algısı ile bakım verenin eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (419). Yapılan bazı çalışmalarda ise eğitim seviyesi yüksek ebeveynlerin düşük olanlara nazaran daha az damgalayıcı tutum sergiledikleri gösterilmiştir (315,405,420). Bizim çalışmamızda ZY/GGG grubundaki anne ve babaların eğitim seviyeleri diğer gruplara kıyasla daha düşük bulunmuş olup anne-baba eğitim seviyeleri ile damgalanma arasında hiçbir grupta anlamlı ilişki saptanmamıştır. 2016 yılında yapılmış olan meta-analiz çalışmasında düşük anne eğitiminin zihinsel yetersizlik için risk faktörü olduğu belirtilmiştir(218). Yine başka bir çalışmada anne baba eğitim seviyesi ile çocuğun zeka gelişimi arasındaki ilişki ortaya konmuştur(421). Eğitim seviyesi düşük anne ve babalar çocuğun zeka gelişimi için uygun, doğru ve zengin uyaranı vermekte güçlük yaşayabilir. Bizim çalışmamızdaki ZY/GGG grubundaki anne ve baba eğitim seviyesinin diğer gruplara kıyasla daha düşük olması, alan yazını destekler nitelik taşımaktadır.

OSB kimi klinisyenler tarafından bir “bozukluk” yerine farklı bir bilişsel tarz ve “nöro-çeşitlilik” olarak el almakta ve OSB’nin toplumda görülen nörolojik bir varyasyon olarak kabul edilmesi gerekliliğine atıfta bulunmaktadır (422). Baron-Cohen ve ark. OSB tanısı almanın bir etiketlenmeyi beraberinde getirme potansiyelinden söz etmektedir (423). OSB tanısı almak da özel eğitime yönlendirilmenin bir ön koşulu olduğundan özel eğitim alıyor olmak damgalanma algısına zemin hazırlıyor olabilir. Ancak 2008 yılında yapılan bir çalışmada da OSB’li çocukların ebeveynlerinin profesyonellerden gelen yakınlık ve uygun geri bildirimler yoluyla daha az damgalanma yaşadıkları bildirilmiştir (424). Öte yandan 2018 yılında ülkemizde yürütülen bir tıpta uzmanlık tezinde özel eğitim alan ebeveynlerin daha fazla damgalanma algısı yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (425). Bizim çalışmamızda da özel eğitim alan OSB’li çocukların ebeveynlerinin daha fazla damgalanma algısı taşıdıkları bulunmuştur. Özel eğitime devam eden çocuğun mevcut psikopatolojisi ve gidişatı hakkında toplum tarafından duyulan merak ebeveynleri daha fazla açıklama

yapmaya zorluyor olabilir. Bu durum başlı başına “farklı olma” hali üzerinden damgalanma yaratıyor olabilir. Ayrıca OSB belirti şiddeti daha yoğun olan çocukların ebeveynlerindeki damgalanma algısının daha fazla olduğu gösterilmiştir (13). OSB belirtileri daha yoğun olan olguların daha kolay tanı alıp özel eğitime yönlendirilebileceği düşünülürse, özel eğitim alan olguların ebeveynleri OSB belirti şiddeti üzerinden de damgalanmaya uğruyor olabilirler; ancak bizim çalışmamızda OSB’li olgularda özel eğitim durumu ile psikososyal zorluk arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Özel eğitim alma durumu ile ebeveynlerdeki damgalanma algısı arasında çelişkili kanıtlar bulunması bu alanda daha fazla çalışmanın gerekliliğini göstermektedir.

Ruhsal rahatsızlıkları olan kişiler dürtüsel, şiddete eğilimli ve öngörülme riskleri barındıran kişiler olarak düşünölmeleri nedeniyle, toplum tarafından dışlanma ve damgalanma riski ile karşı karşıyalardır (426). Son yıllarda ruhsal hastalıklara sahip bireylere bakım veren kişilerin yaşadığı damgalanma ve damgalanma ile ilişkili faktörler ilgi görmeye başlanmıştır. Araştırmalar sosyal destek, başa çıkma tarzları, kişilik özellikleri, etnik köken gibi değişkenlerin damgalanmanın olumsuz getirilerini hafifletilebileceğini ortaya koymaktadır (388). 2009 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında sosyal desteğin, damgalanmaya maruz kalan kişilerin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler konusunda tampon görevi gördüğü belirtilmiştir (388). 2016 yılında yapılmış bir çalışmada algılanan sosyal desteğin, ebeveynlerdeki içselleştirilmiş damgalanma algısını azalttığı gösterilmiştir (386). Benzer şekilde 2020 yılında yapılmış oldukça güncel bir çalışmada, OSB ve ZY tanıli çocukların ebeveynlerindeki benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalanma algısı ile sosyal destek arasındaki negatif ilişkiden bahsedilmiş ve sosyal desteğin koruyucu rolü üzerinde durulmuştur (17). Damgalanma ile sosyal destek arasında iki yönlü ilişkiden söz etmek mümkündür. Bir yandan yukarıda bahsi geçtiği gibi sosyal desteğin damgalanma üzerindeki koruyucu etkisinden söz edilirken, bir yandan damgalanma algısı yaşayan ebeveynlerin kendilerini sosyal ortamlardan izole etmeleri söz konusudur (296). Damgalanma algısı yaşayan ebeveynlerin zamanla kendilerini sosyal ortamlardan geri çekme davranışları, sosyal destek görme şanslarını ve ihtimallerini de azaltabilir. Bizim çalışmamızda da ZY/GGG olgu grubundaki ebeveynlerin içselleştirilmiş damgalanma algısı ile algılanan sosyal destek arasında negatif ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça ebeveynlerdeki içselleştirilmiş damgalanma algısının artması sonucu alan yazınla uyumlu görünmektedir. Artan sosyal destek ile beraber ebeveynlerin sosyal ortamların dışında kalmasının önüne geçilmektedir. Sosyal olarak dışlanmamış ebeveynlerin kendilerini kabul görmüş hissedeceğini, bu kabul görmeyle beraber alan yazında sözü geçen, çocuklarının hastalıklarından utanma ve suçluluk duyma risklerinin azalacağını düşünmekteyiz. Damgalanmanın duygusal sonuçları olan utanma ve suçluluğun ortadan kalkması, damgalanmanın davranışsal sonucu olan sosyal izolasyonun önlenmesi çift taraflı bir etkiyle damgalanmaya karşı koruyucu olabilir.

Çalışmamızın ebeveynler tarafından algılanan sosyal destek düzeyi sonuçları incelendiğinde DEHB, OSB, ZY/GGG olgu grupları arasında fark saptanmazken, bu gruplardaki algılanan sosyal desteğin kontrol grubuna kıyasla düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca OSB grubundaki olguların yaşadıkları duygulanım sorunları arttıkça ebeveynlerin daha az sosyal destek gördükleri sonucu bulunmuştur.

Alan yazında pek çok çalışmada zihinsel-ruhsal veya fiziksel hastalığa sahip bir çocuğun ebeveynlerinin hissettiği bakım yükünden söz edilmektedir (427). OSB, ZY/GGG gibi nörogelişimsel bozukluğa sahip bir çocuk kişisel bakımı, özel eğitim ihtiyacı, sosyal ilişki kurmasının desteklenmesi, davranım sorunlarının yönetilmesi vs. gibi pek çok özel ihtiyaca sahiptir. Tüm bu ihtiyaçların karşılanması çok büyük ölçüde ebeveynin sorumluluğundadır ve bu durum ebeveyn için tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine kıyasla çok daha fazla zorlanmayı beraberinde getirmektedir. Tüm bu sebeplerle OSB'li çocukların ebeveynleri depresyon ve kaygı bozukluğu geliştirmeye karşı daha savunmasızlardır (428). 2013 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada ZY olan çocukların ebeveynlerindeki bakım yükünün ebeveyn ruh sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (429). Sağlıklı çocukların ebeveynleri ve engelli çocukların ebeveynlerinin karşılaştırıldığı pek çok çalışmada engelli çocukların annelerinin daha fazla depresyon tanısı aldığı gösterilmiştir (430,431). Ülkemizde DEHB çocukların anneleriyle yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukların annelerindeki depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol grubu annelerine göre daha yüksek saptanmıştır (432). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki depresyonu olan kişiler kendilerini daha yalnız hissetme eğilimindedirler (433,434). Sonuç olarak alanyazında

da yer bulduğu üzere nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynleri ruhsal hastalıklar bakımından savunmasızdırlar ve bu durum onların yalnız hissetmelerine de neden olabilmektedir. Bu sebeplerle özel gereksinimli çocukların ebeveynlerinin algıladıkları sosyal destek ile ilgili de çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar özel gereksinimleri olan çocukların ebeveynlerinin algıladıkları sosyal destek düzeylerinde düşüklüğü ortaya koymuştur (364,387,435). Bizim çalışmamızda DEHB, OSB, ZY/GGG grupları arasında ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ancak tüm gruplara kıyasla kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin daha yüksek sosyal destek algısına sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda kontrol grubu ile olgu grupları arasında ebeveynlerin algıladıkları bu sosyal destek farkı alan yazında belirtildiği gibi nörogelişimsel bozukluk tanılı çocuğa bakım veren ebeveynlerin ruhsal zorlanmalarıyla, kendilerine verilen desteği alamamaları ile ilişkili olabilir. Ayrıca bu fark özel gereksinimleri olan çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamak zorunluluğu duyan, zaman zaman bakım yükü altında ezilen ebeveynlerin artan sosyal destek ihtiyacı ve beklentisiyle, kendilerine verilen sosyal desteğin yetersiz olduğunu düşünmelerinden kaynaklanıyor da olabilir. Öte yandan her ne kadar alınan sosyal destek ile algılanan sosyal destek arasında bir takım farklar olduğu, algılanan sosyal destek tanımının sosyal desteğin kalitesi hakkındaki kişinin subjektif inancı olduğu belirtilse de nörogelişimsel bozukluk tanısına sahip çocukların ebeveynleri algılanandan öte, somut anlamda da daha az sosyal destek görüyor olabilirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada toplumdaki kişilerin, DEHB semptomlarının ebeveyn disiplinsizliği, uygunsuz ebeveyn tutumlarından kaynaklandığını düşündüklerini ortaya koymuştur (16). Tanı alan çocukların sosyal normlara uygun olmayan, sıkıntı veren ve dikkat çeken davranışlarının sorumlusu olarak ebeveynlerin hedef gösterilmesi, toplumdaki kişilerin bu ebeveynlerle temaslarını azaltmalarına ve böylece ebeveynlerin daha az sosyal destek almalarına sebep oluyor olabilir. Ayrıca ruh sağlığı sorunu olan kişilerin tehlikeli bireyler olduğu kalıp yargıları, bu bireylerle ve dolaylı yoldan bu bireylere bakım verenlerle kurulacak sosyal temasın azaltılmasına neden oluyor olabilir. Tüm bunlar çalışmamız OSB grubundaki güçlüklerinin artmasıyla ebeveynlerinin psikososyal olarak olumsuz etkilenmesiyle beraber daha fazla damgalanmış hissetmeleri arasındaki verimizi de desteklemektedir.

Alan yazında kanıtlar yüksek sosyoekonomik ve istihdam durumu olan kişilerin daha yüksek sosyal destek algısına sahip olduğunu göstermektedir (436,437). Covid 19 pandemisi sırasında yürütülmüş bir çalışmada ailenin gelir düzeyi ile komşularıyla görüşme sıklığı arasında anlamlı ilişkiden söz edilmiştir(438). Bizim çalışmamız da DEHB grubundaki ailelerin gelir düzeyi ile ebeveynlerin algıladığı sosyal destek düzeyi arasındaki anlamlı pozitif ilişki alan yazın bilgisini destekler niteliktedir. Uygun ekonomik koşullara sahip bireyler sadece temel yaşamsal ihtiyaçlarının giderilmesi için değil, sosyalleşmek için de bütçe ayırabilme imkanına sahiptir. Sosyalleşmek uygun ortam koşullarının sağlanması ile beraber arkadaş edinmeyi sağlayabilir. Bu durum aile dışından gelebilecek sosyal destek ihtimalinin artması anlamına gelecektir. Bu anlamda düşük gelirli ailelerin ekonomik olarak desteklenmesi, ailelerin sosyal destek algılarının artmasına katkı sağlayabilir.

Çalışmamızın aile işlevselliği ile ilgili sonuçlarına bakıldığında nörogelişimsel bozukluk tanısına sahip olguların ebeveynleri arasında aile işlevselliği bakımından belirgin farklılık gözlenmezken, sağlıklı çocukların bulunduğu kontrol grubundaki ailelerinin işlevselliğinin daha iyi olduğu görülmüştür. DEHB ve ZY/GGG tanıılı çocukların ebeveynlerinde algılanan sosyal destek azlığının aile işlevselliğini bozduğu, ZY/GGG grubunda damgalanma algısının aile işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği ve ZY/GGG tanıılı çocukların sorun davranışlarının aile işlevselliğini bozduğu tespit edilmiştir.

Alanyazında ruh sağlığı hastalığının aile işlevselliğine olan etkisinin incelendiği pekçok çalışmaya rastlamak mümkündür. Bulut (332) ailede ruhsal sıkıntısı olan bir bireyin bulunmasının aile işlevselliğini bozucu etkisinden açıkça söz etmektedir.

Nörogelişimsel bozukluk tanıılı çocukların aile işlevselliğinin araştırıldığı çalışmalara bakıldığında birçok araştırmacının çalışmalarında DEHB ile aile işlevselliği arasındaki ilişkiye yer verdiğini görülmektedir. Ülkemizde 2014 yılında yapılmış, çalışmamızda kullandığımız ADÖ'nün kullanıldığı bir çalışmada kontrol grubu ile DEHB grubunun aile işlevselliği kıyaslanmış, DEHB'li grupta ADÖ problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, genel işlevler, gereken ilgiyi gösterme ve roller alt ölçeklerinde anlamlı farklılık saptanmıştır(21). Yine Türkiye'de DEHB'li

olgularla yapılmış bir çalışmada ADÖ problem çözme, iletişim, roller alt ölçeklerinde belirgin sorunlar tespit edilmiştir(439). Aynı ölçeğin kullanıldığı 2007 yılında yapılmış bir çalışmada DEHB grubunda ADÖ'nün tüm alt ölçeklerinde kontrol grubuna kıyasla bozulma olduğu belirtilmiştir(440). Bizim çalışmamızda da belirtilen bu çalışmalara benzer şekilde DEHB grubunda kontrol grubuna kıyasla ADÖ iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler alt ölçeklerinde bozulma saptanmıştır. Pek çok alt testteki bu bozulma DEHB'li bireylerin ailelerindeki yaygın işlevsel bozukluğu göstermektedir. Aile işlevselliğinin değerlendirildiği alt ölçeklerden biri olan iletişim alt başlığı, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişini, aile fertlerinin söylemek istedikleri şeyleri birbirlerini söyleyip söyleyemediğini ifade etmekte ve diğer alt ölçeklere de etki etmektedir. DEHB'li bireylerin zaman zaman söylenenleri dinlemiyormuş gibi görünmeleri, dikkatlerindeki dağınıklık nedeniyle ebeveynlerin iletişim kurmada yaşadıkları güçlükler, dürtüsel özellikler nedeniyle zihin süzgecinden geçirilmeden söylenmiş sözler iletişim alanındaki bozulmanın nedeni olabilir. ADÖ duygusal tepki verebilme alt boyutu olumlu (sevgi, şefkat vs.) ya da olumsuz (üzüntü, öfke vs.) duyguların aile içinde ifade edilmesini içerir. Çalışmalar göstermektedir ki DEHB'li bireyler empati yapmakta güçlük çekmektedirler(441,442). Söz konusu bu empati güçlüğü duyguların anlaşılmasını ve aile içinde ifadesini zorlaştırdığı için aile işlevselliğini olumsuz etkiliyor olabilir. ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği evdeki kurallara uymada güçlüğü ve başına buyruk olma durumunu temsil eden maddeler ile ifade edilmektedir. Hiperaktivitesi ve impulsivitesi olan DEHB'li bireyin bulunduğu ailede bu alanda güçlük olması şaşırtıcı görünmemektedir.

OSB'li çocukların bulunduğu ailelerin yaşamlarında pek çok zorlukla karşı karşıya kaldığı bilinen bir gerçektir. Otizmin karmaşık doğası ve öngörülemez oluşu aileleri psikososyal bir zorluk yaşatmaktadır (443). Ayrıca OSB'li bir çocuğa sahip olmak ailelerde mesleki ve maddi zorlukları da beraberinde getirmektedir (444). Birçok çalışma OSB'li bireylerin ebeveynlerinde, diğer ebeveynlere kıyasla depresyon, kaygı, stres düzeyi, somatik yakınma, tükenmişlik sıklığının fazla olduğunu ve aile uyumunun bozuk olduğunu göstermiştir (445,446). Tüm bunlar şüphesiz aile işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Pek çok çalışma OSB'li çocukların ebeveynlerinin, diğer özel gereksinimli çocukların ebeveynlerinden daha düşük aile

işlevselliği gösterdiğini vurgulamıştır (244,447). Bizim çalışmamızda da OSB grubunda aile işlevselliği kontrol grubuna kıyasla daha düşük saptanmıştır. Bu bulgu alanyazınla uyumlu görünmektedir (235,448). Sharpley ve ark. (449)'nın da belirtmiş olduğu gibi bu durum OSB'nin çoğunlukla kalıcı seyretmesine, OSB'li bireylerin davranışlarının toplum ve aile üyeleri tarafından kabul edilmekte zorlanılmasına, eğitsel ve sosyal destek yetersizliğine bağlı olarak aile işlevselliğini olumsuz etkiliyor olabilir. Ayrıca OSB'li bireylerin karşılanmayı bekleyen özel ihtiyaçları, ebeveynlerin diğer aile üyeleriyle ve birbirleriyle geçirdikleri verimli ve keyifli zamanın azalmasına sebep olarak aile işlevselliğini bozuyor olabilir.

Alanyazında özel gereksinimi olan çocukların bulunduğu ailelerdeki işlevselliğin karşılaştırıldığı çalışmalar da mevcuttur. OSB, Down sendromu ve tipik gelişim gösteren çocukların dahil edildiği bir çalışmada OSB grubunda ailenin adaptasyon yeteneği diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur (450). Benzer şekilde OSB'li çocukların ailelerinin zihinsel yetersizlik ve kronik fiziksel hastalık tanılı çocukların ailelerine kıyasla daha fazla ailesel stres yaşadıklarını belirtir çalışmalar bulunmaktadır (451,452). Bunun nedenleri arasında OSB'li çocukların davranış problemleri, ebeveynlere yaşam boyu bağımlı olacağı beklentisi ve aile yaşantısının daha fazla kesintiye uğraması gösterilmiştir (452). Otizmlili çocukların ailelerindeki stres düzeyi ve etkileri ile ZY ve tipik gelişim gösteren çocukların ailelerin stres düzeyinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada OSB'li bireylere bakım veren ebeveynlerin daha fazla stres deneyimledikleri vurgulanmıştır (245). Bizim çalışmamızda OSB, DEHB, ZY/GGG grupları arasında aile işlevselliği açısından anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Bunun nedeni örneklem sayımızın azlığı olabilir. Nörogelişimsel bozukluk tanılı çocukların ailelerindeki işlevsellik düzeyinin kıyaslandığı, daha büyük örneklem gruplu çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

OSB'li bir bireye bakım verirken yaşanan stres evlilikten alınan doyuma da etki etmektedir. Ailede özel gereksinimli bir çocuğun bulunmasının evlilik ilişkisi üzerine etkisi hakkında yapılan bazı çalışmalar boşanma oranlarının yüksek olduğunu belirtirmekte iken bazı çalışmalar bu bulguyu desteklememektedir (453,454). Eşlerin birbiriyle keyifli vakit geçirememesi, birbiriyle etkileşim içinde olamamaları ve

birincil doyum kaynağının evlilikten ziyade ebeveynlik haline gelmesi aileyi Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips'in belirttiği işlevsel aile tanımının dışına itmektedir (332). Bozulan ebeveyn ilişkisi penceresinden bakıldığında, aile işlevselliğindeki düşüşün boşanmaya zemin hazırlayabileceğini söylemek mümkün olabilir. Bizim çalışmamızda OSB grubundaki ebeveynlerin aile işlevselliğindeki düşüklük ile boşanma oranı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

OSB'li bireylerin ebeveynleri bakım verme sırasında pek çok zorlukla ve bakıcı yüküyle karşı karşıyadır. Bu durum ebeveynleri sosyal destek arayışına itmektedir (379–381). OSB'li çocukların ebeveynlerinin algıladıkları sosyal destek arttıkça uyum sağlama yeteneklerinin arttığı gösterilmiştir (380,383). Ekas ve ark. (384) 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada sosyal desteğin OSB'li ailelerin uyumunu arttırdığını belirtmiştir. Sawyer ve ark. (360)'nın yaptığı çalışmada annelerin sosyal destek aldıkça ebeveyn yüklerinin azaldığını böylece daha az zihinsel sağlık sorunlarıyla ve daha düşük ebeveynlik stresiyle karşılaştıklarına dikkat çekilmiştir. Sosyal destek düşüklüğü ile artan ebeveyn stresi arasındaki ilişkinin gösterildiği bu çalışmalar ışığında, sosyal destek alabilen ebeveynlerin daha yüksek aile işlevselliğine sahip olduğunu söylemek mümkün olabilir. Ayrıca ebeveyn stresi ile çocukların uyumsal işlevlerinin (adaptive functioning) negatif ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara da rastlamak mümkündür (455–457). Bizim çalışmamızda OSB grubunda aile işlevselliği ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Bu sonuç olgu gruplarımızın özelliği ve örneklem sayımızla ilişkili olabilir.

DEHB'si olan çocukların ebeveynleri, ebeveyn rollerinde sıklıkla önemli ölçüde artan stresle karşı karşıyadırlar. Bir gözden geçirme çalışması, DEHB'si olan çocukların ebeveynlerinin, tipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine göre daha fazla ebeveynlik stresi yaşadığını göstermiştir (458). Bu çalışmada bazı yazarlar dışsallaştırma davranışlarının ve davranış sorunlarının ebeveynlik stresini yordadığını bildirmişlerdir (458). DEHB; olumsuz ebeveyn-çocuk ilişkisi, tutarsız disiplin, tepkisel davranışların doğması, daha az etkili ebeveynlik stratejilerinin kullanılması gibi nedenlerle aile işlevselliğini bozucu etkiye sahip bir hastalıktır (459). Alanyazında DEHB'nin aile işlevselliğini bozucu bu etkilerinin ebeveynlerin algıladıkları sosyal

destekle olan ilişkisini doğrudan konu alan çalışmaya rastlanmamıştır. 2021 yılında yapılmış güncel bir çalışmada DEHB'li çocukların ebeveynlerinin stres düzeylerinin sosyal destekle azaldığı belirtilmiştir (460). Bu çalışmada sosyal desteğin olumlu ebeveynlik uygulamalarına katkıda bulunduğu, kötü evlilik ilişkilerinin ve ebeveynlik stresinin olumsuz ebeveynlik uygulamalarına katkıda bulunduğu gösterilmiştir (460).

Alanyazında OSB tanı grubunda sosyal destek ile aile işlevselliği ilişkisini inceleyen pek çok çalışma olmasına karşılık, ZY/GGG grubunda ebeveynlerin algıladığı sosyal destek ile aile işlevselliğini doğrudan inceleyen pek az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. 2014 yılında gelişimsel engelli (Down Sendromu, motor gelişimsel gerilik, sebebi bilinmeyen gelişimsel gerilik) çocukların 108 ebeveyniyle yapılan bir çalışmada sosyal destekteki memnuniyetsizliğin ebeveyn stresini yordadığı bulunmuştur (455). İrlanda, Ürdün ve Tayvan'da zihinsel yetersizliği olan çocukların anneleriyle yapılan kültürler arası bir çalışmada düşük sosyal destek aile işlevselliğindeki zayıflıkla ilişkili bulunmuştur (461). Zeka seviyesi düşük çocukların öz bakım ihtiyaçları gibi bir dizi temel etkinlikte ebeveynlerinin yardımına fazla ihtiyaç duymasının ebeveynlik stresinin artmasına ve ebeveynlerde psikolojik sıkıntılara yol açtığı da belirtilmiştir (462). Artan ebeveynlik stresinin ve ebeveynlerdeki ruhsal psikopatoloji varlığının aile işlevselliğini bozduğu bilinmektedir (354). Bizim çalışmamızda DEHB ve ZY/GGG grubunda ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek azaldıkça aile işlevselliğinin bozulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç alanyazını destekler niteliktedir (455,461). Özel gereksinimleri olan bir çocuğa bakım verme sırasında yaşanan psikososyal zorluklarla mücadele eden ebeveynler yeterince sosyal destek alamadıklarını düşünebilirler. Özşenol ve ark. (359)'nın da belirttiği gibi ebeveynin, çocuğunun engeli sebebiyle sosyal çevresi tarafından dışlanacağını düşünmesi algılanan sosyal desteği azaltarak aile işlevselliğini etkilemektedir. DEHB semptomlarının ebeveyn disiplinsizliği, uygunsuz ebeveyn tutumlarından kaynaklandığının düşünüldüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır (16). Bu durum DEHB'li bireyin ebeveyninin yalnızlaşmasına yol açabilir. Yalnızlaştıklarına ve yeterince destek göremediklerine inanan ebeveynler, bakım verme yükü altında eziliyor olabilir. Bakım yükünün de ebeveyn ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir (429). Sonuç olarak ruh sağlığı bozulmuş ebeveynlerin bulunduğu bir ailede tam işlevsellikten söz etmek güçtür. Bizim

çalışmamız da ebeveynlerin algıladığı sosyal destek düzeyi arttıkça aile işlevselliğinin artacağı görüşünü desteklemektedir. Nörogelişimsel bozukluk tanılı çocukların ebeveynlerinin algıladıkları sosyal destek düzeyi ve aile işlevselliğinin ilişkisinin doğrudan araştırıldığı daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Ebeveynlerin içselleştirilmiş damgalanma algısıyla yapılan çalışmalara bakıldığında içselleştirilmiş damgalanmanın bir takım duygusal ve davranışsal sonuçlar doğurduğu, ebeveynlerin kendileriyle ilgili olumsuz öz değerlendirmeye, öfke ve umutsuzluk gibi olumsuz duygulara sahip oldukları, damgalanmaya neden olan durumu gizleme eğiliminde oldukları ve kendilerini sosyal olarak geri çektikleri belirtilmiştir (296). İçselleştirilmiş damgalanma algısı yaşayan ebeveynlerin ruhsal sıkıntılarının arttığı ve bakım veren kişi ve sağlık profesyonelleriyle olan iletişiminin bozulduğu ortaya konulmuştur (12). Aynı zamanda damgalanma yaşayan ebeveynlerin daha fazla bakım yükü hissettikleri bilinmektedir (11). Bilindiği üzere işlevselliği yerinde, sağlıklı bir aile tanımı gereği aile içindeki üyeler birbirleriyle zaman geçirmekten keyif almakta, birbirlerini desteklemekte, birbirleriyle açık iletişim kurmakta, iş bitirici olmaktadır (332). Ayrıca ebeveynler evlilikten birinci derecede doyum alırken ebeveynlikten ikinci derecede doyum almakta, otorite ve aşırı kontrolden uzak şekilde davranmaktadırlar (332). Bilindiği kadarıyla alanyazında nörogelişimsel bozukluk tanılı çocukların ebeveynlerindeki içselleştirilmiş damgalanma algısı ile aile işlevselliği arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda aile işlevselliğinin değerlendirilmesi için kullanılan ADÖ'nün 7 alt boyutuna ait tanımlar ışığında (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösteribilme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar) işlevsel bir aile için bireylerin etkin sorun çözme becerilerine sahip olması, birbirleriyle açık ve karşılıklı iletişim kurabilmeleri, aile içindeki rollerin belirli ve sağlıklı dağılması, türlü uyaranlara karşı aile fertlerinin birbirlerine uygun duygusal tepkiyi verebilmeleri, birbirlerine ne çok az ne de çok fazla olmamak üzere dengeli şekilde gereken ilgiyi gösterebilmeleri, ve davranışlarını kontrol edebilmeleri gerekliliğinden söz edilebilir. Yukarıda belirtildiği üzerine damgalanma algısının ebeveynler üzerindeki olumsuz duygusal ve davranışsal çıktılarının aile işlevselliğini tüm alanlarda etkilemesi riski taşıdığını söylemek akla uygun olacaktır. Çalışmamızda ZY/GGG grubunda ADÖ problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme,

gereken ilgiyi gösterebilme, genel işlevler alt ölçeklerindeki ve ADÖ toplam puanındaki bozulma ve bunların damgalanma algısıyla arasındaki anlamlı pozitif ilişki bu mantıksal çıkarımı destekler niteliktedir. Çalışmamıza dahil edilen OSB ve DEHB grubunda aile işlevselliği ile damgalanma algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni örneklem büyüklüğümüzün kısıtlılığı olabilir ancak bu ilişkiyi inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

### **5.1 Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Çalışmamıza katılan olguların komorbid hastalıkları ayrıntısıyla ele alınmamış olup, komorbidite durumunun ebeveynlerin içselleştirilmiş damgalanma algısı, algıladıkları sosyal destek ve aile işlevselliği ile ilişkisine yer verilmemiştir. Çalışmamızdaki kontrol grubu sosyodemografik özellikler bakımından olgu gruplarıyla eşleştirilmemiştir. Çalışmamızda gönüllük esasına dayalı olarak, ölçekler anne ya da babalardan herhangi birine verilmiş olup, ebeveynler arasında ayırım yapılmamıştır. Ebeveynlerin her ikisinin de dahil olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamız ZY/GGG grubunda zihinsel yetersizliğin düzeyine göre (hafif-orta-ağır) sınıflandırma yapılmamıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda alanyazında oldukça az sayıda çalışmanın olduğu nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerindeki içselleştirilmiş damgalanma algısına, bu damgalanma algısının aile işlevselliği ve algılanan sosyal destekle ilişkisine değinilmiştir.

Çalışmamız DEHB, OSB, ZY/GGG tanılı olgular ve kontrol grubu olmak üzere 4 grup olarak tasarlanmıştır. Ebeveynlerin içselleştirilmiş damgalanma algısı gruplar arasında farklılık göstermiştir. OSB'li çocukların ebeveynlerinin diğer gruplara kıyasla daha fazla damgalanma algısı yaşadığı tespit edilmiştir. Nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin damgalanma algılarının kıyaslandığı daha geniş örneklemler, hastalıkların şiddetinin değerlendirildiği, komorbid tanıların gözetildiği, anne ve babanın ayrı ayrı ele alındığı çalışmalar yapılması alanyazına katkıda bulunacaktır.

Çalışmamız OSB grubunda özel eğitim alan olguların ebeveynlerinin daha fazla damgalanma algısı yaşadığı sonucuna varılmıştır. Bu konuda alanyazındaki çelişkili sonuçların aydınlatılabilmesi açısından özel eğitim alan olguların özel eğitim süresinin, özel eğitim merkezindeki koşullarının; özel eğitim almayan olguların ise özel eğitim alamama nedenlerinin değerlendirildiği daha geniş perspektiften bakmayı gerektiren multidisipliner çalışmalar yapılabilir.

Çalışmamızda OSB'li olguların akran ilişkisi sorunlarının ebeveynlerin ayrımcılık yaşadıkları ile ilgili algılarını beslediği görülmüştür. Çalışmamızdaki sorun davranışlar ebeveyn gözlemine dayanan ölçeklerle belirlenmiştir. Gelecek dönemde yapılan çalışmalar klinisyenin gözlemi/değerlendirmesi ve hastalığın belirti şiddetini değerlendiren ölçüm araçlarıyla desteklenebilir.

Çalışmamız ZY/GGG grubunda düşük gelir seviyesinin ebeveynlerdeki damgalanma algısını arttırdığını göstermektedir. Çalışmamızda gelir düzeyi asgari ücret altı ve üstü şeklinde kategorize edilmiştir. Gelecek dönemde damgalanmanın altında yatan nedenlerin tespiti amacıyla yürütülecek çalışmalarda ailelerin gelir düzeyinin kademeli olarak daha ayrıntılı kategorize edilmesi alanyazını zenginleştiren veriler sunabilir.

ZY/GGG grubunda düşük sosyal destek algısının ebeveynlerde damgalanma algısını arttırıcı etkisinin gösterildiği bu çalışma, damgalanmayla olan mücadelede sosyal destek sistemlerinin önemine dikkat çekmektedir. Çalışmamızın, tanı alan olguların ebeveynlerinin dahil edilebileceği profesyonel destek gruplarının oluşturulması yönündeki olası projelere ışık tutabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmamız ZY/GGG grubunda düşük aile işlevselliğinin, düşük sosyal desteğin ve çocukların yaşadıkları psikososyal sorunların ebeveynlerdeki damgalanma algısını arttırdığını göstermiştir. Aile işlevselliği- sosyal destek-damgalanma algısı arasındaki bu ilişkide tek yönlü bir sebep-sonuç ilişkisinden bahsetmek güçtür. Alanyazında bu üçlü ilişkinin dahil edildiği nörogelişimsel bozukluk tanıılı çocukları ve ailelerini kapsayan, geniş örneklemli, uzun soluklu çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda kontrol grubunun ebeveynleri ile nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynleri aile işlevselliği ve sosyal destek bakımından karşılaştırıldığında nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin sosyal destek algısının ve aile işlevselliğinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların ailelerinin riskli grup olarak mercek altına alınması gerektiğinin bir işareti olabilir. İleriki dönemde daha ayrıntılı sosyodemografik veriler ve daha büyük örneklem boyutu ile sosyal destek ve aile işlevselliğindeki bu düşüklüğe neden olabilecek faktörlerin genişletilmesine yönelik çalışmalar yapılabilir.

Çalışmamız DEHB grubunda yüksek gelir düzeyinin yüksek sosyal destek algısıyla , yüksek sosyal destek algısının da aile işlevselliğindeki yükseklikle ilişkisi tespit edilmiştir. Hastaların klinik takip ve tedavisi esnasında düşük gelir düzeyi olan ailelerin belirlenmesi ve desteklenmesi bu ailelere koruyucu ruh sağlığı hizmeti verebilme imkanı sağlayacaktır.

Çalışmamız OSB grubunda çocuklardaki psikososyal sorunların ebeveynlerindeki sosyal destek algısını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Hastalığın doğası gereği sosyal uygunsuz davranışların sergilendiği otizm, ebeveynleri uygun sosyal destekten mahrum bırakıyor olabilir. İlerleyen dönemlerde otizm belirti şiddeti

ile aile sosyal destek algısı arasındaki ilişkinin aydınlatılmasına yönelik yapılacak çalışmalar alanyazını zenginleştirerek, ebeveynlerin uygun sosyal destek programlarına yönlendirilebilmesi konusunda klinisyene ışık tutabilir. Böylece hekimin ebeveynlere koruyucu ruh sağlığı hizmeti sunabilmesi sağlanabilir.

Çalışmamızda OSB grubundaki ebeveynlerde boşanmanın aile işlevselliğini bozduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar kronik hastalıkların bakım sorumluluğunu üstelenen anne babaların eş ilişkilerinin araştırılıp zorlukların tespit edildiği, eşlerin psikososyal destek programlarına dahil edilerek boşanma oranlarının takip edildiği çalışmalar yapılabileceğini düşündürmektedir.

Tüm bu bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde nörogelişimsel bozukluk tanımlı çocukların ebeveynleri olası içselleştirilmiş damgalanma algısı açısından akılda tutulmalıdır. Aileler sosyal desteklerinin olup olmadığı konusunda değerlendirilmeli, sosyal desteğin damgalanma algısı üzerindeki koruyucu etkisi göz önünde bulundurularak özel gereksinimli çocukların ebeveynleri sosyal yönden desteklenmelidir. Gelir düzeyi düşüklüğü damgalanma algısını arttırdığından özel gereksinim sahibi çocukların bulunduğu aileler sosyoekonomik olarak desteklenmelidir. Psikososyal zorlukların ailede damgalanmayı öngördürmesi nedeniyle özel gereksinim sahibi bu çocukların sosyal, davranışsal, duygusal sorunları en etkin ve en kısa sürede tedavi edilmeye çalışılmalıdır. Nörogelişimsel bozukluk tanımlı çocuklar gerek farmakolojik gerek davranışsal olarak tedavi edilirken aileleri ile bir bütün olarak değerlendirilmeli, riskli aileler tespit edilerek destek gruplarına yönlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Touchstone; 1963. 172 s.
2. Gary FA. Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities. Issues Ment Health Nurs. Aralık 2005;26(10):979-99.
3. İzzettin B. Dünyada Tüberkülozun Tarihçesi. Turk Thorac J. 2002;3(3):338-40.
4. Manzo JF. On the sociology and social organization of stigma: Some ethnomethodological insights. Human Studies. 2004;27(4):401-16.
5. Bhanot D, Singh T, Verma SK, Sharad S. Stigma and Discrimination During COVID-19 Pandemic. Front Public Health. 2020;8:577018.
6. Lebel S, Devins GM. Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. 2008;
7. Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social stigma in diabetes. The Patient-Patient-Centered Outcomes Research. 2013;6(1):1-10.
8. MacLean L, Edwards N, Garrard M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. Obesity, stigma and public health planning. Health promotion international. 2009;24(1):88-93.
9. Angermeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry. 2003;48(10):663-8.
10. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand. Mart 2006;113(3):163-79.
11. Mak WW, Cheung RY. Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. Journal of applied research in intellectual disabilities. 2008;21(6):532-45.
12. Shi Y, Shao Y, Li H, Wang S, Ying J, Zhang M, vd. Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and

- meta-analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2019;26(1-2):49-61.
13. Liao X, Lei X, Li Y. Stigma among parents of children with autism: A literature review. *Asian Journal of Psychiatry*. 01 Ekim 2019;45:88-94.
  14. Gill J, Liamputtong P. Walk a mile in my shoes: Life as a mother of a child with Asperger's Syndrome. *Qualitative Social Work*. 2013;12(1):41-56.
  15. Mikami AY, Chong GK, Saporito JM, Na JJ. Implications of parental affiliate stigma in families of children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015;44(4):595-603.
  16. Olaniyan O, dosReis S, Garriett V, Mychailyszyn MP, Anixt J, Rowe PC, vd. Community perspectives of childhood behavioral problems and ADHD among African American parents. *Ambul Pediatr*. Haziran 2007;7(3):226-31.
  17. Recio P, Molero F, García-Ael C, Pérez-Garín D. Perceived discrimination and self-esteem among family caregivers of children with autism spectrum disorders (ASD) and children with intellectual disabilities (ID) in Spain: The mediational role of affiliate stigma and social support. *Res Dev Disabil*. Ekim 2020;105:103737.
  18. Hutton AM, Caron SL. Experiences of families with children with autism in rural New England. *Focus on autism and other developmental disabilities*. 2005;20(3):180-9.
  19. Gray DE. Coping with autism: Stresses and strategies. *Sociology of Health & Illness*. 1994;16(3):275-300.
  20. Özyurt G, Pekcanlar Akay A, Öztürk Y. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (dehb) tanısı olan olgularda aile işlevselliği ve anne anksiyetesinin kontrol grubu ile karşılaştırılması [Family functioning and maternal anxiety among cases diagnosed with adhd: a comparison study]. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*. 2015;3:162-72.

21. Kandemir H, Kılıç B, Ekinçi S, YÜCE M. An evaluation of the quality of life of children with ADHD and their families. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 10 Mart 2014;15:265-71.
22. Moen ØL, Hedelin B, Hall-Lord ML. Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scand J Public Health*. Şubat 2015;43(1):10-7.
23. American Psychiatric Association. DSM 5 diagnostic and statistical manual of mental disorders. İçinde: DSM 5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013. s. 947-p.
24. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*. 1943;2(3):217-50.
25. Asperger H, Frith UT. 'Autistic psychopathy' in childhood. 1991.
26. Ercan ES, Mukaddes NM. Nörogelişimsel Bozukluklar. 2018.
27. American Psychiatric Association. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III. The Association; 1980.
28. AC01696967 A. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. C. 2. World Health Organization; 1993.
29. Rice CE, Rosanoff M, Dawson G, Durkin MS, Croen LA, Singer A, vd. Evaluating Changes in the Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs). *Public Health Rev*. 29 Kasım 2012;34(2):17.
30. CDC. Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [a.yer 25 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
31. Oner O, Munir KM. Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised (MCHAT-R/F) in an Urban Metropolitan Sample of Young Children in Turkey. *J Autism Dev Disord*. 01 Eylül 2020;50(9):3312-9.
32. Troyb E, Knoch K, Barton M. Phenomenology of ASD: Definition, syndromes, and major features. *The neuropsychology of autism*. 2011;9-34.

33. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, vd. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Res.* Haziran 2012;5(3):160-79.
34. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, vd. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* Mayıs 2022;15(5):778-90.
35. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 01 Haziran 2017;56(6):466-74.
36. Lai MC, Lombardo MV, Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Ocak 2015;54(1):11-24.
37. Ferri SL, Abel T, Brodtkin ES. Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: a Review. *Curr Psychiatry Rep.* 05 Mart 2018;20(2):9.
38. Mitra I, Tsang K, Ladd-Acosta C, Croen LA, Aldinger KA, Hendren RL, vd. Pleiotropic mechanisms indicated for sex differences in autism. *PLoS Genetics.* 2016;12(11):e1006425.
39. McCarthy MM, Wright CL. Convergence of sex differences and the neuroimmune system in autism spectrum disorder. *Biological Psychiatry.* 2017;81(5):402-10.
40. Baron-Cohen S, Knickmeyer RC, Belmonte MK. Sex differences in the brain: implications for explaining autism. *Science.* 2005;310(5749):819-23.
41. Baron-Cohen S, Auyeung B, Nørgaard-Pedersen B, Hougaard DM, Abdallah MW, Melgaard L, vd. Elevated fetal steroidogenic activity in autism. *Molecular psychiatry.* 2015;20(3):369-76.
42. Veenstra-Vanderweele J, Cook Jr EH. Genetics of childhood disorders: XLVI. Autism, part 5: genetics of autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2003;42(1):116-8.

43. Rutter M, Bailey A, Simonoff E, Pickles E. Genetic influences in autism. Handbook of autism and pervasive developmental disorders (ed Cohen & Volkmar), 370-387. 1997
44. Bohm H, Stewart M, Healy A. On the autistic spectrum disorder concordance rates of twins and non-twin siblings. Medical hypotheses. 2013;81(5):789-91.
45. Muhle R, Trentacoste SV, Rapin I. The Genetics of Autism. Pediatrics. 01 Mayıs 2004;113(5):e472-86.
46. Schroer RJ, Phelan MC, Michaelis RC, Crawford EC, Skinner SA, Cuccaro M, vd. Autism and maternally derived aberrations of chromosome 15q. American Journal of Medical Genetics. 1998;76(4):327-36.
47. Bass MP, Menold MM, Wolpert CM, Donnelly SL, Ravan SA, Hauser ER, vd. Genetic studies in autistic disorder and chromosome 15. Neurogenetics. 01 Mart 2000;2(4):219-26.
48. Ma D, Salyakina D, Jaworski JM, Konidari I, Whitehead PL, Andersen AN, vd. A genome-wide association study of autism reveals a common novel risk locus at 5p14. 1. Annals of human genetics. 2009;73(3):263-73.
49. Ramaswami G, Geschwind DH. Genetics of autism spectrum disorder. Handb Clin Neurol. 2018;147:321-9.
50. Hebebrand J, Scherag A, Schimmelmann BG, Hinney A. Child and adolescent psychiatric genetics. Eur Child Adolesc Psychiatry. Mart 2010;19(3):259-79.
51. Morrow EM, Yoo SY, Flavell SW, Kim TK, Lin Y, Hill RS, vd. Identifying Autism Loci and Genes by Tracing Recent Shared Ancestry. Science. 11 Temmuz 2008;321(5886):218-23.
52. Tsai NP, Huber KM. Protocadherins and the social brain. Biol Psychiatry. 01 Şubat 2017;81(3):173-4.
53. Wang K, Zhang H, Ma D, Bucan M, Glessner JT, Abrahams BS, vd. Common genetic variants on 5p14.1 associate with autism spectrum disorders. Nature. 28 Mayıs 2009;459(7246):528-33.

54. Uchino S, Waga C. SHANK3 as an autism spectrum disorder-associated gene. *Brain and Development*. 01 Şubat 2013;35(2):106-10.
55. Freitag CM. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Molecular psychiatry*. 2007;12(1):2-22.
56. Kemper TL, Bauman M. Neuropathology of infantile autism. *J Neuropathol Exp Neurol*. Temmuz 1998;57(7):645-52.
57. Bailey A, Luthert P, Dean A, Harding B, Janota I, Montgomery M, vd. A clinicopathological study of autism. *Brain*. Mayıs 1998;121 ( Pt 5):889-905.
58. Courchesne E, Webb SJ, Schumann C. From Toddlers to Adults: The Changing Landscape of the Brain in Autism. *İçinde: Autism Spectrum Disorders*. 2011. s. 611-31.
59. Foster NE, Doyle-Thomas KA, Tryfon A, Ouimet T, Anagnostou E, Evans AC, vd. Structural gray matter differences during childhood development in autism spectrum disorder: a multimetric approach. *Pediatric neurology*. 2015;53(4):350-9.
60. Courchesne E. Abnormal early brain development in autism. *Molecular psychiatry*. 2002;7(2):S21-3.
61. Hashimoto T, Tayama M, Murakawa K, Yoshimoto T, Miyazaki M, Harada M, vd. Development of the brainstem and cerebellum in autistic patients. *Journal of autism and developmental disorders*. 1995;25(1):1-18.
62. Fatemi SH, Aldinger KA, Ashwood P, Bauman ML, Blaha CD, Blatt GJ, vd. Consensus Paper: Pathological Role of the Cerebellum in Autism. *Cerebellum*. Eylül 2012;11(3):777-807.
63. Casanova MF, van Kooten IA, Switala AE, van Engeland H, Heinsen H, Steinbusch HW, vd. Minicolumnar abnormalities in autism. *Acta neuropathologica*. 2006;112(3):287-303.
64. Kana RK, Libero LE, Moore MS. Disrupted cortical connectivity theory as an explanatory model for autism spectrum disorders. *Physics of life reviews*. 2011;8(4):410-37.

65. Rubenstein JLR, Merzenich MM. Model of autism: increased ratio of excitation/inhibition in key neural systems. *Genes, Brain and Behavior*. 2003;2(5):255-67.
66. Yip J, Soghomonian JJ, Blatt GJ. Decreased GAD67 mRNA levels in cerebellar Purkinje cells in autism: pathophysiological implications. *Acta neuropathologica*. 2007;113(5):559-68.
67. Fatemi SH, Halt AR, Strydom JM, Kanodia R, Schulz SC, Realmuto GR. Glutamic acid decarboxylase 65 and 67 kDa proteins are reduced in autistic parietal and cerebellar cortices. *Biological psychiatry*. 2002;52(8):805-10.
68. Burnashev N, Szepietowski P. NMDA receptor subunit mutations in neurodevelopmental disorders. *Current Opinion in Pharmacology*. 01 Şubat 2015;20:73-82.
69. Jamain S, Betancur C, Quach H, Philippe A, Fellous M, Giros B, vd. Linkage and association of the glutamate receptor 6 gene with autism. *Molecular psychiatry*. 2002;7(3):302-10.
70. Yang Y, Pan C. Role of metabotropic glutamate receptor 7 in autism spectrum disorders: a pilot study. *Life sciences*. 2013;92(2):149-53.
71. Shinohe A, Hashimoto K, Nakamura K, Tsujii M, Iwata Y, Tsuchiya KJ, vd. Increased serum levels of glutamate in adult patients with autism. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006;30(8):1472-7.
72. Aldred S, Moore KM, Fitzgerald M, Waring RH. Plasma amino acid levels in children with autism and their families. *Journal of autism and developmental disorders*. 2003;33(1):93-7.
73. Polleux F, Lauder JM. Toward a developmental neurobiology of autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2004;10(4):303-17.
74. Harada M, Taki MM, Nose A, Kubo H, Mori K, Nishitani H, vd. Non-invasive evaluation of the GABAergic/glutamatergic system in autistic patients observed

- by MEGA-editing proton MR spectroscopy using a clinical 3 tesla instrument. *Journal of autism and developmental disorders*. 2011;41(4):447-54.
75. Lam KS, Aman MG, Arnold LE. Neurochemical correlates of autistic disorder: a review of the literature. *Research in developmental disabilities*. 2006;27(3):254-89.
  76. Schain RJ, Freedman DX. Studies on 5-hydroxyindole metabolism in autistic and other mentally retarded children. *The Journal of pediatrics*. 1961;58(3):315-20.
  77. Gabriele S, Sacco R, Persico AM. Blood serotonin levels in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*. 2014;24(6):919-29.
  78. Kaluzna-Czaplinska J, Socha E, Rynkowski J. Determination of homovanillic acid and vanillylmandelic acid in urine of autistic children by gas chromatography/mass spectrometry. *Medical Science Monitor*. 2010;16(9):CR445-50.
  79. Nakamura K, Sekine Y, Ouchi Y, Tsujii M, Yoshikawa E, Futatsubashi M, vd. Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(1):59-68.
  80. Croen LA, Goines P, Braunschweig D, Yolken R, Yoshida CK, Grether JK, vd. Brain-derived neurotrophic factor and autism: Maternal and infant peripheral blood levels in the early markers for autism (EMA) study. *Autism Research*. 2008;1(2):130-7.
  81. Gillberg C, Heijbel H. MMR and autism. *Autism*. 1998;2(4):423-4.
  82. Taylor B, Miller E, Farrington Cp, Petropoulos MC, Favot-Mayaud I, Li J, vd. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *The Lancet*. 1999;353(9169):2026-9.
  83. Farrington CP, Miller E, Taylor B. MMR and autism: further evidence against a causal association. *Vaccine*. 2001;19(27):3632-5.

84. Smeeth L, Cook C, Fombonne E, Heavey L, Rodrigues LC, Smith PG, vd. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. *The Lancet*. 2004;364(9438):963-9.
85. Peltola H, Patja A, Leinikki P, Valle M, Davidkin I, Paunio M. No evidence for measles, mumps, and rubella vaccine-associated inflammatory bowel disease or autism in a 14-year prospective study. *The Lancet*. 1998;351(9112):1327-8.
86. Dales L, Hammer SJ, Smith NJ. Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California. *Jama*. 2001;285(9):1183-5.
87. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt J, Thorsen P, vd. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(19):1477-82.
88. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, Hultman C, Surén P, Susser E, vd. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Mol Psychiatry*. May 2016;21(5):693-700.
89. Quinlan CA, McVeigh KH, Driver CR, Govind P, Karpati A. Parental age and autism spectrum disorders among new york city children 0–36 months of age. *Maternal and child health journal*. 2015;19(8):1783-90.
90. Frans EM, Sandin S, Reichenberg A, Långström N, Lichtenstein P, McGrath JJ, vd. Autism risk across generations: a population-based study of advancing grandpaternal and paternal age. *JAMA psychiatry*. 2013;70(5):516-21.
91. Gidaya NB, Lee BK, Burstyn I, Yudell M, Mortensen EL, Newschaffer CJ. In utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and risk for autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2014;44(10):2558-67.
92. Liew Z, Ritz B, Virk J, Olsen J. Maternal use of acetaminophen during pregnancy and risk of autism spectrum disorders in childhood: AD anish national birth cohort study. *Autism Research*. 2016;9(9):951-8.

93. Christensen J, Grønberg TK, Sørensen MJ, Schendel D, Parner ET, Pedersen LH, vd. Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *Jama*. 2013;309(16):1696-703.
94. Strömmland K, Nordin V, Miller M, Akerström B, Gillberg C. Autism in Thalidomide Embryopathy: A Population Study. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1994;36(4):351-6.
95. Ornoy A, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Genetic syndromes, maternal diseases and antenatal factors associated with autism spectrum disorders (ASD). *Frontiers in neuroscience*. 2016;10:316.
96. Guinchat V, Thorsen P, Laurent C, Cans C, Bodeau N, Cohen D. Pre-, peri-and neonatal risk factors for autism. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2012;91(3):287-300.
97. Hertz-Picciotto I, Korrick SA, Ladd-Acosta C, Karagas MR, Lyall K, Schmidt RJ, vd. Maternal tobacco smoking and offspring autism spectrum disorder or traits in ECHO cohorts. *Autism Research*. 2022;15(3):551-69.
98. Kalkbrenner AE, Schmidt RJ, Penlesky AC. Environmental Chemical Exposures and Autism Spectrum Disorders: A Review of the Epidemiological Evidence. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 01 Kasım 2014;44(10):277-318.
99. Bopp KD, Mirenda P, Zumbo BD. Behavior Predictors of Language Development Over 2 Years in Children With Autism Spectrum Disorders [Internet]. *ASHA Wire*. American Speech-Language-Hearing Association; 2018 [a.yer 30 Temmuz 2022]. Erişim adresi: <https://pubs.asha.org/doi/epdf/10.1044/1092-4388%282009/07-0262%29>
100. Fein D, Helt M, Brennan L, Barton M. *The Activity Kit for Babies and Toddlers at Risk: How to Use Everyday Routines to Build Social and Communication Skills*. 2016.
101. Hoshino Y, Kumashiro H, Yashima Y, Tachibana R, Watanabe M, Furukawa H. Early symptoms of autistic children and its diagnostic significance. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1982;36(4):367-74.

102. De-la-Iglesia M, Olivar JS. Risk factors for depression in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *The Scientific World Journal*. 2015;2015.
103. Waterhouse L, Morris R, Allen D, Dunn M, Fein D, Feinstein C, vd. Diagnosis and classification in autism. *J Autism Dev Disord*. 01 Şubat 1996;26(1):59-86.
104. Mukaddes NM. Otizm Spektrum Bozuklukları. 2013.
105. Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA, vd. Ritual, habit, and perfectionism: The prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child development*. 1997;58-68.
106. Leekam SR, Prior MR, Uljarevic M. Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorders: A review of research in the last decade. *Psychological Bulletin*. 2011;137(4):562-93.
107. Mahone EM, Bridges D, Prahme C, Singer HS. Repetitive arm and hand movements (complex motor stereotypies) in children. *The Journal of pediatrics*. 2004;145(3):391-5.
108. Bodfish JW, Symons FJ, Parker DE, Lewis MH. Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of autism and developmental disorders*. 2000;30(3):237-43.
109. Baron-Cohen S. Autism: the empathizing–systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1156(1):68-80.
110. Baranek GT, Watson LR, Boyd BA, Poe MD, David FJ, McGuire L. Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in children with autism, children with developmental delays, and typically developing children. *Development and psychopathology*. 2013;25(2):307-20.
111. Miller LJ, Anzalone ME, Lane SJ, Cermak SA, Osten ET. Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2007;61(2):135.

112. Hazen EP, Stornelli JL, O'Rourke JA, Koesterer K, McDougle CJ. Sensory symptoms in autism spectrum disorders. *Harv Rev Psychiatry*. Nisan 2014;22(2):112-24.
113. Zobel-Lachiusa J, Andrianopoulos MV, Mailloux Z, Cermak SA. Sensory differences and mealtime behavior in children with autism. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2015;69(5):6905185050p1-8.
114. Mandy W, Chilvers R, Chowdhury U, Salter G, Seigal A, Skuse D. Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*. 2012;42(7):1304-13.
115. Young H, Oreve MJ, Speranza M. Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de Pédiatrie*. 2018;25(6):399-403.
116. Magiati I, Tay XW, Howlin P. Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical psychology review*. 2014;34(1):73-86.
117. Steinhausen H, Mohr Jensen C, Lauritsen M. A systematic review and meta-analysis of the long-term overall outcome of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016;133(6):445-52.
118. Zappella M. Autistic regression with and without EEG abnormalities followed by favourable outcome. *Brain and Development*. 2010;32(9):739-45.
119. Mukaddes NM, Mutluer T, Ayik B, Umut A. What happens to children who move off the autism spectrum? Clinical follow-up study. *Pediatrics International*. 2017;59(4):416-21.
120. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*. 2001;6(2):66-73.

121. Taylor E. Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. 01 Haziran 2011;3(2):69-75.
122. American Psychiatric Associations, Committee on Nomenclature and Statistics. *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1968.
123. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* [Internet]. 4. bs. C. 1. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000 [a.yer 04 Ağustos 2022].  
Erişim adresi:  
<http://www.psychiatryonline.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1>
124. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):386-92.
125. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9.
126. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, vd. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2013;7(1):1-10.
127. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*. 2006;36(2):159-65.
128. Dakwar E, Levin FR, Olfson M, Wang S, Kerridge B, Blanco C. First treatment contact for ADHD: predictors of and gender differences in treatment seeking. *Psychiatric Services*. 2014;65(12):1465-73.
129. Kok FM, Groen Y, Fuermaier AB, Tucha O. Problematic peer functioning in girls with ADHD: A systematic literature review. *PloS one*. 2016;11(11):e0165119.
130. Quinn PO, Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *The primary care companion for CNS disorders*. 2014;16(3):27250.

131. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Temmuz 1990;29(4):546-57.
132. Coghill D, Banaschewski T. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert review of neurotherapeutics*. 2009;9(10):1547-65.
133. Schachar R. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Recent updates and future prospects. *Current developmental disorders reports*. 2014;1(1):41-9.
134. Akutagava-Martins GC, Salatino-Oliveira A, Kieling CC, Rohde LA, Hutz MH. Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: current findings and future directions. *Expert review of neurotherapeutics*. 2013;13(4):435-45.
135. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, vd. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
136. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*. 2009;126(1):51-90.
137. Li Z, Chang S hua, Zhang L yan, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: A review. *Psychiatry Research*. 30 Eylül 2014;219(1):10-24.
138. Valera EM, Faraone SV, Murray KE, Seidman LJ. Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2007;61(12):1361-9.
139. Ellison-Wright I, Ellison-Wright Z, Bullmore E. Structural brain change in attention deficit hyperactivity disorder identified by meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):1-8.
140. 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. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(11):1154-63.

141. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(2):114-26.
142. Norman LJ, Carlisi C, Lukito S, Hart H, Mataix-Cols D, Radua J, vd. Structural and functional brain abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder: a comparative meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2016;73(8):815-25.
143. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, vd. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*. 2002;288(14):1740-8.
144. Greven CU, Bralten J, Mennes M, O'Dwyer L, van Hulzen KJ, Rommelse N, vd. 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):490-9.
145. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LS, vd. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):310-9.
146. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. Istanbul; 2012.
147. Posner J, Park C, Wang Z. Connecting the dots: a review of resting connectivity MRI studies in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychol Rev*. Mart 2014;24(1):3-15.
148. Rubia K, Alegria A, Brinson H. Imaging the ADHD brain: disorder-specificity, medication effects and clinical translation. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 01 Mayıs 2014;14(5):519-38.
149. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JW. Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder: current perspectives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mart 1996;35(3):264-72.

150. Pliszka SR. The Neuropsychopharmacology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. 01 Haziran 2005;57(11):1385-90.
151. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*. Eylül 2007;96(9):1269-74.
152. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics*. Nisan 2004;113(4 Suppl):1007-15.
153. Elgen I, Bruaroy S, Laegreid LM. Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. *Acta Paediatrica*. 2007;96(12):1730-3.
154. Eskenazi B, Castorina R. Association of prenatal maternal or postnatal child environmental tobacco smoke exposure and neurodevelopmental and behavioral problems in children. *Environmental health perspectives*. 1999;107(12):991-1000.
155. Williams JHG, Ross L. Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Haziran 2007;16(4):243-53.
156. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 01 Haziran 2005;57(11):1215-20.
157. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. Şubat 2008;121(2):e358-365.
158. Mimouni-Bloch A, Kachevanskaya A, Mimouni FB, Shuper A, Raveh E, Linder N. Breastfeeding may protect from developing attention-deficit/hyperactivity disorder. *Breastfeed Med*. Ağustos 2013;8(4):363-7.
159. Kadziela-Olech H, Piotrowska-Jastrzebska J. The duration of breastfeeding and attention deficit hyperactivity disorder. *Rocz Akad Med Białymst*. 2005;50:302-6.
160. Kim JH, Kim JY, Lee J, Jeong GH, Lee E, Lee S, vd. Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 01 Kasım 2020;7(11):955-70.

161. Böhm S, Curran EA, Kenny LC, O’Keeffe GW, Murray D, Khashan AS. The Effect of Hypertensive Disorders of Pregnancy on the Risk of ADHD in the Offspring. *J Atten Disord*. Mayıs 2019;23(7):692-701.
162. Rees S, Harding R. Brain development during fetal life: influences of the intra-uterine environment. *Neurosci Lett*. 06 Mayıs 2004;361(1-3):111-4.
163. Rätsep MT, Paolozza A, Hickman AF, Maser B, Kay VR, Mohammad S, vd. Brain Structural and Vascular Anatomy Is Altered in Offspring of Pre-Eclamptic Pregnancies: A Pilot Study. *AJNR Am J Neuroradiol*. Mayıs 2016;37(5):939-45.
164. Wilms Floet AM, Scheiner C, Grossman L. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics In Review*. 01 Şubat 2010;31(2):56-69.
165. Ghuman JK, Arnold LE, Anthony BJ. Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: current evidence and practice. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. Ekim 2008;18(5):413-47.
166. Ghuman JK, Ghuman HS. Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers. *Pediatric Drugs*. 2013;15(1):1-8.
167. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M. Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Dev Psychopathol*. 2000;12(3):467-88.
168. Barkley RA, Cunningham CE, Gordon M, Faraone SV, Lewandowski L, Murphy KR. ADHD symptoms vs. impairment: revisited. *The ADHD Report: Special Issue—Focus on Assessment*. 2006;14(2):1-9.
169. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar Güncellenmiş 2. Baskı. 2019.
170. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, vd. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ağustos 1999;38(8):966-75.

171. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 01 Mart 2010;2(1):75-116.
172. Pekcanlar Akay A, Ercan ES, Perçinel İ. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2. bs. Çankaya/ Ankara: HYB Basım Yayın; 2016. 697 s.
173. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young Adult Outcome of Hyperactive Children: Adaptive Functioning in Major Life Activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 01 Şubat 2006;45(2):192-202.
174. Chronis-Tuscano A, Molina BS, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, vd. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(10):1044-51.
175. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, Van Den Bree M, Harold G, vd. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;196(3):235-40.
176. Gallo EF, Posner J. Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*. Haziran 2016;3(6):555-67.
177. Biederman J, Faraone S, Monuteaux M, Bober M, Cadogan E. Gender effects on Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological psychiatry*. 01 Mayıs 2004;55:692-700.
178. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MAR, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, vd. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry*. Aralık 2012;69(12):1295-303.
179. Pelham WE, Foster EM, Robb JA. The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Pediatr Psychol*. Temmuz 2007;32(6):711-27.

180. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E. Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry*. Ağustos 2005;62(8):896-902.
181. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marrs A, vd. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mart 1996;35(3):343-51.
182. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. Mayıs 2000;157(5):816-8.
183. Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. 2008.
184. Zhu JL, Olsen J, Liew Z, Li J, Niclasen J, Obel C. Parental smoking during pregnancy and ADHD in children: the Danish national birth cohort. *Pediatrics*. 2014;134(2):e382-8.
185. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, vd. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48(5):484-500.
186. Mannuzza S, Klein RG, Truong NL, Moulton III PD John L, Roizen ER, Howell KH, vd. Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(5):604-9.
187. McCracken JT, Smalley SL, McGough JJ, Crawford L, Del'Homme M, Cantor RM, vd. Evidence for linkage of a tandem duplication polymorphism upstream of the dopamine D4 receptor gene (DRD4) with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Mol Psychiatry*. Eylül 2000;5(5):531-6.
188. Stein MA. Impairment Associated with Adult ADHD. *CNS Spectrums*. Ağustos 2008;13(S12):9-11.

189. Marrus N, Hall L. Intellectual Disability and Language Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. Temmuz 2017;26(3):539-54.
190. Vasudevan P, Suri M. A clinical approach to developmental delay and intellectual disability. *Clin Med (Lond)*. Aralık 2017;17(6):558-61.
191. Moeschler JB, Shevell M, Committee on Genetics. Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *Pediatrics*. Eylül 2014;134(3):e903-918.
192. Purugganan O. Intellectual Disabilities. *Pediatr Rev*. Haziran 2018;39(6):299-309.
193. Leonard H, Wen X. The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2002;8(3):117-34.
194. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil*. Nisan 2011;32(2):419-36.
195. Battaglia A, Bianchini E, Carey JC. Diagnostic yield of the comprehensive assessment of developmental delay/mental retardation in an institute of child neuropsychiatry. *American journal of medical genetics*. 1999;82(1):60-6.
196. Määttä T, Tervo-Määttä T, Taanila A, Kaski M, Iivanainen M. Mental health, behaviour and intellectual abilities of people with Down syndrome. *Down syndrome research and practice*. 2006;11(1):37-43.
197. Reiss AL, Hall SS. Fragile X syndrome: assessment and treatment implications. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2007;16(3):663-75.
198. Jauregi J, Arias C, Vegas O, Alén F, Martinez S, Copet P, vd. A neuropsychological assessment of frontal cognitive functions in Prader–Willi syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2007;51(5):350-65.
199. Weaving L, Ellaway C, Gecz J, Christodoulou J. Rett syndrome: clinical review and genetic update. *Journal of medical genetics*. 2005;42(1):1-7.

200. Mouridsen SE, Sørensen S. Psychological aspects of von Recklinghausen neurofibromatosis (NF1). *Journal of medical genetics*. 1995;32(12):921-4.
201. Raznahan A, Higgins NP, Griffiths PD, Humphrey A, Yates JR, Bolton PF. Biological markers of intellectual disability in tuberous sclerosis. *Psychological medicine*. 2007;37(9):1293-304.
202. Feanny S, Chuang S, Becker L, Clarke J. Intracerebral paraventricular hyperdensities: a new CT sign in Krabbe globoid cell leukodystrophy. *Journal of inherited metabolic disease*. 1987;10(1):24-7.
203. Kalkanoğlu HS, Ahring KK, Sertkaya D, Birk Møller L, Romstad A, Mikkelsen I, vd. Behavioural effects of phenylalanine-free amino acid tablet supplementation in intellectually disabled adults with untreated phenylketonuria. *Acta Paediatrica*. 2005;94(9):1218-22.
204. Welling L, Waisbren SE, Antshel KM, Colhoun HO, Gautschi M, Grünewald S, vd. Systematic Review and Meta-analysis of Intelligence Quotient in Early-Treated Individuals with Classical Galactosemia. İçinde: Morava E, Baumgartner M, Patterson M, Rahman S, Zschocke J, Peters V, editörler. *JIMD Reports*, Volume 37 [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017 [a.yer 14 Ağustos 2022]. s. 115-23. (JIMD Reports). Erişim adresi: [https://doi.org/10.1007/8904\\_2017\\_22](https://doi.org/10.1007/8904_2017_22)
205. Vallance H, Morris TJ, Coulter-Mackie M, Lim-Steele J, Kaback M. Common HEXB polymorphisms reduce serum HexA and HexB enzymatic activities, potentially masking Tay-Sachs disease carrier identification. *Molecular genetics and metabolism*. 2006;87(2):122-7.
206. Büyükgebiz A. Congenital hypothyroidism clinical aspects and late consequences. *Pediatric endocrinology reviews: PER*. 2003;1:185-90.
207. Téllez-Rojo MM, Bellinger DC, Arroyo-Quiroz C, Lamadrid-Figueroa H, Mercado-Garcia A, Schnaas-Arrieta L, vd. Longitudinal associations between blood lead concentrations lower than 10 µg/dL and neurobehavioral development in environmentally exposed children in Mexico City. *Pediatrics*. 2006;118(2):e323-30.

208. Kodituwakku PW. Defining the behavioral phenotype in children with fetal alcohol spectrum disorders: a review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2007;31(2):192-201.
209. Morrow CE, Culbertson JL, Accornero VH, Xue L, Anthony JC, Bandstra ES. Learning disabilities and intellectual functioning in school-aged children with prenatal cocaine exposure. *Developmental neuropsychology*. 2006;30(3):905-31.
210. Kiani R, Miller H. Sensory impairment and intellectual disability. *Advances in Psychiatric Treatment*. Mayıs 2010;16(3):228-35.
211. Sharif M, Ziaei H, Daryani A, Ajami A. Seroepidemiological study of toxoplasmosis in intellectual disability children in rehabilitation centers of northern Iran. *Research in developmental disabilities*. 2007;28(3):219-24.
212. Katz G, Lazcano-Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Publica Mex*. 2008;50 Suppl 2:s132-141.
213. Leonard H, de Klerk N, Bourke J, Bower C. Maternal health in pregnancy and intellectual disability in the offspring: a population-based study. *Ann Epidemiol*. Haziran 2006;16(6):448-54.
214. Falcão AS, Silva RFM, Fernandes A, Brito MA, Brites D. Influence of hypoxia and ischemia preconditioning on bilirubin damage to astrocytes. *Brain Research*. 14 Mayıs 2007;1149:191-9.
215. Noyola DE, Demmler GJ, Nelson CT, Griesser C, Williamson WD, Atkins JT, vd. Early predictors of neurodevelopmental outcome in symptomatic congenital cytomegalovirus infection. *The Journal of Pediatrics*. 01 Mart 2001;138(3):325-31.
216. Leonard H, Petterson B, De Klerk N, Zubrick SR, Glasson E, Sanders R, vd. Association of sociodemographic characteristics of children with intellectual disability in Western Australia. *Social Science & Medicine*. 01 Nisan 2005;60(7):1499-513.

217. Blair C, Scott KG. Proportion of LD placements associated with low socioeconomic status: Evidence for a gradient? *The Journal of Special Education*. 2002;36(1):14-22.
218. Huang J, Zhu T, Qu Y, Mu D. Prenatal, Perinatal and Neonatal Risk Factors for Intellectual Disability: A Systemic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153655.
219. Oommen A. Factors influencing intelligence quotient. *Journal of Neurology and Stroke*. 2014;1(4):1-5.
220. Mackintosh N. IQ and human intelligence. Oxford University Press; 2011.
221. Weinberg RA. Intelligence and IQ: Landmark issues and great debates. *American psychologist*. 1989;44(2):98.
222. Patel DR, Greydanus DE, Calles Jr JL, Pratt HD. Developmental disabilities across the lifespan. *Disease-a-month*. 2010;56(6):305-97.
223. Majnemer A. Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Semin Pediatr Neurol*. Mart 1998;5(1):62-9.
224. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. Temmuz 1998;173:11-53.
225. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Eylül 2012;15(3):247-77.
226. Shattuck PT, Seltzer MM, Greenberg JS, Orsmond GI, Bolt D, Kring S, vd. Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescents and adults with an autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. Ekim 2007;37(9):1735-47.
227. Gau SSF, Chou MC, Chiang HL, Lee JC, Wong CC, Chou WJ, vd. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 01 Ocak 2012;6(1):263-70.

228. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Pettee Y, Hong J. Life course impacts of parenting a child with a disability. *Am J Ment Retard.* Mayıs 2001;106(3):265-86.
229. Rogge N, Janssen J. The Economic Costs of Autism Spectrum Disorder: A Literature Review. *J Autism Dev Disord.* Temmuz 2019;49(7):2873-900.
230. Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Matson J. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in the Netherlands. *Research in developmental disabilities.* 2012;33(6):1763-72.
231. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review.* 01 Mayıs 2005;25(3):341-63.
232. Davis NO, Carter AS. Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics. *J Autism Dev Disord.* 01 Ağustos 2008;38(7):1278-91.
233. Duarte CS, Bordin IA, Yazigi L, Mooney J. Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism.* 01 Ekim 2005;9(4):416-27.
234. Hoffman CD, Sweeney DP, Hodge D, Lopez-Wagner MC, Looney L. Parenting Stress and Closeness: Mothers of Typically Developing Children and Mothers of Children With Autism. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 01 Eylül 2009;24(3):178-87.
235. Rao PA, Beidel DC. The Impact of Children with High-Functioning Autism on Parental Stress, Sibling Adjustment, and Family Functioning. *Behav Modif.* 01 Temmuz 2009;33(4):437-51.
236. Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou XH, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism.* Temmuz 2009;13(4):375-87.
237. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics.* Şubat 2007;119 Suppl 1:S114-121.

238. Schieve LA, Boulet SL, Kogan MD, Yeargin-Allsopp M, Boyle CA, Visser SN, vd. Parenting aggravation and autism spectrum disorders: 2007 National Survey of Children's Health. *Disabil Health J*. Temmuz 2011;4(3):143-52.
239. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*. 27 Nisan 2007;5(1):22.
240. Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, vd. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics*. Mayıs 2008;121(5):e1357-1362.
241. Hastings RP, Brown T. Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *Am J Ment Retard*. Mayıs 2002;107(3):222-32.
242. Herring S, Gray K, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, Einfeld S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *J Intellect Disabil Res*. Aralık 2006;50(Pt 12):874-82.
243. Lin LY. Factors associated with caregiving burden and maternal pessimism in mothers of adolescents with an autism spectrum disorder in Taiwan. *Occup Ther Int*. Haziran 2011;18(2):96-105.
244. Abbeduto L, Seltzer MM, Shattuck P, Krauss MW, Orsmond G, Murphy MM. Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down syndrome, or fragile X syndrome. *Am J Ment Retard*. Mayıs 2004;109(3):237-54.
245. Weiss MJ. Harddiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*. Mart 2002;6(1):115-30.
246. Smith LE, Hong J, Seltzer MM, Greenberg JS, Almeida DM, Bishop SL. Daily Experiences Among Mothers of Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 01 Şubat 2010;40(2):167-78.

247. Allik H, Larsson JO, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes*. 04 Ocak 2006;4(1):1.
248. Luijkx J, van der Putten A a. J, Vlaskamp C. Time use of parents raising children with severe or profound intellectual and multiple disabilities. *Child Care Health Dev*. Temmuz 2017;43(4):518-26.
249. Thompson R, Kerr M, Glynn M, Linehan C. Caring for a family member with intellectual disability and epilepsy: practical, social and emotional perspectives. *Seizure*. Kasım 2014;23(10):856-63.
250. Spindler UP, Hotopp LC, Bach VA, Hornemann F, Syrbe S, Andreas A, vd. Seizure disorders and developmental disorders: impact on life of affected families-a structured interview. *Eur J Pediatr*. Ağustos 2017;176(8):1121-9.
251. Doran CM, Einfeld SL, Madden RH, Otim M, Horstead SK, Ellis LA, vd. How much does intellectual disability really cost? First estimates for Australia. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2012;37(1):42-9.
252. Kuhlthau KA, Perrin JM. Child health status and parental employment. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2001;155(12):1346-50.
253. Polder J, Meerding WJ, Bonneux L, Maas P van der. Healthcare costs of intellectual disability in the Netherlands: a cost-of-illness perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2002;46(2):168-78.
254. Buescher AV, Cidav Z, Knapp M, Mandell DS. Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA pediatrics*. 2014;168(8):721-8.
255. Gallagher S, Phillips AC, Oliver C, Carroll D. Predictors of psychological morbidity in parents of children with intellectual disabilities. *J Pediatr Psychol*. Aralık 2008;33(10):1129-36.
256. Baker BL, McIntyre LL, Blacher J, Crnic K, Edelbrock C, Low C. Pre-school children with and without developmental delay: Behaviour problems and

- parenting stress over time. *Journal of Mental Deficiency Research*. Mayıs 2003;47(4-5):217-30.
257. Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *J Intellect Disabil Res*. Haziran 2003;47(Pt 4-5):385-99.
  258. Badu E. Experiences of parents of children with intellectual disabilities in the Ashanti Region of Ghana. *Journal of Social Inclusion*. 2016;7(1).
  259. Kimura M, Yamazaki Y. The Lived Experience of Mothers of Multiple Children With Intellectual Disabilities. *Qual Health Res*. 01 Ekim 2013;23(10):1307-19.
  260. Oti-Boadi M. Exploring the lived experiences of mothers of children with intellectual disability in Ghana. *Sage Open*. 2017;7(4):2158244017745578.
  261. Bailey Jr DB, Skinner D, Correa V, Arcia E, Reyes-Blanes ME, Rodriguez P, vd. Needs and supports reported by Latino families of young children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*. 1999;104(5):437-51.
  262. Canam C. Common adaptive tasks facing parents of children with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18(1):46-53.
  263. Corcoran J, Schildt B, Hochbrueckner R, Abell J. Parents of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Synthesis, Part I. *Child Adolesc Soc Work J*. 01 Ağustos 2017;34(4):281-335.
  264. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. Şubat 2005;90 Suppl 1(Suppl 1):i2-7.
  265. Pelham Jr WE, Lang AR. Can your children drive you to drink?: Stress and parenting in adults interacting with children with ADHD. *Alcohol Research & Health*. 1999;23(4):292.

266. Xiang YT, Luk ES, Lai KY. Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009;43(8):731-8.
267. Andrade EM, Geha LM, Duran P, Suwwan R, Machado F, Do Rosario MC. Quality of life in caregivers of ADHD children and diabetes patients. *Frontiers in Psychiatry*. 2016;7:127.
268. Cappe E, Bolduc M, Rougé MC, Saiag MC, Delorme R. Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Quality of Life Research*. 2017;26(5):1283-94.
269. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 01 Aralık 2003;42(12):1424-32.
270. Faraone SV, Biederman J. Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *The Journal of nervous and mental disease*. 1997;185(9):533-41.
271. Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(3):1036-43.
272. Cheung K, Aberdeen K, Ward MA, Theule J. Maternal depression in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*. 2018;27(4):1015-28.
273. Middeldorp CM, Wesseldijk LW, Hudziak JJ, Verhulst FC, Lindauer RJL, Dieleman GC. Parents of children with psychopathology: psychiatric problems and the association with their child's problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:919-27.
274. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Eylül 2009;48(9):894-908.

275. Montgomery P, Wiggs L. Definitions of sleeplessness in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): implications for mothers' mental state, daytime sleepiness and sleep-related cognitions. *Child Care Health Dev.* Ocak 2015;41(1):139-46.
276. 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.* Nisan 2008;162(4):336-42.
277. KILIÇ BG, ŞENER Ş. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşıt olma-karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2005;16(1):21-8.
278. Scott S. Fortnightly review: Aggressive behaviour in childhood. *BMJ.* 17 Ocak 1998;316:202-6.
279. Zhao X, Page TF, Altszuler AR, Pelham WE, Kipp H, Gnagy EM, vd. Family Burden of Raising a Child with ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 01 Ağustos 2019;47(8):1327-38.
280. Chhibber A, Watanabe AH, Chaisai C, Veettil SK, Chaiyakunapruk N. Global Economic Burden of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics.* Nisan 2021;39(4):399-420.
281. Young S, Cocallis K. ADHD and offending. *J Neural Transm (Vienna).* Temmuz 2021;128(7):1009-19.
282. Çam MO, Bilge A. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2010;9(1):71-8.
283. Cohn SK. Pandemics: waves of disease, waves of hate from the Plague of Athens to A.I.D.S. *Hist J.* 01 Kasım 2012;85(230):535-55.
284. Bagcchi S. Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases.* 2020;20(7):782.
285. McGrath JW. The biological impact of social responses to the AIDS epidemic. *Med Anthropol.* Kasım 1992;15(1):63-79.

286. Arboleda-Flórez J. What causes stigma? *World Psychiatry*. Şubat 2002;1(1):25-6.
287. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness. *Clin Psychol Rev*. Aralık 2010;30(8):907-22.
288. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*. Ağustos 2012;57(8):464-9.
289. Bos AE, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*. 2013;35(1):1-9.
290. Corrigan PW, Lam C. Challenging the structural discrimination of psychiatric disabilities: Lessons learned from the American disability community. *Rehabilitation Education*. 2007;21(1):53-8.
291. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group-Based Treatment for Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Int J Group Psychother*. Ekim 2011;61(4):576-95.
292. Telesia L, Kaushik A, Kyriakopoulos M. The role of stigma in children and adolescents with mental health difficulties. *Curr Opin Psychiatry*. Kasım 2020;33(6):571-6.
293. Hebl MR, Mannix LM. The weight of obesity in evaluating others: a mere proximity effect. *Pers Soc Psychol Bull*. Ocak 2003;29(1):28-38.
294. Mitter N, Ali A, Scior K. *Res Dev Disabil*. Haziran 2019;89:10-21.
295. Lovell B, A. Wetherell Mark. Caregivers' characteristics and family constellation variables as predictors of affiliate stigma in caregivers of children with ASD. *Psychiatry Research*. 01 Aralık 2018;270:426-9.
296. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*. 2002;9(1):35.
297. Mitter N, Ali A, Scior K. Stigma experienced by family members of people with intellectual and developmental disabilities: multidimensional construct. *BJPsych Open*. Eylül 2018;4(5):332-8.

298. Girma E, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:37-43.
299. Ong HC, Ibrahim N, Wahab S. Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychology research and behavior management*. 2016;9:211.
300. Mak WWS, Kwok YTY. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Soc Sci Med*. Haziran 2010;70(12):2045-51.
301. Fernández MC, Arcia E. Disruptive behaviors and maternal responsibility: A complex portrait of stigma, self-blame, and other reactions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2004;26(3):356-72.
302. Green SE. "We're tired, not sad": Benefits and burdens of mothering a child with a disability. *Social science & medicine*. 2007;64(1):150-63.
303. Lilley R. It's an absolute nightmare: maternal experiences of enrolling children diagnosed with autism in primary school in Sydney, Australia. *Disability & Society*. 2013;28(4):514-26.
304. Werner S, Shulman C. Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability? *Journal of Intellectual Disability Research*. 2015;59(3):272-83.
305. Griffith GM, Totsika V, Nash S, Jones RS, Hastings RP. "We are all there silently coping." The hidden experiences of parents of adults with Asperger syndrome. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2012;37(3):237-47.
306. Ludlow A, Skelly C, Rohleder P. Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *J Health Psychol*. 01 Temmuz 2012;17(5):702-11.
307. Werner S, Shulman C. Subjective well-being among family caregivers of individuals with developmental disabilities: the role of affiliate stigma and

- psychosocial moderating variables. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(11):4103-14.
308. Green SE. “What do you mean ‘what’s wrong with her?’”: stigma and the lives of families of children with disabilities. *Social Science & Medicine*. 01 Ekim 2003;57(8):1361-74.
  309. Kinnear SH, Link BG, Ballan MS, Fischbach RL. Understanding the experience of stigma for parents of children with autism spectrum disorder and the role stigma plays in families’ lives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016;46(3):942-53.
  310. Patra S, Patro BK. Affiliate stigma among parents of children with autism in eastern India. *Asian journal of psychiatry*. 2019;44:45-7.
  311. Yu YW, Chung KH, Lee YK, Lam WC, Yiu MGC. Prevalence of maternal affective disorders in Chinese mothers of preschool children with autism spectrum disorders. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2016;26(4):121-8.
  312. Gray DE. ‘Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed’: felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness*. 2002;24(6):734-49.
  313. Mitter N, Ali A, Scior K. Stigma experienced by family members of people with intellectual and developmental disabilities: multidimensional construct. *BJPsych open*. 2018;4(5):332-8.
  314. Zhou T, Wang Y, Yi C. Affiliate stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psychiatry Research*. 2018;264:260-5.
  315. Gray DE. Perceptions of stigma: The parents of autistic children. *Sociology of Health & Illness*. 1993;15(1):102-20.
  316. Leake D, Black R. Cultural and Linguistic Diversity: Implications for Transition Personnel. *Essential Tools: Improving Secondary Education and Transition for Youth with Disabilities*. National Center on Secondary Education and Transition (NCSET), University of Minnesota. 2005.

317. Öz B, Yüksel T, Nasiroğlu S. Depression-anxiety symptoms and stigma perception in mothers of children with autism spectrum disorder. *Archives of Neuropsychiatry*. 2020;57(1):50.
318. Todd S, Shearn J. Family dilemmas and secrets: Parents' disclosure of information to their adult offspring with learning disabilities. *Disability & Society*. 1997;12(3):341-66.
319. Crabtree SA. Family responses to the social inclusion of children with developmental disabilities in the United Arab Emirates. *Disability & Society*. 2007;22(1):49-62.
320. Heng-Hao C. From housewives to activists: Lived experiences of mothers for disability rights in Taiwan. *Asian Journal of Women's studies*. 2009;15(3):34-59.
321. Edwardraj S, Mumtaj K, Prasad J, Kuruvilla A, Jacob K. Perceptions about intellectual disability: a qualitative study from Vellore, South India. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2010;54(8):736-48.
322. Fazil Q, Bywaters P, Ali Z, Wallace L, Singh G. Disadvantage and discrimination compounded: the experience of Pakistani and Bangladeshi parents of disabled children in the UK. *Disability & Society*. 2002;17(3):237-53.
323. Choi SC, Lee SJ. Two-component model of cheomyon-oriented behaviors in Korea: Constructive and defensive cheomyon. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002;33(3):332-45.
324. Ting-Toomey S, Kurogi A. Facework competence in intercultural conflict: An updated face-negotiation theory. *International journal of intercultural relations*. 1998;22(2):187-225.
325. Ow R, Katz D. Family secrets and the disclosure of distressful information in Chinese families. *Families in Society*. 1999;80(6):620-8.
326. Chou Y, Pu C, Lee Y, Lin L, Kröger T. Effect of perceived stigmatisation on the quality of life among ageing female family carers: a comparison of carers of

- adults with intellectual disability and carers of adults with mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2009;53(7):654-64.
327. Norvilitis J, Scime M, Lee J. Courtesy stigma in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A preliminary investigation. *Journal of attention disorders*. 2002;6(2):61-8.
328. Lebowitz MS, Rosenthal JE, Ahn W kyoung. Effects of Biological Versus Psychosocial Explanations on Stigmatization of Children With ADHD. *J Atten Disord*. 01 Mart 2016;20(3):240-50.
329. Charbonnier E, Caparos S, Trémolière B. The role of mothers' affiliate stigma and child's symptoms on the distress of mothers with ADHD children. *Journal of Mental Health*. 2019;28(3):282-8.
330. Lee P chin, Lin K chung, Robson D, Yang H jan, Chen VC hung, Niew W ing. Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*. 01 Ocak 2013;34(1):656-68.
331. Ünal T. Türkiye'de çekirdek aileler. *Nüfus Bilim Dergisi*. 1988;10:51.
332. Bulut I. Ruh Hastalığının Aile İşlevselliğine Etkisi. Ankara: Kılıçaslan Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.; 1993. 158 s.
333. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*. 2000;22(2):144-67.
334. Gorgulu T. McMaster aile işlevleri modeli ve gömleği yırtık kırmızı gül öyküsü'nün mcmaster modeli temelinde incelenmesi. 2019.
335. Kılıç M. Evli Çiftlerde Görülen Ruhsal Belirtiler İle Aile İşlevsellik Düzeyi Arasındaki İlişki. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2012.
336. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(2):221-30.

337. Kuhlthau K, Kahn R, Hill KS, Gnanasekaran S, Ettner SL. The well-being of parental caregivers of children with activity limitations. *Maternal and Child Health Journal*. 2010;14(2):155-63.
338. Koegel RL, Bimbela A, Schreibman L. Collateral effects of parent training on family interactions. *Journal of autism and developmental disorders*. 1996;26(3):347-59.
339. Schertz HH, Odom SL. Promoting joint attention in toddlers with autism: A parent-mediated developmental model. *Journal of autism and developmental disorders*. 2007;37(8):1562-75.
340. Khanna R, Madhavan SS, Smith MJ, Patrick JH, Tworek C, Becker-Cottrill B. Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2011;41(9):1214-27.
341. Kuhlthau K, Orlich F, Hall TA, Sikora D, Kovacs EA, Delahaye J, vd. Health-related quality of life in children with autism spectrum disorders: Results from the autism treatment network. *Journal of autism and developmental disorders*. 2010;40(6):721-9.
342. Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ, Espinosa F degli, Brown T, Remington B. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 2005;35(5):635-44.
343. Lecavalier L, Leone S, Wiltz J. The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of intellectual disability research*. 2006;50(3):172-83.
344. Altieri MJ, von Kluge S. Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism. *Journal of intellectual and developmental disability*. 2009;34(2):142-52.
345. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*. 2001;4(3):183-207.

346. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, vd. Clinical Correlates of ADHD in Females: Findings From a Large Group of Girls Ascertained From Pediatric and Psychiatric Referral Sources. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 01 Austos 1999;38(8):966-75.
347. Brown RT, Pacini JN. Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of learning disabilities*. 1989;22(9):581-7.
348. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(5):508-15.
349. GADOW KD, NOLAN EE, LITCHER L, CARLSON GA, PANINA N, GOLOVAKHA E, vd. Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(12):1520-7.
350. Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, vd. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1998;26(6):475-94.
351. Scahill L, Schwab-stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and Clinical Correlates of ADHD in a Community Sample of School-Age Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 01 Austos 1999;38(8):976-84.
352. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European journal of pediatrics*. 2012;171(2):271-80.
353. Humphreys KL, Mehta N, Lee SS. Association of parental ADHD and depression with externalizing and internalizing dimensions of child psychopathology. *Journal of Attention Disorders*. 2012;16(4):267-75.

354. Pérez JC, Coe S, Irrázaval M. Is maternal depression related to mother and adolescent reports of family functioning? *Journal of adolescence*. 2018;63:129-41.
355. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, Wilens T, Kiely K, vd. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *The American journal of psychiatry*. 1995.
356. Damiani VB. Responsibility and Adjustment in Siblings of Children with Disabilities: Update and Review. *Families in Society*. 01 Şubat 1999;80(1):34-40.
357. Kazak AE, Marvin RS. Differences, difficulties and adaptation: Stress and social networks in families with a handicapped child. *Family relations*. 1984;67-77.
358. Hayden MF, Goldman J. Families of adults with mental retardation: Stress levels and need for services. *Social Work*. 1996;41(6):657-67.
359. Özşenol F, Işıkhani V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, Gökçay E. ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN AİLE İŞLEVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2003;45(2):156-64.
360. Sawyer MG, Bittman M, La Greca AM, Crettenden AD, Harchak TF, Martin J. Time demands of caring for children with autism: What are the implications for maternal mental health? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010;40(5):620-8.
361. Vural Yüzbaşı D. Zihin engelli çocuğa sahip annelerin psikolojik iyi oluşlarının başa çıkma tarzları, aile gereksinimleri ve sosyal destek değişkenleriyle modellenmesi. *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı*; 2018.
362. White N, Hastings RP. Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities*. 2004;17(3):181-90.

363. Smith LE, Greenberg JS, Seltzer MM. Social support and well-being at mid-life among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2012;42(9):1818-26.
364. Bora S, Özkardeş O. Otizmli ve Down Sendromlu Çocuğu Olan Ailelerde Sosyal Destek Algısı ve Aile İşlevselliğinin Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Etkisi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*. 30 Eylül 2021;10(3):580-93.
365. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*. 1976.
366. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985;98(2):310.
367. Dunst CJ, Trivette CM, Cross AH. Mediating influences of social support: Personal, family, and child outcomes. *American journal of mental deficiency*. 1986.
368. Tennant JE, Demaray MK, Malecki CK, Terry MN, Clary M, Elzinga N. Students' ratings of teacher support and academic and social-emotional well-being. *Sch Psychol Q*. Aralık 2015;30(4):494-512.
369. Colarossi LG, Eccles JS. Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research*. 2003;27(1):19-30.
370. Dubow EF, Tisak J, Causey D, Hryshko A, Reid G. A two-year longitudinal study of stressful life events, social support, and social problem-solving skills: Contributions to children's behavioral and academic adjustment. *Child development*. 1991;62(3):583-99.
371. Hoffman MA, Ushpiz V, Levy-Shiff R. Social support and self-esteem in adolescence. *Journal of youth and adolescence*. 1988;17(4):307-16.
372. Newman BM, Newman PR, Griffen S, O'Connor K, Spas J. The relationship of social support to depressive symptoms during the transition to high school. *Adolescence*. 2007;42(167):441.

373. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*. 2008;17(1):133-47.
374. Mastoras SM, Saklofske DH, Schwean VL, Climie EA. Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of attention disorders*. 2018;22(8):712-23.
375. Schei J, Nøvik TS, Thomsen PH, Indredavik MS, Jozefiak T. Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):1-10.
376. Jester JM, Nigg JT, Adams K, Fitzgerald HE, Puttler LI, Wong MM, vd. Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Development and psychopathology*. 2005;17(1):99-125.
377. Demaray MK, Elliott SN. Perceived social support by children with characteristics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Psychology Quarterly*. 2001;16(1):68.
378. Stuart M, McGrew JH. Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 01 Ocak 2009;3(1):86-97.
379. Lin LY, Orsmond GI, Coster WJ, Cohn ES. Families of adolescents and adults with autism spectrum disorders in Taiwan: The role of social support and coping in family adaptation and maternal well-being. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 01 Ocak 2011;5(1):144-56.
380. Altieri MJ, von Kluge S. Family Functioning and Coping Behaviors in Parents of Children with Autism. *J Child Fam Stud*. 01 Şubat 2009;18(1):83-92.
381. Bozkurt G, Uysal G, Düz kaya DS. Examination of care burden and stress coping styles of parents of children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of pediatric nursing*. 2019;47:142-7.

382. Meleady J, Nearchou F, Bramham J, Carr A. Family adaptation among parents of children on the autism spectrum without a comorbid intellectual disability: A test of the Double ABCX model. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 01 Ekim 2020;78:101637.
383. Siklos S, Kerns KA. Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. *J Autism Dev Disord*. Ekim 2006;36(7):921-33.
384. Ekas NV, Ghilain C, Pruitt M, Celimli S, Gutierrez A, Alessandri M. The role of family cohesion in the psychological adjustment of non-Hispanic White and Hispanic mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 01 Ocak 2016;21:10-24.
385. Mercado A, Morales F, Torres A, Chen RK, Nguyen-Finn KL, Davalos-Picazo G. Mental Health and Neurodevelopmental Disorders: Examining the Roles of Familism, Social Support, and Stigma in Latinx Caregivers. *J Dev Phys Disabil*. 01 Ağustos 2021;33(4):653-68.
386. Ma GY, Mak WW. Caregiving-specific worry, affiliate stigma, and perceived social support on psychological distress of caregivers of children with physical disability in Hong Kong. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2016;86(4):436.
387. Görgü E. Bir başa çıkma mekanizması ya da ruh sağlığını koruyucu bir yaklaşım olarak sosyal destek. *OTİSTİK SPEKTRUM BOZUKLUKLARI (YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR)*. 2007;53.
388. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*. 2009;135(4):531.
389. Pisula E, Banasiak A. Empowerment in Polish fathers of children with autism and Down syndrome: the role of social support and coping with stress—a preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2020;64(6):434-41.
390. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*. Ekim 2003;108(4):304-9.

391. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*. 2003;121(1):31-49.
392. Ersoy MA, Varan A. [Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007;18(2):163-71.
393. Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Mashiaich-Eizenberg M, Roe D. Measuring the internalized stigma of parents of persons with a serious mental illness: the factor structure of the parents' internalized stigma of mental illness scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013;201(3):183-7.
394. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.
395. Yaldiz H, Arkar H, Eker D. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):17-25.
396. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*. 1983;9(2):171-80.
397. BULUT I. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El Kitabı. Ankara: Özgüzel Matbaası; 1990. 38 s.
398. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
399. Şentürk Pılan B, Arkar H, İncekaş S, Baykara B, Özbek A, Güvenir T. Güçler ve güçlükler anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2008;15(2):65-74.
400. Derks EM, Hudziak JJ, Boomsma DI. Why more boys than girls with ADHD receive treatment: a study of Dutch twins. *Twin Research and Human Genetics*. 2007;10(5):765-70.

401. Cappe É, Poirier N, Sankey C, Belzil A, Dionne C. Quality of life of French Canadian parents raising a child with autism spectrum disorder and effects of psychosocial factors. *Quality of Life Research*. 2018;27(4):955-67.
402. Kirkovski M, Enticott PG, Fitzgerald PB. A review of the role of female gender in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2013;43(11):2584-603.
403. Sandin S, Hultman CM, Klevzon A, Gross R, MacCabe JH, Reichenberg A. Advancing maternal age is associated with increasing risk for autism: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. May 2012;51(5):477-486.e1.
404. Hultman C, Sandin S, Levine S, Lichtenstein P, Reichenberg A. Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-based study and a meta-analysis of epidemiological studies. *Molecular psychiatry*. 2011;16(12):1203-12.
405. Milačić-Vidojević I, Gligorović M, Dragojević N. Tendency towards stigmatization of families of a person with autistic spectrum disorders. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014;60(1):63-70.
406. Sanders JL, Morgan SB. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy*. 1997;19(4):15-32.
407. Guralnick MJ, Hammond MA, Neville B, Connor RT. The relationship between sources and functions of social support and dimensions of child-and parent-related stress. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008;52(12):1138-54.
408. Pinto TM, Figueiredo B, Pinheiro LL, Canário C. Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2016;34(4):343-55.
409. Smart LK. Parenting self-efficacy in parents of children with autism spectrum disorders. Brigham Young University; 2016.

410. Sofronoff K, Farbotko M. The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism*. 2002;6(3):271-86.
411. Twoy R, Connolly PM, Novak JM. Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2007;19(5):251-60.
412. Zaky E. Autism Spectrum Disorder (ASD). The Past, The Present, and The Future *J Child Adolesc Behav*. 2017;5:e116.
413. Koschorke M, Padmavati R, Kumar S, Cohen A, Weiss HA, Chatterjee S, vd. Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. *Soc Sci Med*. Aralık 2014;123:149-59.
414. Lv Y, Wolf A, Wang X. Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(1):83-8.
415. Lasalvia A. Tackling the mental illness stigma in low- and middle-income countries: lessons learned from high-income countries and mistakes to avoid. *Epidemiol Psychiatr Sci*. Ekim 2015;24(5):395-8.
416. Tanaka C, Tuliao MTR, Tanaka E, Yamashita T, Matsuo H. A qualitative study on the stigma experienced by people with mental health problems and epilepsy in the Philippines. *BMC Psychiatry*. 05 Ekim 2018;18:325.
417. Tawiah PE, Adongo PB, Aikins M. Mental Health-Related Stigma and Discrimination in Ghana: Experience of Patients and Their Caregivers. *Ghana Med J*. Mart 2015;49(1):30-6.
418. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet*. 11 Şubat 2006;367(9509):528-9.
419. Chiu MY, Yang X, Wong F, Li J, Li J. Caregiving of children with intellectual disabilities in China—an examination of affiliate stigma and the cultural thesis. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013;57(12):1117-29.
420. Cook TM, Wang J. Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry*. 19 Nisan 2010;10:29.

421. Şahin C. Kırşehir rehberlik ve araştırma merkezi özel eğitim bölümünde incelenen öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre nitelikleri. 2006.
422. Russell G, Norwich B. Dilemmas, diagnosis and de-stigmatization: Parental perspectives on the diagnosis of autism spectrum disorders. Clin Child Psychol Psychiatry. 01 Nisan 2012;17(2):229-45.
423. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, Williams J, Bolton P, Matthews FE, vd. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. The British journal of psychiatry. 2009;194(6):500-9.
424. Carinci GJ. Experiences of caregivers with an autistic child: Understanding perspectives related to parental participation and involvement. ProQuest; 2007.
425. ÖZ B. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Görülen Depresyon-Anksiyete Belirtileri ve Damgalanma Algısı [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
426. Wong C, Davidson L, Anglin D, Link B, Gerson R, Malaspina D, vd. Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. Early Intervention in Psychiatry. 2009;3(2):108-15.
427. van Tongerloo MA, van Wijngaarden PJ, van der Gaag RJ, Lagro-Janssen AL. Raising a child with an Autism Spectrum Disorder: 'If this were a partner relationship, I would have quit ages ago'. Family practice. 2015;32(1):88-93.
428. Hall HR, Graff JC. The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. Issues Compr Pediatr Nurs. 2011;34(1):4-25.
429. Şengül S, Baykan H. Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon,Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. Kocatepe Tıp Dergisi. 01 Nisan 2013;14(1):30-9.
430. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri. 2004;7(1):42-7.

431. Miller AC, Gordon RM, Daniele RJ, Diller L. Stress, appraisal, and coping in mothers of disabled and nondisabled children. *Journal of Pediatric Psychology*. 1992;17(5):587-605.
432. Durukan İ, Erdem M, Tufan AE, Cöngöloğlu A, Yorbık Ö, Türkbay T. DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9(4):217-23.
433. Holvast F, Burger H, de Waal MMW, van Marwijk HWJ, Comijs HC, Verhaak PFM. Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders*. 01 Ekim 2015;185:1-7.
434. Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of psychology*. 2012;146(1-2):85-104.
435. Gönültaş SG. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Bakım yükü, Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Manisa Celal Bayar Üniversitesi; 2019.
436. Gallie D, Paugam S. Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe. oup Oxford; 2000.
437. Stansfeld SA, Head J, Marmot MG. Explaining social class differences in depression and well-being. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1997;33(1):1-9.
438. Göl-Güven M, Şeker V, Erbil F, Özgünlü M, Alvan G, Uzunkök B. Covid-19 pandemisinin aile yaşantısına yansımaları Rapor-2. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi. 2020;
439. Soysal AS, Yildirim A, Acar A, Karateke B, Kilic KM. Effects of attention deficit and hyperactivity disorder subtypes on family functions. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(3):286.
440. Ghanizadeh A, Shams F. Children's perceived parent-child relationships and family functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy*. 2007;29(3):1-11.

441. Maoz H, Gvirts HZ, Sheffer M, Bloch Y. Theory of mind and empathy in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2019;23(11):1331-8.
442. Marton I, Wiener J, Rogers M, Moore C, Tannock R. Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*. 2009;37(1):107-18.
443. Macks RJ, Reeve RE. The Adjustment of Non-Disabled Siblings of Children with Autism. *J Autism Dev Disord*. 21 Haziran 2007;37(6):1060-7.
444. Parish SL, Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd F. Economic implications of caregiving at midlife: Comparing parents with and without children who have developmental disabilities. *Mental retardation*. 2004;42(6):413-26.
445. Sivberg B. Coping strategies and parental attitudes, a comparison of parents with children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *International Journal of Circumpolar Health*. 2002;61(sup2):36-50.
446. Yirmiya N, Shaked M. Psychiatric disorders in parents of children with autism: a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2005;46(1):69-83.
447. Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*. 2005;9(2):125-37.
448. Montes G, Halterman JS. Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. *Pediatrics*. 2007;119(5):e1040-6.
449. Sharpley CF, Bitsika V, Efremidis B. Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 1997;22(1):19-28.
450. Rodrigue JR, Morgan SB, Geffken G. Families of Autistic Children: Psychological Functioning of Mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*. Aralık 1990;19(4):371-9.

451. Donovan AM. Family stress and ways of coping with adolescents who have handicaps: Maternal perceptions. *American journal on mental retardation*. 1988.
452. Bouma R, Schweitzer R. The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal of clinical psychology*. 1990;46(6):722-30.
453. Hayes VE. Families and children's chronic conditions: Knowledge development and methodological considerations. *Research and Theory for Nursing Practice*. 1997;11(4):259.
454. Eiser C. Growing up with a chronic disease: The impact on children and their families. Jessica Kingsley Publishers; 1993.
455. Woodman AC. Trajectories of stress among parents of children with disabilities: A dyadic analysis. *Family Relations*. 2014;63(1):39-54.
456. Postorino V, Gillespie S, Lecavalier L, Smith T, Johnson C, Swiezy N, vd. Clinical correlates of parenting stress in children with autism spectrum disorder and serious behavioral problems. *Journal of Child and Family Studies*. 2019;28(8):2069-77.
457. Giovagnoli G, Postorino V, Fatta LM, Sanges V, De Peppo L, Vassena L, vd. Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*. 2015;45:411-21.
458. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of emotional and behavioral disorders*. 2013;21(1):3-17.
459. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family functioning. *Curr Atten Disord Rep*. 24 Kasım 2009;1(4):167.
460. Riany YE, Ihsana A. Parenting stress, social support, self-compassion, and parenting practices among mothers of children with ASD and ADHD. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*. 2021;6(1):47-60.

461. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International journal of nursing studies*. 2008;45(1):65-74.
462. Kennedy D. The relationship between parental stress, cognitive distortions, and child psychopathology. 2012.



