

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



UZMANLIK TEZİ

DR. SEDA ERBAŞ

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE MİZACIN OTİZM
SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILARINDAKİ HASTALIK ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. NAZLI BURCU ÖZBARAN

İZMİR 2024

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



UZMANLIK TEZİ

DR. SEDA ERBAŞ

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE MİZACIN OTİZM
SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILARINDAKİ HASTALIK ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. NAZLI BURCU ÖZBARAN

İZMİR 2024

ÖN SÖZ

Uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, çalışmamı tasarlamama yardımcı olup tüm süreçte varlığını hiç eksik hissettirmeyen, bu zamana gelmemde emeği olan her zaman örnek aldığım danışman hocam **Prof. Dr. Burcu ÖZBARAN** başta olmak üzere, değerli ve kıymetli hocalarım **Prof. Dr. Tezan BİLDİK**, **Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ**, **Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN**, **Doç. Dr. Sezen KÖSE** ve **Doç. Dr. Birsen ŞENTÜRK PİLAN**'a,

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, her daim yanımda olan, değerli arkadaşlarım **Dr. Buket ÜÇÜNCÜ**, **Dr. Halil İbrahim Çolak**, **Dr. Öykü Akkaş**, **Dr. Zeynep İrem Erbasan** ve **Dr. Hilal Nur Şentürk** başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Yoğun poliklinik ve yataklı servis şartlarında iş birliği içerisinde çalıştığımız, güler yüzlü ve anlayışlı bütün psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, sekreter ve personelimize,

Hayatım boyunca iyi-kötü her durumda yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan, beni ben yapan değerli annem **Aysel ERBAŞ**'a, değerli babam **Mevlüt ERBAŞ**'a, bana hem abla hem arkadaş olan canım ablam **Dr. Nida ERBAŞ**'a ve minik **Köfte Kedi**'ye

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Seda ERBAŞ

İzmir, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
ÖZET	VII
ABSTRACT	X
TABLolar LİSTESİ	XIII
KISALTMALAR LİSTESİ	XIV
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. Tarihçe.....	2
2.1.3. Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	3
2.1.4. Epidemiyoloji.....	4
2.1.5. Etyopatogenez.....	4
2.1.6. Genetik Faktörler.....	5
2.1.7. Çevresel Faktörler.....	6
2.1.8. Psikososyal Faktörler.....	6
2.1.9. Nörokimyasal Etkenler.....	6
2.1.10. Klinik Özellikler.....	6
2.1.11. Eş Tanılar.....	7
2.2. Otizm Spektrum Bozukluğu.....	7
2.2.1 Tanım ve Tarihçe.....	7
2.2.2 Epidemiyoloji.....	8
2.2.3. Etyoloji.....	8
2.2.4. Genetik Faktörler.....	9
2.2.5. Çevresel Faktörler.....	9
2.2.6. Okul Öncesi Dönem Klinik Görünüm.....	10
2.2.7. Tedavi.....	10

2.3. Mizaç.....	11
2.3.1 Tanım.....	11
2.3.2. Tarihçe.....	12
2.3.3. Etyoloji.....	13
2.3.4. Genetik Faktörler.....	13
2.3.5. Çevresel Faktörler.....	14
2.3.6. Nörogelişimsel Psikopatolojiler ve Mizaç.....	15
2.4. Psikolojik Sağlamlık.....	16
3. YÖNTEM VE ARAÇLAR.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Etik Kurul Onayı.....	18
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	18
3.4.1. Çalışmaya Alınma- Dışlama Ölçütleri.....	18
3.5. Araştırmanın Yöntemi	21
3.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar.....	21
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	22
3.6.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	22
3.6.3. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) (Children's Sleep Habits Questionnaire-CSHQ).....	22
3.6.4. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE).....	23
3.6.4. Çocuk Davranış Listesi-Kısa Formu (ÇDL-KF)	23
3.6.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği-KGİ (Clinical Global Impressions CGI)	24
3.6.7. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	25
3.6.8. Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)	25
3.6.9. Çocuk Ego Sağlamlığı Ölçeği.....	25
3.6.10. Çocukluk Çağı Otizm Derecelendirme Ölçeği (Childhood Autism Rating Scale/ CARS)	26
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	26

4. BULGULAR.....	27
4.1. Yaş ve Cinsiyet Değişkeniyle İlgili Analiz Bulguları	27
4.2. Aile Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	27
4.3 Olguların Tanı Alma Sürecine İlişkin Bulgular.....	28
4.4 Olguların Kreş/anasınıfı, Özel Eğitim ve Spora Katılım Durumlarının Analiz Bulguları.....	29
4.5. Prenatal, Natal ve Postnatal Özelliklerin Analiz Bulguları.....	30
4.6. Olguların Gelişim Basamaklarıyla İlgili Karşılaştırma Sonuçları.....	30
4.7. Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	31
4.7.1. Grupların ÇUAA Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
4.7.2 Grupların Ruhsal Uyum Ölçeği Puanlarını Karşılaştırılması.....	32
4.7.3 Grupların ÇİYKÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
4.7.4 DEHB ve OSB Gruplarının GAS Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
4.7.5 DEHB ve OSB Gruplarının CGI Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
4.7.6 Grupların ÇDL-KF Puanlarının Karşılaştırması	34
4.7.7 Gruplarının Ego Sağlamlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
4.8 DEHB ve OSB’de Hastalık Şiddeti ile Ego Sağlamlığı Arasındaki İlişki.....	36
4.9. DEHB ve OSB Gruplarında Hastalık Şiddeti ile ÇDL-KF Arasındaki İlişki.....	36
4.10. DEHB ve OSB Gruplarında ÇİYKÖ ile ÇDL-KF Arasındaki İlişki.....	37
4.11. DEHB ve OSB Gruplarında CGI ile ÇDL-KF Arasındaki İlişki.....	37
4.12. DEHB ve OSB’de Ego Sağlamlığı Ölçeği ile ÇİYKÖ ve CGI arasındaki ilişki.....	37
4.13. DEHB ve OSB gruplarında Ego Sağlamlığı Ölçeği ile ÇDL-KF arasındaki ilişki....	38
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. Sosyodemografik Özellikle	39
5.2. Grupların prenatal, natal ve postnatal özelliklerinin değerlendirilmesi.....	40
5.3. Grupların tanı alma süreci ve gelişim basamakları bakımından değerlendirilmesi....	40
5.4. OSB ve DEHB gruplarının Uyku, Ruhsal Uyum ve Yaşam Kalitesi bakımından karşılaştırılması.....	41

5.5 OSB ve DEHB gruplarının GAS ve CGI bakımından karşılaştırılması.....	43
5.6. Grupların psikolojik sağlamlık bakımından değerlendirilmesi.....	43
5.7. DEHB’de Mizaç	44
5.7.1. Mizaç özellikleri	44
5.7.2. Hastalık şiddeti ve mizaç	45
5.7.3 Mizaç özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi.....	45
5.8. OSB ve mizaç.....	46
5.8.1. Mizaç özellikleri.....	46
5.8.2. Hastalık şiddeti ve mizaç.....	46
5.8.3 Mizaç özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi.....	46
5.9. DEHB ve OSB’de psikolojik sağlamlığın hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi.....	47
5.10. DEHB ve OSB’de mizaç özelliklerinin değerlendirilmesi.....	47
5.11. Çalışmanın güçlü yönleri ve kısıtlılıkları.....	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	49
7. KAYNAKLAR.....	50
8. EKLER.....	66

ÖZET

Okul Öncesi Çocuklarda Psikolojik Sağlamlık ve Mizacın Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılarındaki Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Giriş: Otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan nörogelişimsel bozukluklardır. Mizaç ve psikolojik sağlamlılık ise erken gelişim döneminde temelleri atılan, biyolojik kökeni de olan, yaşam boyu büyük oranda sebat eden önemli kavramlardır. Mizaç özellikleri ve psikolojik sağlamlık gibi bireysel değişkenlik gösteren faktörlerin nörogelişimsel psikopatolojilerin şiddetini ve seyrini nasıl etkileyebileceği merak konusudur.

Amaç: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanılı okul öncesi dönem çocuklarda psikolojik sağlamlık ve mizacın hastalık şiddeti ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olup Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 0-6 Yaş Polikliniğinde takipleri devam eden ve DSM-V'e göre OSB (n=27) veya DEHB (n=27) tanısı alan okul öncesi yaş gurubundaki olgular ile sağlıklı kontrol grubu (n=27) olmak üzere 3 grup dahil edilmiştir. Ebeveynlerle yapılan görüşmede olguların sosyodemografik özellikleri, gelişim basamakları, ilk kez psikiyatriye başvuru tarihleri, ebeveynlerin çocuklarının yaşıtlarından farklı olduğunu söyleyen ilk kişi ve yaşıtlarından farklı olduğunu düşünmeleri ile psikiyatriye başvuruları arasında geçen süre olgu veri formuna not edilmiştir. Otizm şiddetinin belirlenmesi için klinisyen tarafından Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ), mevcut tanılarının klinik şiddetini belirlemek için Klinik Global İzlem ölçeği (CGI) ve işlevsellik düzeyini değerlendirmek için Genel Değerlendirme Ölçeği (GAS) uygulanmıştır. DEHB şiddetinin belirlenmesi için ebeveynler tarafından Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurulmuştur. Uyku alışkanlıkları ve uykuya ilişkin sorunları belirlemek için Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA), mizaç özelliklerinin belirlenmesi için Çocuk Davranış Listesi-Kısa Form (ÇDL-KF),

psikolojik sağamlıkları değerlendirmek amacıyla Hacettepe Ruhsal uyum envanteri (HRÖ) ve Ego Sağamlığı Ölçeği, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) ebeveynler tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: OSB ve DEHB grupları arasında belirtilerin fark edilme zamanı ve doktora başvuru arası geçen süre arasında fark olmadığı, her iki grupta da belirtileri ilk fark eden kişinin ağırlıklı olarak anneler olduğu grlmştr. OSB grubunun 2 kelimeli cümle kurmada DEHB ve kontrol grubuna göre geciktiği bulunmuştur. Hem OSB hem de DEHB gruplarının nevroitik sorunlar ve davranış sorunları bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptanmıştır. OSB grubunun sosyal işlevselliğinin DEHB ve kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu, DEHB grubunun duygusal işlevselliğinin kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu, her iki grubun da okul işlevselliği, psikososyal işlevsellik ve toplam işlevsellik bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu grlmştr. Klinisyenin hastanın işlevselliğini GAS ile değerlendirmiştir, GAS puanlarının OSB grubunda DEHB grubundan, DEHB grubunda ise Kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Psikolojik sağamlık, Ego Sağamlığı Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Psikolojik sağamlık puanları OSB grubunda DEHB grubundan, DEHB grubu ise kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Mizaç özellikleri açısından DEHB grubunun kontrol grubuna göre yaklaşım/olumlu katılım ve dışadönüklük puanlarının daha yüksek olduğu fakat engelleme denetimi puanının daha düşük olduğu grlmştr. DEHB şiddetinin dışadönüklük puanı ile pozitif ilişkili, gayretli kontrol ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. DEHB tanılı olgularda olumsuz duygulanım ve dışadönüklük puanı ile ÇİYKÖ Toplam puanı arasında negatif ilişki bulunmuştur. OSB tanılı olguların dikkati odaklama puanı kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. OSB tanılı olgularda hastalık şiddetini temsil eden CARS puanı ile gayretli kontrol puanı arasında negatif ilişki olduğu grlmştr. OSB grubunda gayretli kontrol puanı ile yaşam kalitesinin değerlendirildiği ÇİYKÖ Toplam puanları arasında pozitif orta ilişki bulunmuştur. Ve hem OSB hem DEHB grubunda psikolojik sağamlık puanı ile ÇİYKÖ-Toplam Puanı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamız OSB ve DEHB tanılı okul öncesi çocukların mizaç özelliklerinin semptomların şiddetini etkileyebileceği, bu sebeple de kliniğe başvuran nrogeleşişimsel bozukluğa

sahip çocukların değeriendirilmesinde mizaç özellikleri ve psikolojik sağlamlığın dikkate alınmasının çocuğa özgü müdahaleler ile tedaviye yardımcı olabileceğini söyleyebiliriz.

Anahtar kelimeler: okul öncesi, psikolojik sağlamlık, mizaç, otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yaşam kalitesi



ABSTRACT

An Investigation of the Impact of Psychological Resilience and Temperament on the Severity and Quality of Life in Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) are neurodevelopmental disorders that present in early childhood. Temperament and psychological resilience are significant concepts rooted in early development, having a biological origins and persisting throughout one's life. Understanding how individual differences such as temperament and psychological resilience may influence the severity and trajectory of neurodevelopmental psychopathologies is a subject of curiosity

Aim: An Investigation of Effects of Psychological Resilience and Temperament on Severity and Quality of Life in Preschool Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

Method: Our research is a cross-sectional study conducted at the Ege University Hospital, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Pre-school Clinic. The study comprises three groups: one includes cases in the pre-school age group undergoing follow-ups at the clinic diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) (n=27) or Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) (n=27) according to DSM-V, and another consists of a healthy control group (n=27). Individuals and parents who were informed about the study and provided consent were enrolled. Throughout parent interviews, socio-demographic characteristics of cases, developmental milestones, initial dates of psychiatric referrals, the first identification of differences in children compared to their peers, and the duration between parents perceiving their children as different and psychiatric referrals were documented on the case data form. To assess the severity of autism, the clinician employed the Childhood Autism Rating Scale (CARS), the Clinical Global Impression Scale (CGI) for determining the clinical severity of current diagnoses, and the Global Assessment Scale (GAS) to evaluate functionality. For determining the severity of ADHD, parents completed the Preschool Screening and Assessment Scale for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorder Symptoms. The Children's

Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) was utilized to identify sleep habits and sleep-related problems. The Child Behavior Checklist-Short Form (CBCL-SF) was used to determine temperament characteristics. In assessing psychological resilience, the Hacettepe Psychological Well-being Inventory (HPWI) and Ego Strength Scale were employed. Parents also filled out the Children's Quality of Life Scale (CQLS) to evaluate the quality of life.

Results: The time of symptom recognition and the duration between symptom recognition and seeking medical attention were found to be similar between the ASD and ADHD groups. In both groups, mothers predominantly identified the initial symptoms. It was observed that the ASD group exhibited delayed two-word sentence formation compared to the ADHD and control groups. When examining the RUA scores applied to compare the groups in terms of internalization problems and behavioral issues, both the ASD and ADHD groups scored significantly higher than the control group in terms of neurotic and behavioral problems. In terms of quality of life, the ASD group demonstrated significantly lower social functionality compared to the ADHD and control groups. The ADHD group exhibited significantly lower emotional functionality than the control group. Both groups showed significantly lower school functionality, psychosocial functionality, and overall functionality compared to the control group. Regarding the clinician-assessed Global Assessment Scale (GAS) scores for evaluating the functionality of the patients, it was found that the ASD group scored significantly lower than the ADHD group, and the ADHD group scored significantly lower than the control group. Evaluating psychological resilience using the Ego Strength Scale revealed that the ASD group scored significantly lower than the ADHD group, and the ADHD group scored significantly lower than the control group. When examining the temperament characteristics of individuals with ADHD, approach/positive participation and extraversion scores were higher compared to the control group, while inhibitory control score was lower. The severity of ADHD was positively correlated with extraversion score and negatively correlated with inhibitory control. In individuals with ADHD, a negative relationship was found between negative affect and extraversion score and the Total CIYKO score. Analyzing temperament characteristics in individuals with ASD, the attention-focusing score was significantly lower than the control group. In individuals with ASD, a negative relationship was found between the Childhood Autism Rating Scale (CARS) score, representing the severity of the disorder, and effortful control score. In the ASD group, a positive moderate

relationship was found between effortful control score and the Total CIYKO score, which evaluates the quality of life. Moreover, in both ASD and ADHD groups, a positive relationship was found between psychological resilience score and Total CIYKO score.

Conclusion: Our study shows that temperament characteristics of preschool children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) may affect the severity of symptoms. Therefore we can say that taking temperament characteristics and psychological resilience into consideration in the evaluation of children with neurodevelopmental disorders who apply to the clinic may help treatment with child-specific interventions.

Key words: pre-schoolers, psychological resilience, temperament, attention deficit hyperactivity disorder, autism spectrum disorder

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Grupların demografik özelliklerine göre karşılaştırılma sonuçları

Tablo 2. Gruplardaki ebeveynlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin karşılaştırma sonuçları

Tablo 3. OSB ve DEHB gruplarının tanı alma sürecine ilişkin karşılaştırma sonuçları

Tablo 4. Grupların kreş/anasınıfı, özel eğitim ve spora katılımlarının karşılaştırma sonuçları

Tablo 5. Grupların prenatal, natal ve postnatal özelliklerine ait karşılaştırma sonuçları

Tablo 6. Grupların gelişim basamaklarının karşılaştırma sonuçları

Tablo 7. Grupların ÇUAA puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 8. Grupların Ruhsal Uyum Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 9. Gruplarının ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 10. OSB ve DEHB gruplarının GAS puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 11. OSB ve DEHB gruplarının CGI puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 12. Grupların ÇDL-KF puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 13. Gruplarının Ego Sağlamlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 14. DEHB ve OSB gruplarında hastalık şiddeti ile Ego Sağlamlığı arasındaki korelasyon analizine ilişkin bulgular

Tablo 15. DEHB ve OSB gruplarında hastalık şiddeti ile ÇDL-KF arasındaki korelasyon analizine ilişkin bulgular

Tablo 16. DEHB ve OSB gruplarında ÇİYKÖ ile ÇDL-KF arasındaki korelasyon analizine ilişkin bulgular

Tablo 17. DEHB ve OSB gruplarında CGI ile ÇDL-KF arasındaki korelasyon analizine ilişkin bulgular

Tablo 18. DEHB ve OSB gruplarında Ego Sağlamlığı Ölçeği ile ÇİYKÖ ve CGI arasındaki korelasyon analizine ilişkin bulgular

Tablo 19. DEHB ve OSB gruplarında Psikolojik Sağlamlık ile Mizaç Özellikleri arasındaki korelasyon analizine ilişkin bulgular

KISALTMALAR LİSTESİ

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM-V: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)

DSM-II: Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının ikinci baskısı

DSM-IV: Psikiyatrik hastalıklar tanı sınıflaması el kitabı dördüncü sürümü

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

YGB-BTA: Yaygın Gelişimsel Bozukluk Başka Türü Adlandırılmayan Hastalık

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÇDL-KF: Çocuk Davranış Listesi-Kısa Form

HRÖ: Hacettepe Ruhsal uyum envanteri

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam kalitesi Ölçeği

KOKGB: Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu

ÖÖB: Özgül Öğrenme Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SK: Sağlıklı Kontrol

WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği – Revize Edilmiş Versiyonu

IQ: Zeka Bölümü (Intelligence Quotient)

AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

ÇODÖ: Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği

CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği

GAS: Genel Değerlendirme Ölçeği (Global Assesment Scale)

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal hastalıkların doğası; başlangıç yaşı, genetik ve çevresel yatkınlıklar, nörobiyolojik özellikler, risk ve koruyucu faktörler ile şekillenir. Okul öncesi dönemdeki deneyimler ve bu dönemde yaşanan hızlı gelişimsel ilerlemelerin etkileri yaşam boyu sürmektedir. Günümüzde, ergenlik ve erişkinlik döneminde ortaya çıkan pek çok psikiyatrik hastalığın başlangıcının erken çocukluk döneminde yatmakta olduğu ve erken çocukluk döneminde karşılaştığımız birçok gelişimsel sorunun erişkin hayatta farklı biçimlerde karşımıza çıkmaya devam ettiği bilinmektedir. Psikiyatrik hastalıkların etyolojisini, gidişatını ve sonuçlarını anlamak için hastalıkları gelişimsel psikopatoloji çerçevesinde değerlendirmek önemlidir (1). Mizaç özellikleri ve psikolojik sağlamlık gibi bireysel değişkenlik gösteren faktörler nörogelişimsel psikopatolojilerin hastalık şiddeti ve seyrini etkileyen önemli kavramlardır.

Psikolojik sağlamlık; çocuğun stresle ne şekilde baş ettiği ve travmadan nasıl kurtulduğuyla ilgilenen bir kavramdır. Hastalık şiddetini hafifletici ve hastalık başlamasını önleyen veya geciktiren bir faktör olarak işlev görmesi psikiyatrik hastalıklar açısından önemlidir (2). Mizaç kavramı ise duygu, motor hareket ve dikkat alanlarında tepkisellik ve özdüzenlemedeki nörobiyolojik temelli bireysel farklılıklar ile ilgilenir. Mizaçla ilgili farklı teorik yaklaşımlar olsa da, tüm teoriler mizacın yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıktığı, nörobiyolojik temelli olduğu, erken çocukluktan itibaren istikrar gösterdiği ve durumlar arasında tutarlı özelliklere sahip olduğu görüşünü paylaşır. Mizaç kişilik gelişimini de şekillendirmesi sebebiyle de çocuğun gelişimsel sürecini etkiler (3).

Literatür tarandığında okul çağı ve ergenlik döneminde görülen psikopatolojiler ile psikolojik sağlamlık ve mizaç arası ilişkiyi araştıran çalışmalar kısıtlıyken okul öncesi dönemde mizaç ve psikolojik sağlamlığın psikopatolojiler üzerinde etkisini inceleyen bir çalışma olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada okul öncesi dönemde mizaç özellikleri ve psikolojik sağlamlığın Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Otizm Spektrum Bozukluğu şiddetine ve yaşam kalitesine etkisi incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1 Tanım

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); çocukta başlayan, dikkatsizlik, aktivite artışı ve dürtüsellik belirtileriyle kendini gösteren ve bireyin gelişimini ve işlevsellik düzeyini etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur (4). Dikkat gerektiren işlere karşı isteksizlik, diğer uyarıları göz ardı ederek dikkati özel bir alana yönlendirme ve dikkat sürdürme, planlama ve organizasyon konularında güçlüklerin yanı sıra; motor aktivitenin kontrolü ve eyleme geçmek için uygun zamanı bekleyebilme gibi becerilerde yetersizlik belirtileri ile ortaya çıkmaktadır (5). Çocukluk çağıının en sık tanı konulan psikiyatrik bozukluklarından biridir (5). DEHB sıklıkla 2 ile 4 yaşları arasında başlar (6). Okul öncesi çocuklarda DEHB ile ilgili prevalans araştırması sınırlıdır. Ancak toplum temelli çalışmalarda prevalans %2 ile %7,7 arasında saptanmıştır (7,8).

2.1.2 Tarihçe

DEHB ilk olarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınladığı Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının ikinci baskısında (DSM-II) “çocukluğun hiperkinetik reaksiyonu” adıyla yer almıştır (9). Daha sonra DSM-III sınıflamasında dikkatin sürdürülmesi, dürtüsellik ve yönetici işlevlerle ilişkili sorunların birincil zorluk olduğu, hiperaktivitenin ikincil olduğu düşünülmüş ve bozukluğun adı “dikkat eksikliği bozukluğu” şeklinde değiştirilmiştir. Dikkat eksikliği bozukluğu “hiperaktivitenin eşlik ettiği” ve “hiperaktivitenin eşlik etmediği” olarak ikiye ayrılmıştır (10). Bununla beraber DSM-III-R’de ise güncel kullanımda olan “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” adıyla yer almıştır (11). Psikiyatrik hastalıklar tanı sınıflaması el kitabı dördüncü sürümünde (DSM-IV) ise DEHB; “hiperaktivite ve dürtüsellüğün ön planda olduğu tip”, “dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip” ve “bileşik tip” olmak üzere 3 alt başlıkta yer almıştır (12). En son 2013 yılında yayınlanan ve mevcut en güncel tanı sınıflaması olan DSM-V’te ise, DEHB “nörogelişimsel bozukluklar” başlığı altına alınmıştır. Bunun yanında,

DSM-IV'te başlangıç yaşı ölçütünün 7 yaş olmasının tanı için sorun yaratması nedeniyle DEHB için başlangıç yaşı 12 yaş olarak değiştirilmiş ve DEHB tanısı için Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısının olmaması şartı kaldırılmıştır. Ayrıca DSM-IV'te yer alan "alt tip" kavramının yerine DSM-V'te "görünüm" kavramı getirilmiştir (5).

2.1.3 Okul Öncesi Dönemde Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB çocukluk çağıının en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biridir (5). DEHB tanısı genellikle okul çağı çocuklarında konulmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda belirtilerin sıklıkla okul öncesi dönemde başladığı belirlenmiş olup erken tanı ve tedavinin üzerinde durulmaktadır (13). Okul öncesi dönemde DEHB prevalansı %2 ile %5.7 arasında değişen oranlarda rapor edilmiş olup oranlardaki değişiklik, çalışmalar sırasında kullanılan değerlendirme araçları, farklı anne baba tutumları ve semptomların kabul görmesi ile ilgili kültürel farklılıklara bağlanmıştır (14).

Okul öncesi dönemde DEHB'li çocuklar; aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat sorunları ile ilişkili olan agresif davranışlar, öfke nöbetleri, karşı gelme davranışları, yaşıtlarıyla ilişki kurmada zorluklar, konuşma gecikmesi ya da konuşma bozuklukları gibi sorunlar nedeniyle çocuk psikiyatrisi kliniğine başvurmaktadır (15). Kreş ortamında aşırı hareketlilik nedeniyle oyun ve etkinlikleri sürdürmemeye, kurallı oyunları yaşıtları gibi organize edememe, sürekli gürültülü ve hareketli etkinlikleri seçme eğiliminde olmaktadırlar. Aşırı hareketlilik ve her şeyi kurcalama isteği bazen ebeveynler tarafından araştırmacılık olarak tanımlanmakta olup yıkıcı davranışlara olumlu değer atfedilerek engellenmeyen bu çocuklar başka ortamlarda bu davranışları nedeniyle dışlanabilmektedir (16).

Beyin gelişiminin ve akademik başarı kazanmanın en hızlı olduğu bu yaş grubu çocuklarda DEHB semptomlarının olması, bilişsel işlevleri olumsuz etkileyebilmektedir. Dikkat sorunları, dürtüsellik ve hareketlilik nedeniyle kreş ortamında da etkinliklere odaklanamadıkları için verbal ve nonverbal becerileri DEHB'li olmayan akranlarına oranla geri kalmaktadır. DEHB ile birlikte olan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik nedeniyle okul öncesi dönem çocukları için belki de en hayati öneme sahip konu kazalardan korunmalarıdır. Yine bu yaş grubu gerek fiziksel özellikleri gerekse de bilişsel fonksiyonları nedeniyle kazalara ve yaralanmalara yatkındırlar, buna

bir de DEHB semptomlarının eklenmesi olayı daha da kaotik hale getirmektedir. Her yere tırmanma, merdivenlerden düşme, eşyaları devirmeye kalkışma, ocakla/ateşle oynayıp yangın çıkarmaya varabilen ev kazaları ve dış dünyada maruz kaldıkları kazalar bazen bu çocukların hayatlarında kalıcı hasarlara hatta ölüme neden olabilmektedir. İstenmeyen kazalara bağlı ölümler bu yaş grubundaki ölümlerin nedenleri arasında ilk 5 sırada yer almaktadır (17). DEHB belirtilerinin daha fazla risk almaya ve yaralanma tehlikesi içeren davranışlara neden olduğu ancak yaralanma riskini arttırmadığı bulunmuş, bu sonuç ebeveynlerin koruyucu tutumlarına bağlanmıştır (18).

2.1.4. Epidemiyoloji

APA verilerine göre okul çağı çocuklarında DEHB sıklığı %3-7 arasındadır (19). Yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışmasına göre tüm dünyada çocuk ve ergenlerde DEHB prevalansı ortalama %3,4 olarak bulunmuştur (20). Prevalans değerleri çalışmalarda kullanılan ölçekler, tanı metodu ya da bozulma kriterlerine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Ülkemizde DSM-IV-TR tanı ölçütlerine dayanılarak yapılan bir çalışmada bozulma kriteri eklenmeden DEHB prevalansı %21,8, her iki ortamda da semptomlardan kaynaklanan bozulma saptanan olguların prevalansı ise %12,7 olarak saptanmıştır (21). Okul öncesi yaşlardaki çocuklarda DEHB prevalansı ile ilgili çalışmalar ise sınırlı sayıdadır. Ancak toplum temelli yapılan çalışmalarda oranların %2 ile %12,8 arasında değiştiği saptanmıştır (8,22). DSM-IV-TR tanı kriterleri ile DEHB tanısı konmuş olan çalışmaların meta analitik gözden geçirmesinde 3-5 yaş arası DEHB prevalansı ortalama %10,5 olarak bildirilmiştir (23).

DEHB'nin erkeklerde kızlardan daha sık görüldüğü bilinmektedir. Toplum temelli örnekleme erkek: kız oranı 3:1 iken, klinik örnekleme 8-9:1 düzeyindedir (24). Okul çağı çocuklarında DEHB sıklığı erkeklerde kızlardan 3-4 kat fazla iken, okul öncesi yaş grubunda erkeklerde görülme oranı kızlardan sadece 2 kat fazladır (25).

2.1.5. Etyopatogenezi

Önceleri, DEHB'de gözlenen bilişsel işleme, dikkat, motor planlama, yanıt işleme hızı

ve diğer davranışsal sorunlara ve beynin gri-beyaz maddelerinin hacmi ya da fonksiyonunun azalmasına dayanarak, azalmış beyin fonksiyonu hipotezi ortaya atılmış ancak henüz DEHB etiyolojisi kesin olarak ortaya konulamamıştır (26). Ancak literatürde, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminin sonucunda ortaya çıktığı yaygın şekilde kabul görmektedir (27). DEHB hakkında bugüne kadar yapılmış pek çok çalışma bulunmasına rağmen etiyolojisi kesin olarak belirlenememiştir. Yapılan çalışmalar ışığında DEHB'nin genetik temelli, katekolaminerjik sistem disfonksiyonu ve frontostriatal-yönetici işlev bozukluğuna bağlı gelişebileceğine dair üç farklı hipotez öne çıkmaktadır (28).

2.1.6.Genetik Faktörler

DEHB'nin sıklıkla ailesel geçiş gösterdiği bilinmektedir. Bu alandaki veriler yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarına dayanmaktadır. DEHB tanılı çocukların kardeşlerinde ve ebeveynlerinde DEHB riskinin genel topluma oranla 2-8 kat arttığı bildirilmiştir. Kalıtılabilirlik oranları çalışmalarda kullanılan yöntem ve ölçeklere göre değişkenlik göstermekle birlikte, ikiz çalışmalarının gözden geçirildiği bir meta-analiz sonucunda kalıtılabilirliğin %76 olduğu bildirilmiştir (29).

Okul öncesi DEHB'li olgularla yapılan çalışmalar ise kısıtlı sayıdadır. Okul öncesi yaş grubunda yapılan bir ikiz çalışmasında 3 yaşındaki olgularda okul çağındakilerle benzer şekilde hiperaktivite/dikkat eksikliği davranışlarının kalıtılabilirliği %70, hiperaktif davranışların değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise 2, 3 ve 4 yaşlarındaki olgularda %70-80 arasında değişen oranlarda saptanmıştır (30,31).

2.1.7. Çevresel Faktörler

DEHB'nin ortaya çıkmasında genetik faktörler önemli rol oynamakla birlikte çevresel faktörlerinde etkisi bulunmaktadır. DEHB'nin ortaya çıkmasında etkili gen çevre etkileşimine dair faktörler incelendiğinde hamilelikte sigara ve alkol kullanımı, stres düzeyi gibi anneye ait faktörlerin ağırlıklı olduğu dikkat çekmektedir (32). Ebeveyn eğitim düzeyinin düşük olması, müdahaleci veya tutarsız ebeveyn tutumları, erken çocuklukta olumsuz yaşam deneyimleri (3 yaş

öncesi), erken doğum, düşük doğum ağırlığı, düşük sosyoekonomik düzey, DRD4 7R alleli için bahar veya yaz aylarında doğmuş olma gibi faktörler DEHB ile ilişkili bulunmuştur. Kısaca, intrauterin dönem ve yaşamın erken yılları, beyin gelişiminin hızlı olması sebebiyle çevresel faktörlerin en önemli olduğu dönemlerdir (33).

2.1.8. Psikososyal Faktörler

Şiddetli marital problemler, düşük sosyoekonomik düzey, büyük aile yapısı, ebeveynin suça karışmış olması, maternal psikopatoloji ve koruyucu ailede bulunmanın DEHB ile pozitif bağlantısının olduğu bulunmuştur (33). 1-3 yaş arası televizyon izlemenin 7 yaşındaki hiperaktivite ve dikkat problemleri ile ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, televizyon izlenen saatlerin artışı ile semptom artışı arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (32).

2.1.9. Nörokimyasal Etkenler

DEHB etiyolojisinde beyindeki nörotransmitter sisteminin önemli bir yere sahip olduğu gözlenmektedir. Literatür incelendiğinde dopamin, nöroadrenalin ve serotonin en çok araştırılan nörotransmitterler olduğu görülmektedir. Dopamin daha çok dikkat sorunlarıyla, nöroadrenalin hiperaktivite dürtüsellik ve davranış sorunlarıyla ilişkiliyken serotoninin agresyon ve seçici dikkat ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (34,35). Literatürde nöroadrenalin ve dopamin arasındaki dengesizliğin DEHB'ye yol açtığını ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (36,37). Bu nedenle de katekolaminerjik sistem disregülasyonun DEHB etiyolojisinde önemli olduğu ileri sürülmektedir (38).

2.1.10. Klinik Özellikler

DEHB çocukluk çağında başlayan, kişinin yaşına uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite bulguları ile karakterize nöropsikiyatrik bir bozukluktur (4). Bu semptomlar kişinin akademik, sosyal ve mesleki işlevselliğini bozmaktadır. Belirtiler sıklıkla 3 yaş öncesinde de görülmektedir fakat tanı genellikle çocuk kreş veya anaokulu gibi

yapılandırılmış ortamlarda öğretmen tarafından gözlemlenen dikkat ve dürtüsellik açısından kendi yaş grubundaki akranları ile karşılaştırılana dek konulamamaktadır. DEHB semptomlarının şiddeti, serebral olgunlaşmaya paralel olarak, yaş ile birlikte azalma eğilimindedir ve yıkıcı davranış semptomları okul yıllarında erkeklerde (kızlarla oranla) daha sık gözlenmektedir (39).

2.1.11. Eş Tanılar

Dikkatsizlik ve hareketlilik pek çok psikiyatrik hastalıkta bulunabildiği için DEHB ile karışabilir. Örneğin, anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan çocuklarda dikkat sorunları gözlenebilir. Fakat DEHB’de dikkat dışardan gelen bir uyarana bağlı olarak dağılırken, anksiyete bozukluğunda tekrarlayıcı düşünceler ve kaygı sebebiyle dikkat dağınıklığı görülmektedir. Depresyondaki dikkat sorunları sadece depresif epizodda görülmesi ile DEHB’den ayrılır.

Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) olan çocuklardaki dikkat sorunları; öğrenme becerisinde kısıtlılık, hayal kırıklığı ve ilgi duymama nedeniyle ortaya çıkar, DEHB eşlik etmeyen ÖÖB’lerde akademik alan dışında dikkat sorunlarına rastlanması beklenmez (40).

Madde kullanım bozukluğunda (MKB) görülebilen konuşma miktarında artış, hareketlilik, odaklanma güçlükleri ortak bulgulardır ve DEHB-MKB eş tanı oranı yüksektir.

Bipolar bozukluktaki hareket artışı, dikkat sorunları, dürtüsellik belirtilerinin başlangıç ve seyir şekli (kronik veya epizodik) ile DEHB’den ayrılır.

Zihinsel yetersizlikli olgular akademik güçlükler sebebiyle hekime başvurdıklarında DEHB-dikkat eksikliği baskın görünüm ile karışabilir. Ayırıcı tanı zeka testleri ile yapılabilirken, geç tanı almış DEHB’li olgularda bu testler gerçek potansiyeli yansıtmayabilir.

Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) olan çocuklarda okul ve derslerle ilgili çalışmalara direnebilir. DEHB’li bireyde bu direnç dikkati odaklamadaki güçlükten kaynaklanabilir, KOKGB’de başkalarının isteklerine direnmekle ilgilidir.

2.2 OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

2.2.1 TANIM VE TARİHÇE

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) iki temel alanda (sosyal iletişim-sosyal etkileşim ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlar) sorunların görüldüğü nörogelişimsel bir bozukluktur. Belirtiler erken dönemden itibaren mevcut olmasına rağmen aile ve çevre tarafından farklı zamanlarda fark edilebilir. Çünkü nörogelişimsel bozukluğun derecesi, çevresel etmenler ve ek psikiyatrik tanılarının varlığı belirtilerin şiddetini bireyden bireye değiştirebilir.

Otizm kelimesi ‘aut’ ve ‘izm’ olmak üzere iki parçadan oluşur. Aut kelimesi Yunanca autos kelimesinden gelmektedir. Autos kelimesi Yunanca’da ‘kendi’ anlamında kullanılır. İsm ise ‘bir durumun içinde olma hali’ anlamındadır. Buradan yola çıkarak otizmi kendi başına olma hali olarak tanımlayabiliriz (40).

Otizm kelimesi psikiyatrik terim olarak ilk defa Bleuler (1857-1939) tarafından şizofreni ile birlikte görülen kendi iç dünyasına çekilme, dış dünyaya karşı ilgisizlik durumunu tarif etmek için kullanılmıştır. Çocukluk çağı psikopatolojisini tanımlamak amacıyla ilk defa Kanner (1943) tarafından dile getirilmiştir. Kanner sosyal iletişim güçlüğü yaşayan ve tekrarlayan amaçsız davranışları olan 11 olguyu ‘infantil otizm’ olarak adlandırmıştır. Benzer zamanlarda Hans Asperger de (1944) iletişim güçlüğü, sosyal beceri eksikliği, tekrarlayan davranış paternine sahip bir grup çocuk ve ergeni otistik psikopati olarak tanımlamıştır. Ancak otizm spektrum bozukluğu tanısı, 1980 yılında DSM-III ile tanı sınıflama sistemine girene kadar pek çok otistik psikopatoloji gösteren çocuk, şizofreni olarak değerlendirilmiştir. DSM-V ile birlikte tanımlama sisteminde belirgin değişiklik yapılmıştır. Patoloji daha önce kullanılan ‘Yaygın Gelişimsel Bozukluk’ tanı başlığından farklı olarak ‘Otizm Spektrum Bozukluğu’ olarak adlandırılmış, alt başlıklar kaldırılmış, temel belirti grupları üç temel boyut yerine iki temel boyutta ele alınmıştır (5).

2.2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Literatür incelendiğinde otizm sıklığının yıllar içinde hızlı bir artış içinde olduğu görülmektedir. İlk prevalans çalışmalarında 2-4/10.000 gibi düşük bir sıklık gösterilirken, 2016 yılında bu oran 1/54’e yükselmiştir (41). Prevalansın zamanla artmasına ilişkin farklı teoriler ortaya atılsa da en çok kabul görenler; geç ebeveynlik yaşı, tanı koymadaki artış ve otizm ile ilgili farkındalıktır (41)..

Okul öncesi dönemdeki epidemiyoloji çalışmalarına bakarsak; Chakrabarti ve Fambonne'nin 2001 yılında yaptığı bir çalışmada 2,5-6,5 yaş arası OSB prevalansının 16,8/10.000 bildirilmekteyken aynı araştırmacılar 2005 yılında 4-7 yaş arası prevalansı 22/10.000 olarak rapor etmiştir. Çin'de okul öncesi dönemde 2-6 yaş arası çocuklarda yapılan taramada otizm sıklığı 17,9/10.000 bildirilirken erkek/kız oranı 2,5/1 olarak bulunmuştur (42).

Birçok çalışmada hastalığın erkeklerde daha fazla görüldüğü ve erkek/kız oranının 4/1 olduğu bildirilmiştir (43). Bu durumu kadın beyninin genetik ve çevresel etkenlere karşı daha az duyarlı hale getiren koruyucu faktörlerin olduğuyla ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (44).

2.2.3. ETYOLOJİ

Bu alanda pek çok çalışma bulunmasına karşın hala OSB'ye neyin neden olduğuna dair bilgilerimiz kısıtlıdır. Kabul gören genel görüş; otizmin ortaya çıkışında genetik, epigenetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğudur (45).

2.2.4. GENETİK FAKTÖRLER

Aile ve ikiz temelli çalışmalar OSB'nin yüksek oranda genetik kalıtım gösteren nörogelişimsel bir bozukluk olduğunu bildirmektedir (46,47). Çift yumurta ikizlerinde prevalans, kardeşlere göre daha yüksek olması sebebiyle benzer prenatal, perinatal ve postnatal dönemlere maruz kalmanın genetik etkenler kadar önemli olduğu ve bu durumun gen-çevre etkileşiminin önemini gösterdiği bildirilmiştir (48,49).

OSB tanılı bireylerin ailelerinde tanı düzeyinde olmayan sosyal iletişim becerisi eksiklikleri görülmesiyle geniş fenotip kavramı ortaya çıkmıştır (50). Bu kavram OSB'li bireylerin ailelerindeki eşik altı belirtileri tanımlamak için kullanılmaktadır. Geniş otizm fenotipinin 3 temel bileşeni vardır; pragmatik dil eksikliği, uzak durma, katı kişilik (51).

2.2.5. ÇEVRESEL FAKTÖRLER

Otizm prevalansında yıllar içinde görülen artış çoğunlukla tanı koymada ve hastalığa ilişkin farkındalıktaki artışla ilişkilendirilmekle birlikte bunun gerçek bir artış olma olasılığı çevresel risk faktörlerinin de incelenmesini gerekli kılmıştır. Çevresel risk faktörlerinin epigenetik bir etki ile otizm riskini arttırdığı ortak kabul gören görüşlerdendir.

Otizm etyopatogenezinde çevresel risk faktörleri konsepsiyon öncesi, gebelik, doğum ya da doğumdan sonraki dönemde olabilir. İleri anne (40 üstü) ve ileri baba (50 üstü) bu riskler arasından en çok kabul görenlerdir. Anne-baba arası yaş farkındaki artışın da risk faktörü olduğu bilinmektedir (52). Annenin bir önceki gebeliği ile arasında 24 aydan kısa zaman bulunması da risk faktörlerindendir (53).

Annenin gebelik döneminde geçirdiği enfeksiyonlar ve ailede otoimmün hastalık öyküsü bulunması ile otizm riskinin arttırdığı bildirilmiştir (54). Gebelik döneminde kimyasallar ve ağır metallere maruz kalmanın da otizm riskini arttırabileceği bildirilmiştir (55). Düşük doğum ağırlığı, erken doğum (<32 hafta), yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalma, erkek cinsiyet risk faktörü olarak bildirilmiştir (56,57)

Geçmişte aşılar ve özellikle aşı içindeki kimyasal maddeler otizm riskini arttırmakla suçlanmış olup bu durum aşı karşıtlığı oluşumuyla birlikte bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Fakat son çalışmalar aşılar ile otizm gelişimi arasında ilişki olmadığını göstermiştir (58).

2.2.6. OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE KLİNİK GÖRÜNÜM

OSB temel belirtileri bütün yaş dilimlerinde benzer olmakla birlikte, belirtilerin ortaya çıkış biçimi ve hayatı etkileme derecesi değişmektedir. Oyun döneminde (3-6 yaş) otizm belirtileri genelde belirginleşmiş olarak başvurulur. Konuşma gecikmesi, çevreden kopukluk, tekrarlayıcı davranışlar daha belirgindir. Otizm belirtileri çoğunlukla yaşamın ilk yılından itibaren görülmekte ancak belli bir grupta sosyal-iletişimsel gerileme 1-2 yaş arasında olmaktadır. Belirtiler erken dönemlerden itibaren var olmasında rağmen aileler çocuğun konuşmasını bekledikleri dönem olan 18-24 ay arasında şüphelenmeye başlar. Erken çocukluk döneminde OSB'li çocuklar aileleri tarafından fark edilemeyecek kadar silik bulgular taşıyabilir. Fakat bu dönem için bazı ipuçlarından bahsedilebilir. 1 yaş öncesinde çocuğun kazanması gereken karşılıklı gülümseme, bakımveren sesine sesli yanıt vermeme, göz kontağında yetersizlik, jest-mimiklerde yetersizlik, ismine

bakmama, nötr duygulanım, bazı nesnelere artmış ilgi gibi belirtiler gözlenebilir. Uyku düzeninde bozukluklar, işitsel uyaranlara yeterince dikkat etmeme (ismine yanıt vermeme), aşırı hareketli veya aşırı hareketsiz olma, detaylara dikkat etme gibi özgül olmayan özellikler görülebilir. Mizaç olarak ağlayan, huzursuz, hareketli gibi zor mizaç özellikleri olabilirken; uyarana kapalı, sakin olma, ebeveyninin dikkatini çekmeye çalışmama gibi kolay mizaç özellikleri de görülebilir. Araştırmalarda, iki uçtan örneklerin de olduğu gösterilmiştir (59).

2.2.7. TEDAVİ

OSB'nin çekirdek belirtilerine etkili radikal bir tedavinin olmadığı, eğitsel yaklaşımların temel tedavi yaklaşımı olduğu uzun yıllardan beri vurgulanmaktadır. Erken tanı ve erken eğitsel müdahaleler sürece olumlu etki ettiği için oyun çağına gelmeden önce çocuklarda tanı ve tedavinin başlamış olması önem arz etmektedir.

Okul öncesi dönem OSB tanılı çocuklarda sosyal iletişimsel beceri düzeyi, problemleri davranışlar, adaptif beceriler değerlendirilir ve çocuğun durumuna göre müdahale programı düzenlenir. Her çocuğun işlevsellik düzeyi ve yetersizlik alanlarına göre program yapılmalı ve bireye özgü olmalıdır. Bu program temel ilkeler çerçevesinde bireyin gelişimsel özellikleri, yaşadığı problemler, ailesel ve toplumsal olanaklara göre düzenlenir.

Okul öncesi yaş grubunda tedavi; psikososyal-eğitsel müdahaleler ve psikofarmakolojik müdahaleler olarak sınıflanabilir. Eğitsel müdahaleler sosyal-iletişimsel beceri eğitimi ve davranış kontrolünü sağlamayı amaçlamaktadır. Psikofarmakolojik tedavi ise temel OSB özelliklerinden ziyade eşlik eden ilişkili emosyonel ve davranışsal sorunları hedef almaktadır ve okul öncesinde sık sık görülen irritabilite, öfke nöbetleri, stereotipiler, zarar verici davranışlar, dikkat eksikliği, dürtüsellik, uyku bozukluklarına yöneliktir (60).

2.3. MİZAÇ

2.3.1 TANIM

Mizaç bir çocuğun kendine özgü davranış stilini belirleyen, doğuştan gelen kişisel özelliklerin bütünüdür. Mizacın kendisi başka bir deyişle bir çocuğun bir göreve yaklaşım şekli, çocukların davranışlarının çeşitliliğini görmemizi sağlar ve bu durum normal olarak adlandırdığımız davranış çeşitliliğine yol açar. Bir çocuğun tipik davranışı bir başkası için tipik olmayabilir ama bunların ikisi de normal davranış olabilir. Mizaç tanım olarak çocukların nasıl davranması gerektiği kavramını değiştirerek her çocuğun kendine özgü davranışları olduğunu anlatır (61).

Davranış; gelişim seviyesi, çevre, hastalık ve yaşanan olaylar gibi pek çok faktörden etkilenir. Çocuk gelişimsel evrelerden geçerken denge ve dengesizliğin olduğu dönemlerden geçer (62). Dengesizlik döneminde meydana okuyucu ya da regresif davranışlar gösterebilir. Benzer şekilde hastalık, çocuğun sessiz, letarjik, ya da ajite davranmasına yol açabilir, örneğin; DEHB tanımlı bir çocuk, sosyal kaygısı olan bir çocuğa kıyasla farklı davranışlar sergileyebilir. Diğer bir deyişle mizaç, kişinin olayları yaşantılamasındaki farklılığı belirler (61).

2.3.2 TARİHÇE

Mizaç terimi İngilizce “temperament”, Latince “temperare” kelimesinden gelir. Kelime anlamı karıştırmak veya karışım olan bu sözcük birden çok etkenin bir davranışı oluşturmak amacıyla bir arada çalışması anlamına gelir. Mizaç tanımı, ilk kez Hipokrat tarafından ortaya atılmış daha sonra Galen tarafından detaylandırılmıştır (63).

Antik Yunanlılar davranışları açıklamak için mizaç modelini benimsemişlerdir ve bu davranışları vücut sıvılarındaki biyolojik farkların kombinasyonu olarak görmüşlerdir. Bu sıvıların belirli miktarlardaki karışımlarının, duygusal, davranışsal ve sağlıkla ilgili bireysel farklılıkları oluşturduğu iddia edilmiştir. İdeal mizaç, bu faktörlerin dengede olmasıyla meydana geldiği varsayılmıştır (64).

20. yy’ın başlarında, kişilik teorisi evrimleşmeye başlamıştır. Teorisyenler duyguların ifadelerindeki farklılıklar ve bu farklılıkların gücü ve hızı ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. Gessel ve meslektaşları, yenidoğanların davranışsal karakterlerinin farklılıklarını ortaya çıkaran çalışmalar yapmış ve bunların doğuştan geldiğine ve çevresel etkenlerden bağımsız olduğuna inanmışlardır (65).

Sigmund Freud (1950), ilk çalışmalarında mizaç farklılıklarını libidodaki enerji miktarı ve sinir sisteminin uyarılabilirliği ile ilişkilendirmiştir. Ancak daha sonraki araştırmalarda, davranış gelişiminin erken çocukluk deneyimlerine daha çok bağlı olduğu üzerinde çalışmıştır. Freud'un bu yaklaşımı, 20. yüzyılın büyük bölümünde etkili olmuş ve kalıtsal, biyolojik farklar büyük ölçüde ihmal edilmiştir (62). Birçok psikolog, psikanalitik teoriler nedeniyle genetik farklılıkları reddetmemiş olsalar da, öğrenme teorisyenleri ve davranışçılar Freud'la aynı görüşte değildir. Bu gruba göre, yenidoğan bir 'tabula rasa' yani boş bir kara tahta olarak kabul edilmekte ve deneyimlerin, çocuk üzerinde kalıcı izler bıraktığı düşünülmektedir. Bu perspektifte, genetik eğilimlerin önemi göz ardı edilmemiştir (66).

20. yy'ın ikinci yarısında, bireysel farklılıklar kavramı "nature-nurture" çatışmasını ortaya çıkarmıştır. "Doğa" tarafını destekleyenler, genetik ve biyolojinin farklılıkların temelini oluşturduğunu savunmuşlardır; bunlardan biri de Lorenz'dir. "Nurture" tarafını destekleyenler ise, özellikle yetiştirenlerin özelliklerine vurgu yaparak, edinilmiş faktörlerin, özellikle erken çevresel etkileşimlerin, farklılıkların temelini oluşturduğunu savunmuşlardır; bu gruptan biri de Bowlby'dir (64).

2.3.3. MİZAÇ ETYOLOJİ

Mizaçla ilgili yapılan araştırmalardan, mizaç özelliklerinin genetik geçişli olduğu ve aynı zamanda çevresel etkilere de maruz kaldığı sonucuna varılmaktadır. Bebeklerdeki mizaç özelliklerinin genetik ve çevresel nedenlerini anlamak için iki ana çalışma deseni kullanılmaktadır. İlk olarak, ikiz çalışmaları; ikinci olarak ise evlat edinme çalışmalarıdır. İkizler üzerinde yapılan mizaç kalıtılabilirlik çalışmalarında, bu oran genellikle %20 ile %60 arasında değişmektedir. Ancak, birkaç istisna dışında (örneğin, yatıştırılabilirlik ve ritmik olma arasında genetik ilişki gösterilmiştir), mizaç özellikleri arasında genetik bir ilişki bulunmamaktadır. İkiz evlat edinme çalışmalarında ise, paylaşılan çevrenin mizaç özellikleri üzerinde çok küçük bir etkisi olduğu rapor edilmektedir. Yani, benzer bir büyüme ortamında yetişen bireylerin mizacının benzer olmasının temel nedeni, aynı DNA'yı paylaşmalarıdır (67). Ebeveyn bildirimli çalışmalarda, gözlemsel ve davranışsal yöntemlerle gerçekleştirilen birçok ikiz çalışmasında aktivite seviyesi, davranışsal inhibisyon, çekingenlik, korkusuzluk, duygulanım/dışavurum ve görev oryantasyonu gibi

özelliklere odaklanılmıştır. Ebeveyn bildirimli çalışmalarda genetik etki, tek yumurta ikizlerinde belirgin iken, çift yumurta ikizlerinde beklenenden daha düşük çıkmaktadır. Bu durum, çift yumurta ikiz annelerinin çocuklarının davranışlarını zıt bir şekilde değerlendirme eğiliminden kaynaklanmaktadır. Gözlemsel olarak aynı ikizler incelendiğinde, mizaçlarının benzer olduğu görülmüştür. Bu nedenle, ebeveyn bildirimleriyle birlikte klinisyenin gözlemi, ikiz çalışmalarında önemli bir rol oynamaktadır.

2.3.4. GENETİK FAKTÖRLER

Yapılan çalışmalarda DRD4 geninin 3. Eksonun 48 baz çiftlik tekrar polimorfizmi yenilik arayışıyla, serotonin transporter promotor polimorfizmi de (5-HTTLPR) nörotizm/kaygı ile ilişkili bulunmuştur (68,69). Ancak bu bulgular bazı çalışmalarda gösterilmemiştir. Özellikle çocuk mizacı ile ilgili olarak, hem DRD4 hem de 5-HTTLPR polimorfizmleri motor organizasyonu ve negatif duygulanım (örneğin korkuya eğilim, kızgınlık ve stres) ile ilişkilendirilmiştir (70). Bir yaşındaki bebeklerde, DRD4 geni dikkat, merak, kızgınlık ve etkinlik seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir; 5-HTTLPR ise yabancı korkusu ve pozitif duygulanım ile bağlantılı bulunmuştur (71). Yeni yürümeye başlayan çocuklarda yapılan çalışmalarda DRD4 ve 5-HTTLPR polimorfizminin çekingenlik ve agresyonla ilişkisi araştırılmış ve çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. DRD4, gözlenen çekingenlik ve agresyonla ilişkilendirilmemiş olsa da, anne-bildirimli çalışmalarda bu özelliklerle ilişkilendirilmiştir (72). Benzer şekilde, DRD4'ün beş aylık bebeklerde değil, ancak bir aylık bebeklerde uyum sağlama yeteneği ile ilişkilendirildiği gösterilmiştir (73).

2.3.5. ÇEVRESEL FAKTÖRLER

Bronfenbrenner'ın biyo-ekolojik modeline göre, genetik farklılıklar dış çevre faktörleriyle etkileşime girerek ortaya çıkar. Bu model, çevresel etkilerin gelişimsel işlev bozukluklarına neden olma potansiyelinin dezavantajlı ailelerde daha güçlü olduğunu, ancak genetik potansiyeli yüksek ailelerde de etkili olduğunu öne sürer (74). Bu etkilerden biri de anne-çocuk ilişkileridir. Postpartum depresyon yaşayan annelerin, bu durumun anne-çocuk ilişkisini etkileyerek çocuklarının zor mizaçlı olmasına yol açtığı rapor edilmiştir (75). Ayrıca, annenin başa çıkma

mekanizmaları ve çocuğa karşı gösterdiği hassasiyet de çocuğun mizacını etkiler (76). Çocukluk döneminde annenin negatif deneyimlerinin, çocukta olumsuz duygusal/davranışsal düzensizliklerle ilişkili olduğu ve genetik olarak dezavantajlı çocuklarda bu düzensizliklerin daha belirgin olduğu belirlenmiştir (77).

Sosyoekonomik düzeyin etkisi altında doğan çocukların mizaçları da etkilenebilir. Erken doğmuş ve düşük doğum ağırlıklı çocuklar genellikle zor mizaçlı olarak tanımlanır (78). Farklı araştırmacılar, erken doğan ve zamanında doğan bebekler arasında ilk bir yılda mizaç farklılıkları olduğunu göstermiştir. Erken doğmuş bebeklerin yeni veya değişken durumlara daha yavaş adapte oldukları vurgulanmıştır (79,80). Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin ise daha şiddetli duygusal tepkiler verdiği, huzursuzlandığı, duygusal eşiklerinin daha yüksek olduğu, çekingen ve olumsuz bir ruh haline sahip oldukları, biyolojik ritimlerinin düzensiz olduğu ve zamanında doğan bebeklere göre daha az sebatkar oldukları belirtilmiştir (79). Altı aylık bebeklerle yapılan iki çalışmada, erken doğmuş ve düşük doğum ağırlıklı bebekler arasında görülen zor bebek sıklığının vaktinde doğmuş bebeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir (79,81). Ancak, yapılan diğer çalışmalarda erken doğmuş ve düşük doğum ağırlıklı çocuklar ile zamanında doğan çocuklar arasında ebeveyn değerlendirmelerinde belirgin farklılıklar olmadığı görülmüştür (82–85). İki çalışma, altı aylık bebekler arasında erken doğmuş ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin zor mizaç sıklığının zamanında doğmuş bebeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir (86). Ancak, dört aylık bebeklerle yapılan başka bir çalışma, küçük ve erken doğmuş bebeklerin daha kolay mizaçlı olduğuna dair sonuçlara sahiptir (87).

2.3.6. NÖROGELİŞİMSEL PSİKOPATOLOJİLER VE MİZAÇ

DEHB ve OSB gibi nörogelişimsel psikopatolojiler ile mizaç ilişkisini araştıran çalışma sayısı sınırlıdır. Okul çağı çocuklarda yapılan bir çalışmada olumsuz tepkisellik oranının yüksek olmasının, genel psikopatoloji ve DEHB riskinde artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (88). DEHB tanılı çocuklarda yüksek sıcakkanlılık ve düşük sebatkarlığın özellikle hiperaktivite-impulsivite ile, düşük sebatkarlığın ise özellikle dikkat eksikliği ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (89).

DEHB’de yenilik arayışının daha yüksek; sebat etme, kendini yönetme, kendini aşma ve işbirliği yapmanın daha düşük olduğunu gösterilmiştir (90,91). DEHB’li çocukların; çaba

gerektiren kontrol, vicdanlı olma, yardımseverlik ve duygusal denge yönünden düşük , duygusallık ve negatif duygulanım yönünden yüksek, taşkınlık, utangaçlık ve dışa dönüklük açısından ise kontrol gurubu ile benzer ortalamada bir özellik profili sergilediklerini göstermektedir (92).

OSB tanımlı çocuklarda yapılan ilk mizaç çalışması, kontrol grubundaki çocuklara göre OSB'li çocukların daha zorlayıcı bir mizaca sahip olduklarını göstermiştir (93).

Okul öncesi ve okul çağındaki OSB'li çocuklarda da mizaç farklılıkları gösterilmiştir. Tipik gelişmekte olan çocuklarla karşılaştırıldığında, ebeveynleri OSB'li çocukları daha az reaktif ve çevresel değişikliklerle daha az uyumlu olarak tanımlamıştır (94). OSB tanımlı çocukların odaklanma, dikkat değiştirme, engelleyici kontrol ve yatıştırılma yeteneklerinin daha düşük olduğu görülmüştür (95). Otizm spektrum bozukluğunun davranışsal belirtileri gibi, mizacın da erken gelişim sırasında ortaya çıktığı ve takip sırasında OSB belirtilerinin ortaya çıkışını anlamaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir (96). Rothbart ve ark. mizacın bir bozukluğun seyrini ve tedaviye yanıtını değiştirebileceğini ve psikopatoloji gelişme riskini etkileyebileceğini iddia etmişlerdir (97).

İkizlerde yapılan bir çalışmada, OSB ve DEHB ortak mizaç özelliklerinin %72-96 oranında genetik etmenlerle açıklanabileceği belirlenmiştir (98). Oksitosin (OXT) sisteminin davranışları yönlendiren düzenleyici etkisinin olduğunu OXTR gen polimorfizminin mizaç özelliklerini değiştirebildiği ve OSB ve DEHB gibi hastalıklarda sosyal kognisyon yetersizliğine sebep olabileceği ve OSB için potansiyel risk oluşturabileceği öne sürülmektedir (99–101).

2.4. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

Psikolojik sağlamlık kavramı, Latince "resiliens" olarak ifade edilir ve "bir maddenin elastik yapısıyla kolayca aslına dönebilmesi" anlamına gelir (102). Türkçe'de bu kavramın karşılığında çeşitli terimler bulunmakla birlikte, "sağlamlık", "dayanıklılık", "yılmazlık", "güçlülük", "toparlanma", "psikolojik dayanıklılık" ve "psikolojik sağlamlık" gibi tanımlamalar yapılmıştır (103).

Psikolojik sağlamlık (resilience); bir çocuğun stresle nasıl baş ettiği ve travmadan nasıl kurtulduğu/iyileştiği ile ilgili bir kavramdır. Çocuklar, psikolojik sağlamlık açısından bir

kapasiteyle doğarlar. Çocukların olumsuz koşullar ve stres altında sergiledikleri psikolojik sağlamlık, bireysel ve çevresel faktörlerin etkisine bağlı olarak farklılık gösterebilir (104,105).

Bakım veren bir yetişkinle güvenli bir bağ, olumlu rol modelleri ile ilişkiler, beceri öğrenme fırsatları, anlamlı etkinliklere katılma fırsatları, aile dışındaki arkadaşlar, oyun grupları, sosyal ortamlar ve okul, çocukların psikolojik sağlamlıklarını destekleyen çevresel unsurlarken özgüven, öz denetim ve olumlu düşünme becerileri gibi bireysel kaynaklar da çocuğun psikolojik sağlamlığını etkileyen faktörlerdir. Çocuklar büyüdükçe, hem aile hem de okul yaşamlarında yeni bilişsel, sosyal ve davranışsal beklentilere uyum sağlamaları gerekmektedir. Okul öncesi dönemde çocukların üstlenmeleri gereken gelişimsel görevler arasında duygu düzenleme, sağlıklı akran ilişkileri kurma, okula hazır bulunma gibi görevler bulunmaktadır. Okul öncesi dönemde, erken gelişimsel görevleri başarıyla yerine getiremeyen çocuklar, yeni görevler ve okul yaşamındaki akademik taleplerle başa çıkma konusunda zorlanabilirler. Çocukların duygusal düzenleme becerileri, olumlu ve olumsuz duygularını yönetebilme, istenmeyen dürtü ve davranışları engelleyebilme, duygusal sorunları aşabilme ve kendi yeteneklerini fark edebilme becerilerini içerir. Duygusal zorluklarla başa çıkabilme yeteneği, stres ve olumsuz deneyimlere etkili bir şekilde karşılık verebilme becerilerini destekler. Ayrıca, duygu düzenlemenin çocukların sosyal, akademik ve kişisel işlevleriyle ilişkili olduğu da belirlenmiştir (106).

Psikolojik sağlamlık, psikiyatrik hastalıklar açıdan önemlidir çünkü hem hastalık şiddetini hafifletici bir rol oynar hem de hastalığın başlamasını önleyen veya geciktiren bir etkiye sahiptir (107). Okul öncesi dönemin, yetişkinlik dönemine kaynaklık eden gelişimsel bir alt yapı oluşturduğu düşünüldüğünde, psikolojik sağlamlığın bu dönemden itibaren desteklenmesi gerekir. Sağlıklı gelişimin desteklenmesi için, bakım veren bir yetişkinle güvenli bir bağ, olumlu rol modelleri ile ilişkiler, beceri öğrenme fırsatları, anlamlı etkinliklere katılma fırsatları gibi dışsal kaynaklar önemlidir. Aile, aile dışındaki arkadaşlar, oyun grupları, sosyal ortamlar ve okul, çocukların psikolojik sağlamlıklarını destekleyen unsurlar arasında yer almaktadır (106).

Psikolojik sağlamlığı, sosyal yetkinlik, içselleştirme ve dışsallaştırma problemleri ile zihinsel ve dikkatsel fonksiyonlarla bağlantılıdır (108–111). Yapılan literatür incelemesinde, psikolojik sağlamlıkla ilgili çalışmaların okul öncesi dönemde ve nörogelişimsel bozukluğa sahip çocuklarda oldukça sınırlı olduğu, daha çok yetişkinlere odaklanan araştırmaların ağırlıkta olduğu gözlemlenmiştir (112).

3. YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma okul öncesi psikolojik sağlamlık ve mizaç özelliklerinin; OSB ve DEHB tanılı çocukların hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan kesitsel ve ilaç dışı bir araştırmadır.

3.2. Etik Kurul Onayı

Bu çalışmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.01.2023 tarih ve 22-12.2T/37 onay karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamızın evreni, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran, 0-6 yaş arası DEHB, OSB tanılı olgular ve çalışma grubuna benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı olgulardan oluşmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmamızın örneklemi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran, 0-6 yaş arası 27 DEHB, 27 OSB ve çalışma grubuna benzer sosyodemografik özelliklere sahip 27 sağlıklı olgu oluşturmaktadır.

3.4.1. Çalışmaya Alınma-Dışlanma Ölçütleri

3.4.1.1. DEHB Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 0-6 yaş arasında olmak

2. DSM-5 kriterlerine göre DEHB tanısı almış olmak,
3. Eşlik eden nörolojik hastalık ya da uzamış bilinç kaybı ile giden travma öyküsü olmaması,
4. Kronik hastalığın (tiroid disfonksiyonu, konjenital kalp hastalığı, işitme kaybı vs) ya da ilaç kullanımı (steroid, albuterol, antihistaminik...vb) olmaması,
5. Genetik sendrom tanısı olmaması,
6. Çalışmaya katılmakta ebeveynlerin gönüllü olması,
7. Ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması
8. Klinik olarak normal zihinsel gelişim düzeyinde olmak

3.4.1.2. DEHB Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 6 yaşından büyük olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. Klinik olarak normal zihinsel gelişim düzeyinde olmamak
4. Eşlik eden nörolojik hastalığın bulunması
5. Kronik hastalığın (tiroid disfonksiyonu, konjenital kalp hastalığı, işitme kaybı...vs) ya da ilaç kullanımı (steroid, albuterol, antihistaminik...vb) olması
6. Genetik sendrom varlığı

3.4.1.3. OSB Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 0-6 yaş arasında olmak
2. DSM-5 kriterlerine göre OSB tanısı almış olmak
3. Eşlik eden nörolojik hastalığın bulunması
4. Kronik hastalığın (tiroid disfonksiyonu, konjenital kalp hastalığı, işitme kaybı...vs) ya da ilaç kullanımı (steroid, albuterol, antihistaminik...vb) olmaması
5. Genetik sendrom tanısı olmaması
6. Çalışmaya katılmakta ebeveynlerin gönüllü olması
7. Ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması

8. Klinik olarak normal zihinsel gelişim düzeyinde olmak

3.4.1.4. OSB Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

1. 6 yaşından büyük olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. Klinik olarak normal zihinsel gelişim düzeyinde olmamak
4. Eşlik eden nörolojik hastalığın bulunması
5. Kronik hastalığın (tiroid disfonksiyonu, konjenital kalp hastalığı, işitme kaybı..vs) ya da ilaç kullanımı (steroid, albuterol, antihistaminik...vb) olması
6. Genetik sendrom varlığı

3.4.1.5. Kontrol Grubunun Oluşturulması

Kontrol grubu, herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik rahatsızlığı olmayan 0-6 yaş arası sağlıklı 27 gönüllüden oluşmuştur. Tüm olgular psikiyatrik görüşme ile değerlendirilmiş, psikiyatrik bozukluk tanısı alan ve eşik altı psikiyatrik belirtileri olan olgular çalışmaya alınmamıştır. Çalışma grubu için yapılan uygulamalar sağlıklı kontrol grubu için de yapılmıştır.

3.4.1.6. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri

1. 0-6 arasında olmak
2. Eşlik eden OSB, DEHB, Zihinsel Yetersizlik gibi psikiyatrik hastalık olmaması
3. Eşlik eden nörolojik hastalık olmaması
4. Kronik hastalığın (tiroid disfonksiyonu, konjenital kalp hastalığı, işitme kaybı..vs) ya da ilaç kullanımı (steroid, albuterol, antihistaminik...vb) olmaması
5. Genetik sendrom tanısı olmaması
6. Çalışmaya katılmakta ebeveynlerin gönüllü olması
7. Ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması
8. Klinik olarak normal zihinsel gelişim düzeyinde olmak

3.4.1.7. Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

1. 6 yaşından büyük olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. Klinik olarak normal zihinsel gelişim düzeyinde olmamak
4. Eşlik eden nörolojik hastalığın bulunması
5. Kronik hastalığın (tiroid disfonksiyonu, konjenital kalp hastalığı, işitme kaybı...vs) ya da ilaç kullanımı (steroid, albuterol, antihistaminik...vb) olması
6. Eşlik eden psikopatolojinin saptanması

3.5. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmaya, EÜTF Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde takipleri devam eden ve DSM-V kriterlerine göre OSB veya DEHB tanısını karşılayan 0-6 yaş arasında olgular ile sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 3 grup dahil edilmiştir. Çalışma hakkında bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden olgular ve ebeveynler çalışmaya dahil edilmiştir.

Ebeveynlerle yapılan görüşmede olguların sosyodemografik özellikleri, gelişim basamakları, ilk kez psikiyatriye başvuru tarihleri, ebeveynlerin çocuklarının yaşitlarından farklı olduğunu söyleyen ilk kişi ve yaşitlarından farklı olduğunu düşünmeleri ile psikiyatriye başvuruları arasında geçen süre olgu veri formuna not edilmiştir.

Otizm şiddetinin belirlenmesi için klinisyen tarafından Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ), mevcut tanıların klinik şiddetini belirlemek için Klinik Global İzlem ölçeği (CGI) ve işlevsellik düzeyini değerlendirmek için Genel Değerlendirme Ölçeği (GAS) uygulanmıştır. DEHB şiddetinin belirlenmesi için ebeveynler tarafından Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurulmuştur.

Uyku alışkanlıkları ve uykuya ilişkin sorunları belirlemek için Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA), mizaç özelliklerinin belirlenmesi için Çocuk Davranış Listesi-Kısa Form (ÇDL-KF), psikolojik sağlamlıklarını değerlendirmek amacıyla Hacettepe Ruhsal uyum envanteri (HRÖ) ve Ego Sağlamlığı Ölçeği, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) ebeveynler tarafından doldurulmuştur

3.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Çalışmamızda değerlendirme ve veri toplama için aşağıdaki araçlar kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form hastaların ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla bu çalışma için literatür temel alınarak oluşturulmuştur. Veri formunda olgunun yaşı, cinsiyeti, devam ettiği aktivite/kurs ve eğitimler, günlük ekran maruziyet süresi, ailesinin sosyoekonomik düzeyi, ebeveynlerin atipik gelişim şüphesinin olduğu zaman ile uzmana başvurması arasında geçen süre, hastanın gelişim basamakları, prenatal/postnatal dönem özellikleri, ailesel özellikleri (kardeş sayısı , anne baba yaşı, eğitim düzeyleri, mesleği, anne baba birlikteliği, ailede psikiyatrik hastalık varlığı) gibi bilgiler toplamaya yönelik sorular mevcuttur.

3.6.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Ercan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilen ölçek, DSM-4 ölçütlerine dayalı olarak DEHB ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarını değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu ölçek, hiperaktivite, dürtüsellik ve yıkıcı davranış alanlarını içermekte olup, özellikle okul öncesi dönemdeki çocuklarda kombine tip DEHB semptomlarını sorgulamaktadır. Ölçek, anne-babalar tarafından doldurulan 10 maddeden oluşmaktadır. Her madde için "Hayır: 0", "Biraz: 1", "Fazla: 2" ve "Çok Fazla: 3" olmak üzere dört farklı yanıt seçeneği sunmaktadır. Yapılan çalışmada elde edilen güvenirlik ve geçerlik sonuçları, ölçeğin etkili bir değerlendirme aracı olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı $\alpha = .92$ olarak belirlenmiştir (113).

3.6.3. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) (Children's Sleep Habits Questionnaire-CSHQ)

Çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku ile ilişkili sorunlarını araştırmaya yönelik olarak 2000 yılında Owens ve arkadaşları tarafından geliştirilen Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)- Kısaltılmış Formu toplam 33 madden oluşmaktadır. Ölçekte yatma zamanı direnci (1,3,4,5,6,8. maddeler), uykuya dalmanın gecikmesi (2. madde), uyku süresi (9,10,11. maddeler), uyku kaygısı (5,7,8,21. maddeler), gece uyanmaları (16,24,25. maddeler), parasomniler (12,13,14,15,17,22,23. maddeler), uykuda solunumun bozulması (18,19,20. maddeler), gün içinde uykululuk (26,27,28,29,30, 31,32,33. maddeler) şeklinde sıralanabilen sekiz alt ölçek tanımlanmıştır. Anne-babadan çocuğun uyku alışkanlıklarını bir önceki hafta üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçekteki maddeler genellikle (belirtilen davranış haftada 5- 7 kez oluyorsa):3, bazen (haftada 2-4 kez oluyorsa): 2 ve nadiren (hafta-da 0-1 kez oluyorsa): 1 şeklinde kodlanmakta; 1,2,3,10,11 ve 26. maddeler ters kodlanmaktadır (genellikle: 1, bazen: 2 ve nadiren: 3). Otuz ikinci ve 33. maddeler de uykusu gelmez: 0, çok uykusu gelir: 1, uyuyakalır: 2 olarak kodlanmaktadır (114).

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Perdahlı Fiş ve arkadaşları tarafından 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur (115).

3.6.4. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

AGTE bebek ve çocukların gelişimiyle ilgili detaylı ve sistemli bilgiler sağlayan bir değerlendirme aracıdır. Bu envanter, 0-6 yaş aralığındaki bebek ve çocukların mevcut gelişim düzeyleri ve becerilerini, annelerden alınan bilgilerle değerlendirmektedir. AGTE, özellikle gelişimsel gecikme ve düzensizlik gösterme riski taşıyan çocukların erken dönemde tespit edilmesini ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktadır.

Savaşır, Sezgin ve Erol (1994) tarafından geliştirilen bu envanter, 154 sorudan oluşmaktadır ve çeşitli yaş gruplarına ve gelişim alanlarına göre düzenlenmiştir. AGTE değerlendirmesi, genel gelişim puanı ile birlikte dil-bilgisel (D-B), ince motor (İM), kaba motor (KM) ve sosyal beceri-özbakım (SB-ÖB) olmak üzere dört ayrı alt gelişim puanını elde etme imkanı sağlar. Test-tekrar test güvenirliliği ise bu yaş grubu için $r = .88$ olarak tespit edilmiştir (116).

3.6.4. Çocuk Davranış Listesi-Kısa Formu (ÇDL-KF)

Çocuk Davranış Listesi-Kısa Formu, Rothbart ve ekibi tarafından geliştirilen ve üç ile yedi yaş arasındaki çocuklara yönelik bir bakıcı tarafından doldurulan 94 soruluk bir ölçektir (117). Bu ölçek, yedi Likert tipi ölçek kullanarak 15 farklı mizaç boyutunu ölçme imkanı sunar. Bu boyutlar şunlardır: "aktivite seviyesi", "kızgınlık/düş kırıklığı", "yaklaşım/olumlu katılım", "dikkati odaklama", "rahatsızlık", "azalan tepki/sakinleşme", "korku", "yüksek yoğunluklu uyaranla memnuniyet", "dürtüsellik", "engelleme denetimi", "düşük yoğunluklu uyaranla memnuniyet", "algısal hassasiyet", "mutsuzluk", "utangaçlık", "gülümseme ve kahkaha" (119).

ÇDL-KF, "olumsuz duygulanım", "dışa dönüklük" ve "çaba gerektiren kontrol" olmak üzere üç geniş mizaç boyutunu içeren üç faktöre ayrılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarı ve arkadaşları tarafından yapılmış ve testin tamamı için Cronbach-Alpha katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur (118).

3.6.5. Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği (HRÖ)

1985 yılında Gökler ve Öktem tarafından geliştirilen bu ölçek, çocukların ruh sağlığını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Toplamda 15 ruhsal belirtiyi sorgulayan bu ölçek, 32 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru için "Yok", "Biraz", "Çok" şeklinde seçenekler bulunmakta olup, puanlama bu seçeneklerin sırasıyla 0, 1, 2 puanlarıyla yapılmaktadır. İlk 24 sorudan alınan 13 ve üzeri puan, ruhsal uyum sorunlarının varlığını göstermektedir. İlk 12 soru nevrotik sorunları, diğer 12 soru ise davranış sorunlarını değerlendirmektedir. Ayrıca, kekemelik, tik bozukluğu, tırnak yeme, parmak emme, dışkı kaçırma, gece altını ıslatma ve okul başarısızlığı konularını içeren geri kalan 7 soru da ölçeğin bir parçasını oluşturmaktadır (119).

3.6.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği-KGİ (Clinical Global Impressions CGI)

Guy ve arkadaşları (1976) tarafından geliştirilen bu ölçek, psikiyatrik bozuklukların klinik seyrini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Her yaştaki hastalara uygulanabilen bu üç boyutlu ölçek, Forkmann ve arkadaşları tarafından 2011 yılında kullanılmıştır. İlk bölümü, Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddetini değerlendirmektedir. Bu bölümde hastalık şiddeti, 1 ile 7 puan

arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta (120).

3.6.7. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

1999 yılında Varni tarafından geliştirilen bu yaşam kalitesi ölçeği, 2-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Türkçeye "Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği" olarak çevrilen PedsQL, dört alt formu içermektedir (121).

Puanlama üç alanda gerçekleştirilir. İlk olarak, ölçek toplam puanı hesaplanır. İkinci olarak, fiziksel sağlık toplam puanı belirlenir. Üçüncü olarak, duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı hesaplanır. Maddeler 0–100 arasında puanlanır ve sorulara verilen yanıtlara göre değerlendirilir. Hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan alır. Ölçek toplam puanı ne kadar yüksekse, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin o kadar iyi algılandığı düşünülmektedir (122).

3.6.8. Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)

Hastanın son bir haftadaki durumu dikkate alınarak sosyal, mesleki ve psikolojik işlevselliğinin minimum düzeyi belirlenir. 1 (en kötü) ile 100 (en iyi) ve 0 (yetersiz bilgi) arasında derecelendirilir (123).

3.6.9. Çocuk Ego Sağlamlığı Ölçeği

Çocuk Ego Sağlamlığı Ölçeği, çocukların ego sağlamlıklarını değerlendirmek amacıyla anne-baba ve/veya öğretmen görüşlerine dayanan bir ölçme aracıdır. Bu dokuzlu Likert tipi ölçek, 12 maddeden oluşur. Ölçek, Eisenberg ve diğerleri (1996) tarafından geliştirilmiş ve Önder ile Gülay-Ogelman tarafından 2011 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Tek bir boyuttan oluşan ölçekte,

alınan puanın yükselmesiyle ego sağlamlığı düzeyinin arttığı varsayılmaktadır. Türkçeye uyarlanan anne formunun iç tutarlılık için ölçülen Cronbach alfa değeri 0.86 olarak belirlenmiştir. (124)

3.6.10. Çocukluk Çağı Otizm Derecelendirme Ölçeği (Childhood Autism Rating Scale/ CARS)

CARS; Schopler, Reichler, DeVellis ve Daly (1980) tarafından geliştirilen bir davranışsal derecelendirme ölçeğidir. CARS, otizmi değerlendirmek için kullanılan ilk kapsamlı araçlardan biridir ve günümüzde hala yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçek, 15 madde içermektedir ve bu maddeler insanlarla ilişki, taklit, duygusal yanıt, beden kullanımı, nesne kullanımı, değişikliğe uyum, görsel yanıt, dinleme yanıtı, tat, koku ve dokunma yanıtı ve kullanımı, korku ve sinirlilik, sözel iletişim, sözel olmayan iletişim, etkinlik düzeyi, zihinsel tepkilerin düzeyi ve tutarlılığı, genel izlenimdir. Maddeler her biri 1’den 4’e kadar derecelendirilir, buçuklu puanlar verilebilir. “1” o yaş çocuğu için normal sınırlarda davranışı, “2” hafif, “3” orta, “4” ağır düzeyde anormal davranışı gösterir (125).

CARS, ilk olarak 1996’da Sucuoğlu, Öktem, Akkök ve Gökler tarafından "Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ)" olarak Türkçeye çevrilmiştir. Ölçek 2009’da İncekaş tarafından Sucuoğlu ve arkadaşlarının çeviri çalışmasından yararlanılarak yeniden düzenlenmiştir. 13 yaş ve üzeri çocuklar için kesme puanı 28, 13 yaş ve altındakiler için ise 30 olarak belirlenmiştir (126).

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Nicel değişkenler için normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edildi. Tanımlayıcı istatistikler; nicel değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler için frekans (%) olarak verildi. Bağımsız grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare analizi ile incelendi. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Yaş ve Cinsiyet Değişkeniyle İlgili Analiz Bulguları

Çalışmamıza 27 OSB, 27 DEHB ve 27 sağlıklı kontrol toplam 81 olgu dahil edilmiştir. Yaş ortalaması ay cinsinden OSB’de 54,3 (SS:13,3), DEHB’de 58,9 (SS:12) ve Kontrol’de 51,1 (SS:10,4) olarak saptanmış olup gruplar yaş ve cinsiyet bakımından homojendir ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların demografik özelliklere göre karşılaştırma sonuçları

	Grup			p
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)	
Yaş	51,1±10,4	54,3±13,3	58,9±12,0	0,055
Cinsiyet				
Erkek	16 (59,3)	23 (85,2)	21 (77,8)	0,082
Kız	11 (40,7)	4 (14,8)	6 (22,2)	

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma ya da frekans (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.2. Aile Özellikleri ile İlgili Bulgular

DEHB grubunda boşanma oranı (%25,9) kontrol grubundan (%0) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,009$). OSB grubunda anne eğitim düzeyi ortaöğretim olanların oranı (%51,9), kontrol grubundan (%14,8) anlamlı düzeyde yüksek, üniversite olanların oranı (%22,2) ise kontrol grubundan (%59,3) anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,028$). Kontrol grubunda baba eğitim düzeyi ortaöğretim olanların oranı (%3,7), OSB (%33,3) ve DEHB (%37,0) gruplarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,028$) (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların ebeveynlerinin sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin karşılaştırma sonuçları

	Grup			p
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)	

Birliktelik				
Evli	27 (100) ^a	25 (92,6) ^{a,b}	20 (74,1) ^b	0,009
Boşanmış	0 (0) ^a	2 (7,4) ^{a,b}	7 (25,9) ^b	
Anne				
Sağ	27 (100)	27 (100)	26 (96,3)	-
Vefat etmiş	0 (0)	0 (0)	1 (3,7)	
Baba				
Sağ	27 (100)	27 (100)	26 (96,3)	-
Vefat etmiş	0 (0)	0 (0)	1 (3,7)	
Gelir Düzeyi				
Düşük	2 (7,4)	8 (29,6)	7 (25,9)	0,187
Orta	21 (77,8)	16 (59,3)	17 (60,3)	
Yüksek	4 (14,8)	3 (11,1)	3 (11,1)	
Anne Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	7 (25,9) ^a	7 (25,9) ^a	8 (29,7) ^a	0,028
Ortaöğretim	4 (14,8) ^a	14 (51,9) ^b	7 (25,9) ^{a,b}	
Üniversite	16 (59,3) ^a	6 (22,2) ^b	12 (44,4) ^{a,b}	
Baba Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	9 (33,3) ^a	9 (33,3) ^a	7 (25,9) ^a	0,028
Ortaöğretim	1 (3,7) ^a	9 (33,3) ^b	10 (37,0) ^b	
Üniversite	17 (63,0) ^a	9 (33,3) ^a	10 (37,0) ^a	
Ailede Psk. Hastalık				
Yok	16 (59,3)	16 (59,3)	13 (48,1)	0,638
Var	11 (40,7)	11 (40,7)	14 (51,9)	

Tanımlayıcı istatistikler frekans (%) şeklinde belirtilmiştir.

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

4.3 Olguların Tanı Alma Sürecine İlişkin Bulgular

Örneklemdaki olguların ailelerinin çocuklarının yaşlıtlarına göre bir farklılığa sahip olduğunun anlaşıldığı zaman ve ilk kez doktor başvuruları arasında geçen süre karşılaştırılmış ve

gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Atipik gelişimi ilk fark eden kişinin OSB grubunda %74,1 ve DEHB grubunda %55,6 ile genelde anneler olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. OSB ve DEHB gruplarının tanı alma sürecine ilişkin karşılaştırma sonuçları

	Grup		p
	OSB (n=27)	DEHB (n=27)	
İlk fark ediş (ay)	24,7±9,7	27,5±15,6	0,424
İlk fark eden			
Anne	20 (74,1)	15 (55,6)	0,663
Baba	1 (3,7)	2 (7,4)	
Öğretmen	3 (11,1)	5 (18,5)	
Akraba	3 (11,1)	5 (18,5)	
Doktora gitme süresi (ay)	8,2±7,6	12,5±11,2	0,100

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma ya da frekans (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.4 Olguların Kreş/anasınıfı, Özel Eğitim ve Spora Katılım Durumlarının Analiz Bulguları

OSB grubunda kreş veya anasınıfına gitme oranı (%44,4), kontrol (%74,1) ve DEHB (%74,1) gruplarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,032$). OSB grubunda özel eğitime gitme oranı (%74,1), kontrol (%3,7) ve DEHB (%14,8) gruplarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4).

Tablo 4. Grupların kreş/anasınıfı, özel eğitim ve spora katılımlarının karşılaştırma sonuçları

	Grup			p
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)	
Kreş/Anasınıfı				
Evet	20 (74,1) ^a	12 (44,4) ^b	20 (74,1) ^a	0,032
Hayır	7 (25,9) ^a	15 (55,6) ^b	7 (25,9) ^a	
Özel Eğitim				
Evet	1 (3,7) ^a	20 (74,1) ^b	4 (14,8) ^a	<0,001

Hayır	26 (96,3) ^a	7 (25,9) ^b	23 (85,2) ^a	
Spor				
Evet	3 (11,1)	5 (18,5)	9 (33,3)	0,124
Hayır	24 (88,9)	22 (81,5)	18 (66,7)	

Tanımlayıcı istatistikler frekans (%) şeklinde belirtilmiştir.

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

4.5. Prenatal, Natal ve Postnatal Özelliklerin Analiz Bulguları

Tablo 5’te ebeveynlerin gebelik sırasındaki yaşları, akrabalık durumları, gebelik sürecinde annenin sigara kullanımı, doğum şekli, doğum haftası ve doğum ağırlığına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 5. Grupların prenatal,natal ve postnatal özelliklerine ait karşılaştırma sonuçları

	Grup			p
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)	
Gebelikte Anne Yaşı	31,8±4,3	31,1±5,5	30,1±4,8	0,473
Gebelikte Baba Yaşı	36,9±7,3	33,7±5,9	33,4±6,1	0,088
Anne-Baba Arası Akrabalık				
Yok	26 (96,3)	25 (92,6)	25 (92,6)	0,808
Var	1 (3,7)	2 (7,4)	2 (7,4)	
Gebelikte Sigara Kullanımı				
Yok	25 (92,6)	21 (77,8)	23 (85,2)	0,368
Var	2 (7,4)	6 (22,2)	4 (14,8)	
Doğum Şekli				
Normal	20 (74,1)	22 (81,5)	23 (85,2)	0,580
Sezaryen	7 (25,9)	5 (18,5)	4 (14,8)	
Doğum Haftası	37,9±2,0	37,3±2,5	36,9±2,7	0,373
Doğum Ağırlığı	3186,3±605,2	3109,6±743,1	3002,5±917,7	0,677

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma ya da frekans (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.6. Olguların Gelişim Basamaklarıyla İlgili Karşılaştırma Sonuçları

OSB grubunda ilk cümle kurma yaşı 2 yaşın altında olanların oranı (%18,6), kontrol (%70,4) ve DEHB (%59,3) grubundan anlamlı düzeyde düşük, 3-4 yaş arası ilk cümleyi kurma oranı (%37,0) ise kontrol (%0) ve DEHB (%7,4) gruplarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların gelişim basamaklarının karşılaştırma sonuçları

	Grup			
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)	p
Yürüme Zamanı				
<1 yaş	8 (29,6)	10 (37,0)	10 (37,0)	0,745
1-1,5 yaş	18 (66,7)	14 (51,9)	14 (51,9)	
1,5-2 yaş	1 (3,7)	3 (11,1)	2 (7,4)	
>2 yaş	0 (0)	0 (0)	1 (3,7)	
İlk Kelime				
<1 yaş	15 (55,6)	10 (37,0)	13 (48,2)	0,217
1-1,5 yaş	6 (22,2)	8 (29,6)	11 (40,7)	
1,5-2 yaş	5 (18,5)	4 (14,8)	2 (7,4)	
>2 yaş	1 (3,7)	5 (18,6)	1 (3,7)	
İlk Cümle				
<2 yaş	19 (70,4) ^a	5 (18,6) ^b	16 (59,3) ^a	<0,001 OSB<DEHB OSB<K
2-3 yaş	8 (29,6) ^a	9 (33,3) ^a	8 (29,6) ^a	
3-4 yaş	0 (0) ^a	10 (37,0) ^b	2 (7,4) ^a	
>4 yaş	0 (0) ^a	3 (11,1) ^a	1 (3,7) ^a	

Tanımlayıcı istatistikler frekans (%) şeklinde belirtilmiştir.

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu SK: Sağlıklı Kontrol

4.7. Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

4.7.1. Grupların ÇUAA Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 7. Grupların ÇUAA bakımından karşılaştırma sonuçları

	Grup			p
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)	

ÇUAA				
Yatma Zamanı Direnci	11,29±2,71	11,70±2,54	11,62±2,62	0,832
Uykuda Dalmanın Gecikmesi	1,37±0,63	1,59±0,80	1,41±0,64	0,453
Uyku Süresi	4,00±1,39	4,33±2,13	3,85±1,43	0,563
Uyku Kaygısı	7,33±2,34	7,44±2,15	8,07±2,46	0,453
Gece Uyanmaları	5,33±2,27	4,67±1,27	4,56±1,15	0,177
Uyku Parasomni	8,81±2,02	8,96±1,79	981±2,42	0,172
Uykuda Solunum Bozulması	3,41±1,05	3,56±1,37	3,85±1,68	0,492
Gün İçinde Uykululuk	9,59±1,93	959±2,44	9,85±2,98	0,907
Uyku Toplam	47,00±6,38	47,48±6,85	48,37±7,83	0,770

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma şeklinde belirtilmiştir.

4.7.2 Grupların Ruhsal Uyum Ölçeği Puanlarını Karşılaştırılması

OSB ve DEHB grupları nevrotik sorunlar, davranışsal sorunlar ve RUÖ toplam puanları bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$).

Tablo 8. Gruplarının Ruhsal Uyum Ölçeği bakımından karşılaştırma sonuçları

	Grup			p	Sıralama
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)		
Ruhsal Uyum Ölçeği					
Nevrotik Sorunlar	3,07±2,06 ^a	6,52±4,00 ^b	5,93±4,22 ^b	0,001	OSB>SK DEHB>SK
Davranışsal Sorunlar	4,19±2,80 ^a	10,07±5,49 ^b	10,07±5,50 ^b	<0,001	OSB>SK DEHB>SK
Toplam Puan	7,22±3,99 ^a	16,59±8,39 ^b	16,00±8,5 ^b	<0,001	OSB>SK DEHB>SK

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma şeklinde belirtilmiştir.

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu SK: Sağlıklı Kontrol

4.7.3 Grupların ÇİYKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

DEHB grubu duygusal işlevsellik puanı bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde

düşüktür($p=0,012$). OSB grubu sosyal işlevsellik puanı bakımından DEHB ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,001$). OSB ve DEHB grupları okul işlevsellik, psikososyal işlevsellik ve ÇİYKÖ toplam puanları bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,004$; $p<0,001$; $p=0,001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Grupların ÇİYKÖ bakımından karşılaştırma sonuçları

	Grup			p	Sıralama
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)		
ÇİYKÖ					
Fiziksel İşlevsellik	88,5±14,6	86,7±12,2	86,1±13,0	0,783	
Duygusal İşlevsellik	79,3±16,3 ^a	67,4±19,1 ^{a,b}	65,0±19,2 ^b	0,012	DEHB<SK
Sosyal İşlevsellik	92,2±14,0 ^a	70,0±22,7 ^b	81,9±16,1 ^a	<0,001	OSB<SK OSB<DEHB
Okul İşlevsellik	92,1±8,4 ^a	79,5±16,9 ^b	80,3±18,4 ^b	0,004	OSB<SK DEHB<SK
Psikososyal Sağlık	85,8±10,9 ^a	70,3±15,6 ^b	73,7±14,8 ^b	<0,001	OSB<SK DEHB<SK
ÇİYKÖ Toplam	87,6±8,6 ^a	76,8±11,4 ^b	78,9±12,8 ^b	0,001	OSB<SK DEHB<SK

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma şeklinde belirtilmiştir.

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu SK: Sağlıklı Kontrol

4.7.4 DEHB ve OSB Gruplarının GAS Puanlarının Karşılaştırılması

DEHB grubu GAS puanı bakımından OSB grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,023$) (Tablo 10).

Tablo 10. OSB ve DEHB gruplarının GAS bakımından karşılaştırma sonuçları

	Grup		p	Sıralama
	OSB (n=27)	DEHB (n=27)		
GAS	56,1±13,9	64,6±12,8	0,023	DEHB>OSB

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma şeklinde belirtilmiştir

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.

4.7.5 DEHB ve OSB Gruplarının CGI Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11’da OSB ve DEHB gruplarında hastalık şiddetine göre olguların dağılımına ilişkin istatistikler verilmiştir.

Tablo 11. OSB ve DEHB gruplarının CGI bakımından karşılaştırma sonuçları

	Grup		p
	OSB (n=27)	DEHB (n=27)	
Klinik Global İzlenim			
Hastalık sınırında hasta	0 (0)	3 (11,1)	0,213
Hafif düzeyde hasta	7 (25,9)	10 (37,0)	
Orta düzeyde hasta	13 (48,2)	10 (37,0)	
Belirgin hasta	7 (25,9)	4 (14,9)	

Tanımlayıcı istatistikler frekans (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.7.6 Grupların ÇDL-KF Puanlarının Karşılaştırması

DEHB grubu yaklaşım/olumlu katılım puanı bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$). OSB ve DEHB grupları dikkati odaklama puanı bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,001$). DEHB grubu dürtüsellik puanı bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,002$). DEHB grubu engelleme denetimi puanı bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,032$). DEHB grubu dışadönüklük puanı bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$) (Tablo 12).

Tablo 12. Grupların ÇDL-KF bakımından karşılaştırma sonuçları

	Grup			p	Sıralama
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)		
ÇDL-KF					
Aktivite Seviyesi	5,19±1,98	5,29±0,82	5,66±0,97	0,407	

Kızgınlık/Düş Kırıklığı	3,81±1,07	4,31±1,23	4,52±1,19	0,079	
Yaklaşım/Olumlu Katılım	4,95±0,67 ^a	5,33±0,91 ^{a,b}	5,77±0,63 ^b	0,001	DEHB>SK
Dikkati Odaklama	4,58±0,96 ^a	3,42±0,79 ^b	3,21±1,20 ^b	<0,001	SK>DEHB, SK>OSB
Rahatsızlık	3,73±1,13	3,99±1,23	4,41±0,97	0,081	
Azalan Tepki/Sakinleşme	4,97±0,81	4,27±1,29	4,39±1,17	0,051	
Korku	3,99±1,09	4,28±1,48	4,12±1,19	0,719	
Yük. Yoğ. Uyararla Memn.	4,68±0,88	5,07±0,95	5,21±0,91	0,095	
Dürtüsellik	4,28±0,85 ^a	4,65±0,76 ^{a,b}	5,22±1,15 ^b	0,002	DEHB>SK
Engelleme Denetimi	4,99±0,75	4,75±1,23	4,19±1,34	0,032	SK>DEHB
Düş. Yoğ. Uyararla Memn.	5,27±0,66	5,63±0,82	5,62±0,81	0,157	
Algısal Hassasiyet	5,60±0,87	5,85±0,91	6,11±0,93	0,135	
Mutsuzluk	4,47±0,73	4,18±0,96	4,57±0,94	0,238	
Utangaçlık	3,42±0,96	3,74±1,45	3,25±1,54	0,398	
Gülümseme ve Kahkaha	5,45±0,87	5,10±0,94	5,17±0,89	0,318	
Olumsuz Duygulanım	4,19±0,52	4,20±0,67	4,40±0,49	0,317	
Dışadönüklük	4,50±0,55	4,82±0,47	5,02±0,45	0,001	DEHB>SK
Gayretli Kontrol	5,18±0,50	4,95±0,61	4,86±0,66	0,127	

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma şeklinde belirtilmiştir.

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu SK: Sağlıklı Kontrol

4.7.7 Gruplarının Ego Sağlamlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ego sağlamlığı ölçeği toplam puanı bakımından OSB grubu, DEHB grubundan, DEHB grubu ise kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Gruplarının Ego Sağlamlığı Ölçeği bakımından karşılaştırma sonuçları

	Grup			p	
	Kontrol (n=27)	OSB (n=27)	DEHB (n=27)		
Ego Sağlamlığı Ölçeği	87,6±9,9 ^a	65,1±11,7 ^b	76,2±13,6 ^c	0,001	OSB<DEHB<SK

Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama± standart sapma şeklinde belirtilmiştir.

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

4.8. DEHB ve OSB’de Hastalık Şiddeti ile Ego Sağlamlığı Arasındaki İlişki

DEHB grubunda DEHB puanı ile ego sağlamlığı puanı arasında negatif yönde orta düzey ilişki vardır ($r=-0,476$, $p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. DEHB ve OSB gruplarında hastalık şiddeti ile Ego Sağlamlığı arasındaki korelasyon analizi

	DEHB	OSB
	DEHB Puanı	CARS Puanı
	r	r
Ego Sağlamlığı Ölçeği	-0,476*	-0,222

r: Spearman korelasyon katsayısı.

*: $p<0,05$

4.9. DEHB ve OSB Gruplarında Hastalık Şiddeti ile ÇDL-KF Arasındaki İlişki

DEHB grubunda DEHB puanı ile Dışadönüklük puanı arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,398$, $p<0,05$) ilişki vardır. DEHB grubunda DEHB puanı ile gayretli kontrol puanı ile negatif yönde zayıf ($r=-0,387$, $p<0,05$) ilişki vardır.

OSB grubunda CARS puanı ile Gayretli Kontrol ($r=-0,441$, $p<0,05$) puanları arasında negatif yönde orta düzey ilişki vardır.

Tablo 15. DEHB ve OSB gruplarında hastalık şiddeti ile ÇDL-KF arasındaki korelasyon analizi

	DEHB	OSB
	DEHB Puanı	CARS Puanı
	r	r
ÇDL-KF		
Olumsuz Duygulanım	0,161	-0,377
Dışadönüklük	0,398*	0,034
Gayretli Kontrol	-0,387*	-0,441*

r: Spearman korelasyon katsayısı.

*:p<0,05, **:p<0,01

4.10. DEHB ve OSB Gruplarında ÇİYKÖ ile ÇDL-KF Arasındaki İlişki

DEHB grubunda Olumsuz Duygulanım ve Dışadönüklük puanı ile ÇİYKÖ Toplam puanı arasında negatif yönde orta düzey ($r=-0,425$, $r=-0,475$, $p<0,05$) ilişki vardır. OSB grubunda Gayretli Kontrol puanı ile ÇİYKÖ Toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzey ilişki vardır ($r=0,421$, $p<0,05$).

Tablo 16. DEHB ve OSB gruplarında ÇİYKÖ ile ÇDL-KF arasındaki korelasyon analizi

	DEHB ÇİYKÖ Toplam	OSB ÇİYKÖ Toplam
	r	r
ÇDL-KF		
Olumsuz Duygulanım	-0,425*	0,332
Dışadönüklük	-0,475*	-0,268
Gayretli Kontrol	0,095	0,421*

r: Spearman korelasyon katsayısı.

*:p<0,05, **:p<0,01

4.11. DEHB ve OSB Gruplarında CGİ ile ÇDL-KF Arasındaki İlişki

Tablo 17. DEHB ve OSB gruplarında CGİ ile ÇDL-KF arasındaki korelasyon analizi

	CGİ	CGİ
	r	r
ÇDL-KF		
Olumsuz Duygulanım	-0,073	-0,066
Dışadönüklük	-0,004	0,020
Gayretli Kontrol	-0,078	-0,312

r: Spearman korelasyon katsayısı.

*:p<0,05, **:p<0,01

4.12. DEHB ve OSB’de Ego Sağlamlığı Ölçeği ile ÇİYKÖ ve CGİ arasındaki ilişki

DEHB grubunda Ego Sağlamlığı puanı ile ÇİYKÖ Toplam ($r=0,676$, $p<0,01$) puanları arasında pozitif yönde orta düzey ilişki vardır. OSB grubunda Ego Sağlamlığı puanı ile ÇİYKÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzey ilişki vardır ($r=0,474$, $p<0,05$).

Tablo 18. DEHB ve OSB gruplarında Ego Sağlamlığı Ölçeği ile ÇİYKÖ ve CGI arasındaki korelasyon analizi

	DEHB Ego Sağ. Ölçeği	OSB Ego Sağ. Ölçeği
	r	r
ÇİYKÖ		
ÇİYKÖ Toplam	0,676**	0,474*
CGİ	0,086	-0,286

r: Spearman korelasyon katsayısı.

**: $p<0,05$, **: $p<0,01$*

4.12. DEHB ve OSB gruplarında Ego Sağlamlığı Ölçeği ile ÇDL-KF arasındaki ilişki

DEHB grubunda psikolojik sağlamlık puanı ile Dışadönüklük mizaç özelliği arasında negatif yönde orta düzey korelasyon vardır ($r=-0,396$, $p<0,05$). OSB grubunda psikolojik sağlamlık puanı ile Gayretli kontrol mizaç özelliği arasında pozitif yönde orta düzey korelasyon vardır ($r=0,559$, $p<0,01$) (Tablo 19).

Tablo 19. DEHB ve OSB gruplarında Psikolojik Sağlamlık ile Mizaç Özellikleri arasındaki korelasyon analizi

	DEHB Ego Sağlamlığı	OSB Ego Sağlamlığı
	r	r
ÇDL-KF		
Olumsuz Duygulanım	-0,332	0,352
Dışadönüklük	-0,396*	-0,016
Gayretli Kontrol	0,359	0,559**

r: Spearman korelasyon katsayısı. u

**: $p<0,05$, **: $p<0,01$*

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada okul öncesi dönemde DEHB (n=27), OSB (n=27) ve Sağlıklı Kontrol (n=27) grupları mizaç özellikleri, psikolojik sağlamlık, hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmiş ve gruplar birbirleri ile karşılaştırılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza toplam 81 olgu dahil edilmiştir. Yaş ortalaması ay cinsinden OSB’de 54,3 (SS:13,3) ay, DEHB’de 58,9 (SS:12) ay ve Kontrol’de 51,1 (SS:10,4) ay olarak saptanmış olup gruplar yaş ve cinsiyet bakımından homojendir. Grup içinde cinsiyet dağılımları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. OSB grubunda erkek: kız oranı 5,7 , DEHB grubunda bu oran 3,5 iken kontrol grubunda 1,4’tür. Nörogelişimsel bozuklukların erkeklerde daha sık görüldüğü, erkek/kız oranının genel toplum ya da klinik örnekleme göre değişen şekilde DEHB’de 4 ile 12, OSB’de ise 2 ile 6 arasında değişebildiği bildirilmektedir ve çalışmamızda da erkek/kız oranı literatürle uyumludur (127,128).

Çalışmamızdaki aile özelliklerine baktığımızda DEHB grubunda boşanma oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir. DEHB’li çocukların ebeveynlerinin tutarsız ve tepkisel mizaç özelliklerinin olduğu, eşler arasında çatışma, ayrılık ve boşanmanın daha sık görüldüğü bilinmektedir (129,130).

OSB grubunda (%22) üniversite mezunu anne oranı DEHB (%44) ve Kontrol (%59) grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür. Kontrol grubunda babaların büyük kısmı üniversite mezunu iken OSB ve DEHB gruplarında eğitim düzeyleri eşit dağılmıştır. Bu farklılık nörogelişimsel bozukluklarda düşük ebeveyn eğitim düzeylerinin risk faktörü olması ile açıklanabilir (131).

Grupların kreş/anasınıfı, özel eğitim ve spor aktivitesi katılımına baktığımızda OSB grubunda kreş veya anasınıfına gitme oranı (%44,4), kontrol (%74,1) ve DEHB (%74,1) gruplarından anlamlı düzeyde düşük bulunmuşken OSB grubunda özel eğitime gitme oranı (%74,1), kontrol (%3,7) ve DEHB (%14,8) gruplarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ülkemizde özel eğitim merkezlerinin %53’ü OSB’li çocuklara hizmet verdiği bilinmektedir (132),

OSB’de çekirdek belirtilerin temel tedavi yaklaşımı eğitsel tedavi yaklaşımlarıdır, kreş/anasınıfı özel eğitimin alternatifi değildir, ciddi sosyal-iletişimsel sorunları olan çocuklarda yoğun bireysel eğitim öncelikli temel yaklaşımdır, hafif düzeyde sosyal iletişim problemleri olan ve yaşlıları ile iletişim kurabilen çocuklara özel eğitim ile birlikte kreş/anasınıfı tavsiye edilebilmektedir (60).

5.2. Grupların prenatal, natal ve postnatal özelliklerinin değerlendirilmesi

OSB için risk faktörlerini araştıran yakın tarihli bir metaanaliz çalışmasında, 35 yaş ya da üzerindeki anne/baba yaşının prenatal dönemde; sezaryen ile doğum, doğum indüksiyonu, doğum haftasının 36 haftadan düşük olmasının perinatal dönemde; düşük doğum ağırlığının ise postnatal dönemdeki en önemli risk faktörlerinden olduğu belirtilmiştir (133). DEHB için ise ileri anne yaşı, gebelikte sigara kullanımı, sezaryen doğum, düşük doğum ağırlığı ve haftasının risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar vardır (134). Çalışmamızda kontrol grubu ile OSB ve DEHB grupları arasında risk faktörleri arasında açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

5.3. Grupların tanı alma süreci ve gelişim basamakları bakımından değerlendirilmesi

OSB ve DEHB’li çocukların ailelerinin belirtileri fark ettiği sırada çocuğun yaşı ve ilk kez doktor başvuruları arasında geçen süre karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında belirtilerin fark edilmesi ile doktora başvuru arası geçen süre arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OSB grubunda ailelerin belirtileri 24. ayda fark ettiği ve doktora 8 ay sonra başvurduğu bulunmuştur. Literatürde de OSB’de ailelerin çocuğun konuşmasını bekledikleri 18-24 ay civarında şüphelenmeye başladığı ama çoğu zaman 24-36 ay civarında doktor başvuruları olduğu bilinmektedir (40).

DEHB grubunda belirtilerin fark edilme süresinin 27. ay olması ve 12 ay sonra doktora başvurunun olmasının sebebinin okul öncesi DEHB tanısı alan olguların büyük çoğunluğunun hareketlilik ve dürtüsellik baskın tip olduğu ve 36 ay civarında çocuklardan kazanılması beklenen kurallara uyma becerisi, emosyon düzenleyebilme, problem çözme gibi becerilerin hala

kazanılmamış olmasının bu dönemde ebeveynler tarafından fark edilmesi sebebiyle olduğu düşünülmektedir (135). Ülkemizde yapılan bir çalışmada okul öncesi dönemde tanı alan olguların büyük çoğunluğunun hareketlilik baskın tip olduğu ve ortalama tanı alma yaşının 4,6 yaş olduğu bildirilmiştir (136). Dünya genelinde ise çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığı metaanaliz sonuçlarına göre %5,9-7.1 iken okul öncesi DEHB sıklığı %10,5 olduğu bildirilmiştir (137). Okul öncesi dönemde erkeklerin kızlara göre ve 4-5 yaşındakilerin 2-3 yaşındakilere göre DEHB tanı kriterlerini karşılama oranı daha yüksek bulunmuştur. Prospektif çalışmalar DEHB başlangıç yaşının 3-4 yaş arasında olduğu bildirmektedir (138).

Çalışmamızda her iki grupta da belirtileri ilk fark eden kişinin ağırlıklı olarak anneler olduğu bulunmuştur, sırasıyla OSB grubunda %74,1 ve DEHB grubunda %55,6'dır. Benzer bir çalışmada OSB'li çocuklarda belirtileri ilk fark eden kişinin %51,6'sında anne olduğu, DEHB'li kız çocuklarına ilişkin yapılan başka bir çalışmada ise %64,3 ile en sık ebeveynleri tarafından sonra %27,1 ile öğretmenleri tarafından fark edildiği belirlenmiştir (139,140). Çalışmamıza dahil edilen olguların okul öncesi yaş grubunda olması ve bir kısmının kreş/anasıfına gitmemesi sebebiyle öğretmenlerin belirtileri ilk fark etme oranının düşük olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda dil gelişimi açısından DEHB ve kontrol grubu arasında fark bulunmamış olup OSB grubunun 2 kelimeli cümle kurmada DEHB ve kontrol grubuna göre geciktiği saptanmıştır. Dil gelişimi OSB'nin fenotipi ve prognozu bakımından güçlü bir belirleyicidir. OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin ilk kez doktor başvuru zamanının çocuklarının konuşmasını bekledikleri 18-24 ay civarında olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda iki kelimeli cümle kurma yaşı 2 yaşın altında kontrol (%70,4) ve DEHB (%59,3) gruplarına göre OSB'de (%18,6) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Literatürde de OSB'li olguların büyük çoğunluğunun 2 yaşındayken iki kelimeli cümle kurma becerilerinin henüz gelişmemiş olduğu ve yaşına uygun kelime dağarcığına sahip olmadıkları bildirilmektedir (60).

5.4. OSB ve DEHB gruplarının Uyku, Ruhsal Uyum ve Yaşam Kalitesi bakımından karşılaştırılması

Çalışmamızda uyku alışkanlıklarını değerlendirmek için uyguladığımız ÇUAA puanları bakımından OSB ve DEHB gruplarında arasında fark bulunmamıştır. Literatürde DEHB'ye

%50'ye varan oranlarda uyku sorunlarının eşlik ettiği bildirilmektedir (141). DEHB'li çocuklarda yatma vakti direnci, uykuya başlama gecikmesi, daha kısa uyku süresi, uyanma zorluğu yaygın görülmektedir (142). OSB'li çocuklarda ise uyku sorunlarının yaygınlığının %40 ila %80 arasında değiştiği, ancak normal gelişim gösteren çocuklarda yalnızca %9 ila %50 arasında olduğu bildirilmektedir. OSB'li çocukların yaygın olarak bildirilen uyku özellikleri; daha fazla uyku direnci, uyku başlatma ve sürdürme güçlükleri, düzensiz uyku-uyanıklık ritimleri, zayıf uyku rutinleri, daha fazla uyku kaygısı, idrar kaçırma sık gece uyanmalarıdır (143–145).

Literatürde DEHB ve OSB tanılı çocukların OSB tanısı olmayan DEHB'li çocuklarla benzer düzeyde davranışsal uyku sorunları yaşadığı bildirilmiştir (146). Okul öncesi dönemde DEHB ve OSB'li olgularda uyku sorunlarını inceleyen ilk çalışma olmamız önemlidir.

Grupları içe atım sorunlar ve davranış sorunları açısından karşılaştırmak için uyguladığımız RUA puanlarına baktığımızda hem OSB hem de DEHB gruplarının nevrotik sorunlar ve davranış sorunları bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Literatürde okul öncesi dönem için DEHB ve OSB'li çocuklarda yaşam kalitesini araştıran çalışmaya rastlanmamakla birlikte DEHB'nin çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir metaanaliz çalışmasında fiziksel işlevselliği hafif düzeyde etkilemekle birlikte duygusal, sosyal ve okul işlevselliği dahil olmak üzere psikososyal işlevselliğin ciddi düzeyde etkelediği bulunmuştur (147). Yine OSB'li çocukların yaşam kalitesinin sağlıklı ve diğer kronik hastalığa sahip olgularla karşılaştırıldığı bir çalışmada da OSB grubunun sağlık ilişkili yaşam kalitesi diğer iki gruptan düşük bulunmuştur (148). Okul çağındaki OSB tanılı çocukların yaşam kalitelerini DEHB, Davranış Bozuklukları, Kaygı ve Duygulanım Bozuklukları ile karşılaştıran başka bir çalışma OSB'li çocukların psikososyal ve duygusal puanlarının psikiyatrik hasta grubuna göre, duygusal puanlarının ise sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu göstermiştir (149).

Okul öncesi dönemde DEHB ve OSB'li çocuklarda yaşam kalitesini araştıran ilk çalışma olmamız literatüre katkı sağlayacaktır. Araştırmamızda grupları yaşam kalitesi bakımından karşılaştırdığımızda OSB grubunun sosyal işlevselliğinin DEHB ve kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu, DEHB grubunun duygusal işlevselliğinin kontrol grubundan anlamlı

düzeyde düşük olduğu, her iki grubun da okul işlevselliği, psikososyal işlevsellik ve toplam işlevsellik bakımından kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür.

Tüm bu veriler ışığında DEHB tanılı çocukların da OSB tanılı çocuklar kadar ruhsal uyum problemleri yaşadığı ve benzer düzeyde okul işlevselliklerinin bozulduğu söylenebilir.

5.5 OSB ve DEHB gruplarının GAS ve CGI bakımından karşılaştırılması

Beyin gelişimi ve akademik becerilerin en hızlı olduğu bu dönemde DEHB'li çocuklar; agresif davranışlar, öfke nöbetleri ve karşı gelme davranışları sebebiyle yaşlılarıyla ilişki kurmada zorluklar çekebilir, konuşma gecikmesi sebebiyle iletişim problemleri yaşayabilir, aşırı hareketlilik, odaklanamama nedeniyle oyun ve etkinlikleri sürdüremeyebilir ve dürtüsellikleri sebebiyle de kurallı oyunları yaşlıları gibi organize edemeyebilir (15,16).

Bu yaş grubunda OSB'li çocuklar empati becerisinde zayıflık, senaryolu oyun kuramama, etkileşime girmede isteksizlik sebebiyle yaşlılarıyla ilişki kurmada zorluklar çekebilir, dil gelişim gecikmesi ve ekolaliler sebebiyle iletişim problemleri yaşayabilir, emosyon regülasyonunda güçlük, aynılıkta ısrarları sebebiyle günlük hayattaki değişimlere uyum sağlamada zorlanabilir (60).

Literatürde okul öncesi dönemde DEHB ve OSB'nin işlevsellik üzerine etkisini doğrudan araştıran ilk araştırma olmamız önemlidir. Çalışmamızda GAS puanı DEHB grubunda 64,6 OSB grubunda 56,1 bulunmuş olup DEHB grubunda işlevsellik düzeyi OSB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırmamızda OSB ve DEHB gruplarının hastalık şiddetini temsil eden KGI puanları bakımından anlamlı farklılık saptanmamış olup, bu sonucun grupların homojen dağılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

5.6. Grupların psikolojik sağlamlık bakımından değerlendirilmesi

Çalışmamızda psikolojik sağlamlığı değerlendirmek amacıyla kullanılan Ego Sağlamlığı Ölçeği puanları bakımından OSB grubu, DEHB grubundan, DEHB grubu ise kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Literatürde araştırmacıların bu grupların kendisi yerine

ebeveynlerinde veya kardeşlerinde psikolojik sağamlık kavramını incelediği görölmüştür. OSB ve DEHB’de psikolojik sağamlığı karşılaştıran ilk çalışma olmamız literatüre katkı sağlayacaktır.

Okul öncesi dönemde bakım verenle güvenli bir bağ, olumlu rol modelleri ile ilişkiler, beceri öğrenme fırsatları, anlamlı etkinliklere katılma fırsatları, aile dışındaki arkadaşlar, oyun grupları, sosyal ortamlar ve okul, çocukların psikolojik sağamlıklarını destekleyen çevresel unsurlarken özgüven, öz denetim ve olumlu düşünme becerileri gibi bireysel kaynaklar da çocuğın psikolojik sağamlığını etkileyen faktörlerdir (106). OSB’nin sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde güçlüklerle karakterize bir hastalık olması sebebiyle psikolojik sağamlığı etkileyen bu faktörler bakımından dezavantajlı bir grup olduğu ve bu nedenle DEHB ve kontrol gruplarından daha düşük psikolojik sağamlık puanlarına sahip olduğu düşünölmüştür.

5.7. DEHB’de Mizaç

5.7.1. Mizaç özellikleri

DEHB tanılı olguların mizaç özelliklerine ilişkin bulgulara baktığımızda; yaklaşım/olumlu katılım ve dışadönüklük puanının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görölmüştür. Literatürde okul öncesi dönemde gayretli kontrol ve dışadönüklük özelliklerinin ilerleyen süreçte DEHB tanısı alınmasında öngörücü olacağı bildirilmiştir (150). Çocuklardaki mizaç özelliklerinin ilerleyen süreçte DEHB tanısı alınmasıyla ilişkisini araştıran bir çalışmada da yaklaşım/olumlu katılım ve dışadönüklük düzeylerinin DEHB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (151). Mizacın ‘‘yaklaşım/olumlu katılım’’ alt boyutu memnuniyet verici etkinlikler için çocuğın heyecanlanmasını ve etkinliğe katılma derecesini göstermektedir (117). DEHB’li bireylerin sürekli heyecan ve yenilik arayışında oldukları düşünöldüğünde, okul öncesi dönemde zevk verici bir etkinliğe gösterdiği tepkinin de daha yüksek olması beklediğimiz bir sonuçtur. Dikkati odaklama alt boyutunun da yine tanımı gereği DEHB’lilerde kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Frontostriatal işlev bozukluğunun DEHB etyolojisinde önemli rol oynadığı ve bu işlev bozukluğu sebebiyle davranışsal ketleme (inhibisyon) ve dürtü denetimi alanlarında güçlük

yaşandığı bilinmektedir (152). Çalışmamızda da yeni durumlara veya yönergelere karşı uygunsuz yanıtı baskılayabilme ve planlanma kapasitesini ifade eden “engelleme denetimi” puanı, DEHB grubunda anlamlı düzeyde düşük ve dürtüsellik puanı ise anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 18. aylık bebeklerin mizaç özelliklerinin 36. aydaki DEHB riskini öngördüğü bir çalışmada da engelleme denetimi ile DEHB arasında negatif ilişki bulunmuştur (153). Mizaç ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada DEHB’li çocukların sağlıklı çocuklara göre daha yüksek yenilik arayışı ve daha düşük kendini yönetme özellikleri gösterdiği belirtilmektedir (140,141).

5.7.2. Hastalık şiddeti ve mizaç

Literatürde yetişkinlerdeki bazı kişilik özelliklerinin DEHB’nin heterojen doğasıyla ilişkilendirilebileceği ve düşük kendini yönetme ile yüksek yenilik arayışının DEHB şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (154). Okul öncesi dönemde DEHB şiddeti ile mizaç özellikleri ilişkisini araştıran ilk çalışma olmamız literatüre katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda DEHB puanı ile dışadönüklük puanı arasında pozitif ilişki bulunmuş olup bir çocuğun motor aktivitelerden zevk alması, daha az utangaçlık hissetmesi, daha dürtüsel olması, aktivite düzeyinin yüksek olması, yüksek yoğunluklu uyararla memnun olması mizacın dışadönüklük boyutunun oluşturmaktadır (117). Okul öncesi dönemde DEHB şiddeti arttıkça çocuğun daha dışadönük mizaç özellikleri gösterdiği söylenebilir.

DEHB grubunda DEHB puanı ile gayretli kontrol puanı arasında negatif ilişki bulunmuştur yani DEHB şiddeti arttıkça çocuğun inhibisyon ve davranış ketleme becerisinin azaldığı, rutin ve sessiz aktivitelerden daha az hoşlandığı, dikkat ve algısal duyarlılığının azaldığı düşünülmüştür (155,156).

5.7.3 Mizaç özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi

Literatürde DEHB’li yetişkinlerde kişilik özellikleri ile yaşam kalitesinin ilişkili araştıran bir çalışmada düşük kendini yönetmenin kötü işlevselliği öngördüğü ve düşük öz-denetimin sosyal işlevsellikte bozulmanın habercisi olduğu bulunmuştur (157).

Okul öncesi dönemde DEHB’de mizaç özelliklerinin yaşam kalitesine etkisini inceleyen ilk çalışmayız. Araştırmamızda DEHB grubunda olumsuz duygulanım ve dışadönüklük puanı ile ÇİYKÖ Toplam puanı arasında negatif ilişki bulunmuştur. Öfke, nefret, üzüntü, suçluluk, korku ve kaygı gibi duyguları daha fazla deneyimlemeyi temsil eden olumsuz duygulanım ile yenilik arayışını temsil eden dışadönüklük özellikleri, okul öncesi dönemde çocuğun yaşam kalitesini etkileyecek önemli mizaç özelliklerindendir (118).

5.8. OSB ve mizaç

5.8.1. Mizaç özellikleri

Çalışmamızda OSB grubunda dikkati odaklama puanı kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Literatürde OSB’ye %83’ e varan oranlarda dikkat sorunlarının eşlik ettiğini bildiren çalışmalar vardır (158). Ülkemizde OSB tanılı olguların mizaç özelliklerini sağlıklı kontrollerle karşılaştıran benzer bir çalışmada da dikkati odaklama alt boyutunun OSB grubunda anlamlı olarak düşük bulmuşken yurt dışında yapılan bir çalışmada dikkati odaklama alt boyutunun OSB ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur (153).

5.8.2. Hastalık şiddeti ve mizaç

Çalışmamızda CARS puanı ile gayretli kontrol puanı arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür. Gayretli kontrol, baskın bir yanıt alternatif olabilecek daha az baskın bir yanıt etkinleştirme yeteneğini veya yürütücü dikkat becerilerinin (planlama, hata tespiti gibi) yeterliliği ifade etmektedir (159). Nörogelişimsel bozuklukların en ağır biçimlerinden biri olan OSB’de yürütücü işlevlerde aksama beklenen bir süreçtir. OSB’de mizaç özellikleri ve hastalık şiddetini

araştıran benzer bir çalışmada da hastalık şiddeti arttıkça gayretli kontrol puanlarının azaldığı bulunmuştur (160).

5.8.3 Mizaç özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi

Literatür incelendiğinde okul öncesi dönem mizaç özellikleri ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen ilk çalışma olduğumuz görülmüştür. Araştırmamızda OSB’de gayretli kontrol puanı ile ÇİYKÖ Toplam puanları arasında pozitif orta ilişki bulunmuştur. Öz düzenleme becerilerine hitap eden bir mizaç boyutu olan gayretli kontrol, davranış problemleri, aşırı hareketlilik, dışa atım sorunları ile ilişkilidir (161). OSB’de okul öncesi davranış sorunları, öfke patlamaları, sosyal becerilerde yetersizlik, çoğu zaman alay edilme veya reddedilme ile sonuçlanan yargılamalar, çocukların anlaşılmasa, okul ve benzeri kurumlarla iş birliğinin sağlanamaması, günlük etkinliklerde yardımın gerekmesi bu olguların yaşamın her alanında zorlanmasına sebep olmaktadır (162).

5.9. DEHB ve OSB’de psikolojik sağlamlığın hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi

Çalışmamızda hem OSB hem DEHB grubunda psikolojik sağlamlık puanı ile ÇİYKÖ-Toplam Puanı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bu bulgular neticesinde her iki grupta da artan psikolojik sağlamlık düzeylerinin çocuğun yaşam kalitesini arttırdığı anlaşılmaktadır. Her iki grupta da psikolojik sağlamlık ile hastalık şiddeti arasında ilişki bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde okul öncesi DEHB ve OSB tanılı olgularda psikolojik sağlamlığın hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisini değerlendiren ilk çalışma olduğumuz görülmüştür.

5.10. DEHB ve OSB’de mizaç özelliklerinin değerlendirilmesi

Çalışmamızda iki grup arasında mizaç özellikleri ve alt boyutlar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde OSB ve DEHB’de mizaç özelliklerini karşılaştıran ilk çalışma olduğumuz saptanmıştır.

5.11. Çalışmanın güçlü yönleri ve kısıtlılıkları

Literatürde okul öncesi yaş grubunda OSB ve DEHB’li tanılı çocukların mizaç özellikleri, psikolojik sağlamlıkları ile hastalık şiddeti ve işlevselliği birlikte inceleyen ilk çalışma olmamız güçlü yönümüzken örneklem büyüklüğümüz kısıtlı olması, çalışmamızın kesitsel planlanması ve mizaç, psikolojik sağlamlık, yaşam kalitesine ilişkin verilerin ebeveyn anketleri gibi dolaylı ölçümlerle elde edilmiş olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda okul öncesi dönemde psikolojik sağlamlık ve mizaç özelliklerinin; OSB ve DEHB tanılı çocukların hastalık şiddetine ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Çalışmaya, EÜTF Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde takipleri devam eden ve DSM-V kriterlerine göre OSB veya DEHB tanısını karşılayan 0-6 yaş arasında olgular ile sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 3 grup dahil edilmiştir. Çalışma hakkında bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden olgular ve ebeveynler çalışmaya alınmış olup ebeveynlerle yapılan görüşmelerde olguların sosyodemografik özellikleri, gelişim basamakları, ilk kez psikiyatriye başvuru tarihleri, çocukların yaşitlarından farklı olduğunu anlayan ilk kişi ve yaşitlarından farklı olduğunu düşünceleri ile psikiyatriye başvuruları arasında geçen süre olgu veri formuna not edilmiştir.

Otizm şiddetinin belirlenmesi için Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ), mevcut tanılarının klinik şiddetini belirlemek için Klinik Global İzlem ölçeği (CGI) ve işlevsellik düzeyini değerlendirmek için Genel Değerlendirme Ölçeği (GAS) klinisyen tarafından doldurulmuştur. DEHB şiddetinin belirlenmesi için ebeveynler tarafından Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurulmuştur. Uyku alışkanlıkları ve uykuya ilişkin sorunları belirlemek için Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA), mizaç özelliklerinin belirlenmesi için Çocuk Davranış Listesi-Kısa Form (ÇDL-KF), psikolojik sağlamlıklarını değerlendirmek amacıyla Hacettepe Ruhsal uyum envanteri (HRÖ) ve Ego Sağlamlığı Ölçeği, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Çocuklar İçin Yaşam kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) ebeveynler tarafından doldurulmuştur.

Literatürde çocuklarda psikiyatrik bozuklukların semptomlarının gelişiminde mizacın nedensel bir rol oynadığı, bazı mizaç özelliklerinin ilerde ortaya çıkacak DEHB ve OSB riskini öngörebildiği, mizaç şekillendirilebilir olduğu ve erken müdahaleler ile çocuklarda psikopatolojiyi azaltmaya yardımcı olacağı bildirilmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen veriler ışığında OSB ve DEHB tanısı alan çocukların mizaç özelliklerinin semptomların şiddetini etkileyebileceği, psikolojik sağlamlığın yaşam kalitesi ilişkili olduğu bu sebeple de kliniğe başvuran nörogelişimsel bozukluğa sahip çocukların

değerlendirilmesinde mizaç özellikleri ve psikolojik sağlamlığın dikkate alınmasının çocuğa özgü müdahaleler ile tedaviye yardımcı olabileceğini söyleyebiliriz.

7. KAYNAKLAR

1. Topics BSTKJPCS, 2018 undefined. Mizaç özellikleri ve gelişime etkileri. researchgate.net [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 8]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Burcu-Sari-4/publication/322852716_Temperament_Features_and_Its_Impacts_on_Development/links/5a72b370a6fdcc53fe12ab92/Temperament-Features-and-Its-Impacts-on-Development.pdf
2. Uygun E, Köseoğlu A, Küçüköncü S, Erkoç ŞN, Ruh B, Ve S, et al. Ötimik dönemdeki bipolar I bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler. *eresearch.ozyegin.edu.tr* Uygun, A Köseoğlu, S Küçüköncü, ŞN ErkoçBilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2018•eresearch.ozyegin.edu.tr [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 8];7(3):120–6. Available from: <http://eresearch.ozyegin.edu.tr/handle/10679/6374>
3. Graham P, Psychiatry JSTBJ of, 1987 undefined. Temperament, personality and personality disorder. cambridge.org [Internet]. [cited 2023 Nov 8]; Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/temperament-personality-and-personality-disorder/5113631544078D3B0B2341DEAAA1BC5C>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC; 2000.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). 2013.
6. Dergisi DCG ve DP, 2002 undefined. Okul öncesi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu : yaygınlık, tanı, nörobiyoloji ve uyarıcı tedavisinin gözden geçirilmesi. Journals.lww.com [Internet]. [cited 2023 Nov 10]; Available from: https://journals.lww.com/jrnldbp/Fulltext/2002/02001/Preschool_Attention_Deficit_Hyperactivity.2.aspx?casa_token=hsvgjWwVeQwAAAAA:jpW7IYiM7rvmZRIYGYyfj1ZsmvikMxRrLqNJRvVwLnH95OxQnqXA00p4easIXRJt8NTx5q072sTBGYSSyt6RDil
7. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. Taylor & FrancisDA Pineda, F Lopera, JD Palacio, D Ramirez, GC HenaolInternational Journal of Neuroscience, 2003•Taylor & Francis [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2023 Nov 10];113(1):49–71. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207450390161921?casa_token=hsrLSQhksQoAAAAA:XDIdnf1sBbzVb4qG1iC9aP5QrspYpgTd05L91mMHVxgMBK6-veX6UxuzTa0OweyMvmpB2D3JzJf8oA
8. Lavigne J, Gibbons R, ... KCJ of the A, 1996 undefined. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 10]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709663784>
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II. 1968.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistic Manual Of Mental Disorders, DSM-III. 1980;
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd~ ed-revised). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1987.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th Edition (DSM- IV) Washington DC. 1994.
13. Tandon M, Psychiatric APC and A, 2017 undefined. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children. *childpsych.theclinics.com* [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: [https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(17\)30035-4/abstract](https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(17)30035-4/abstract)
14. Chronis A, Lahey B, ... WPJD, 2007 undefined. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *psycnet.apa.org* AM Chronis, BB Lahey, WE Pelham Jr, SH Williams, BL Baumann, H Kipp, HA Jones Developmental psychology, 2007 • *psycnet.apa.org* [Internet]. 2007 [cited 2023 Nov 11]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2006-23020-006>
15. Ghuman JK, Aman MG, Ghuman HS, Reichenbacher T, Gelenberg A, Wright R, et al. Prospective, naturalistic, pilot study of open-label atomoxetine treatment in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009 Apr 1;19(2):155–66.
16. Motavallı Mukaddes N. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2015.
17. Anderson RN, Miniño AM, Hoyert DL, Rosenberg HM. Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: preliminary estimates. *Natl Vital Stat Rep*. 2001;49(2):1–32.
18. Garzon D, Huang H, Nursing RTA of P, 2008 undefined. Do attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder influence preschool unintentional injury risk? Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941708000204?casa_token=ktpi5BZ8FOkAAAAA:vtdIWAbxK0W6LOUZZLrEXmaCqGL4oGIRXPtPBXqf6GcDIWih0PwDJ7fq9s hojE9py0AyWvB2PII
19. ... SPJ of the A, 2007 undefined. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709621821>
20. Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2023 Nov 11];56(3):345–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25649325/>
21. Özaslan T, Psychiatry-Special ÖBTKJC, 2015 undefined. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu epidemiyolojisi. *researchgate.net* [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 12]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Oznur-Bilac/publication/306253184_Dikkat_Eksikligi_Hiperaktivite_Bozuklugu_Epidemiyolojisi/li

nks/57b47aa808aeaab2a1039249/Dikkat-Eksikligi-Hiperaktivite-Bozuklugu-Epidemiyolojisi.pdf

22. Lavigne J V., LeBailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ. The Prevalence of ADHD, ODD, Depression, and Anxiety in a Community Sample of 4-Year-Olds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [Internet]. 2009 May [cited 2023 Nov 12];38(3):315–28. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410902851382>
23. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. 2012 Jul;9(3):490–9.
24. Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Mar 1;56(3):345–65.
25. Egger H, Kondo D, Children AAI& Y, 2006 undefined. The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *journals.lww.com* [Internet]. [cited 2023 Nov 12]; Available from: https://journals.lww.com/ijcjournal/fulltext/2006/04000/the_epidemiology_and_diagnostic_issues_in.4.aspx
26. Cortese S, Castellanos FX. Neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: current neuroscience-informed perspectives for clinicians. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2012 Oct [cited 2023 Nov 13];14(5):568–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22851201/>
27. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998;39(1):65–99.
28. Psychiatry FLA and NZJ of, 1991 undefined. The dopamine theory of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Taylor & FrancisF LevyAustralian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1991•Taylor & Francis [Internet]. [cited 2023 Nov 28]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00048679109077746>
29. Faraone S V., Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*. 2005 Jun 1;57(11):1313–23.
30. Rietveld MJH, Hudziak JJ, Bartels M, Van Beijsterveldt CEM, Boomsma DI. Heritability of attention problems in children: I. cross-sectional results from a study of twins, age 3-12 years. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* [Internet]. 2003 Feb 15 [cited 2023 Nov 13];117B(1):102–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12555244/>
31. Price TS, Simonoff E, Waldman I, Asherson P, Plomin R. Hyperactivity in preschool children is highly heritable. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2001 [cited 2023 Nov 13];40(12):1362–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11765277/>
32. Yetişkin ve çocukluk çağı dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda genetik risk faktörleri ve gen- çevre etkileşimleri. *Journals.lww.com* [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: https://journals.lww.com/psychgenetics/Fulltext/2019/06000/Genetic_risk_factors_and_gene_environment.1.aspx?casa_token=AEsDuP3_fSUAAAAA:dLpB_H1ETZG7ywAwe4Rlib9OeJRK-jyOx75JyIbCM2o_YjXTX3ZWQGFTWIkme0WIZst5ebItWg3-lFxxsyM7jJm

33. Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A. Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder. 2018.
34. Pliszka S, McCracken J, ... JM of the AA of C, 1996 undefined. Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder: current perspectives. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709634559>
35. research MSB brain, 1998 undefined. Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: a review and integration. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166432897001757?casa_token=OmpEVHMOVZ8UAAAAA:b-iF74n8g-W6CyqH7vsvgGTjBTd-3roetJQfsc7s6ig9OQKTkFpO5leLLp4E32rpWOWifdCBTck
36. Spencer T, Biederman J, Madras B, ... SFB, 2005 undefined. In vivo neuroreceptor imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder: a focus on the dopamine transporter. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322305004221?casa_token=rOyxjQeFP4EAAAAA:dE4RwmyjgFxFEQXVdQXOCO6UNAQL4PMWIOF73lJtcFoC3eos0VvJDrEdYB4SERGIhpizW79tt-k
37. Biederman J, psychiatry TSB, 1999 undefined. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322399001924?casa_token=LV1mBO7k5DcAAAAA:dwXxD_EbhHjIdFQlrg3EwfNYdsijN24e-LV_-zGmXspfkulNg6CT15Ca3KboURH3TpaK1Uwi_s
38. Kieling C, Goncalves R, ... RTC and adolescent, 2008 undefined. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 11]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056499307001277>
39. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1997 [cited 2023 Nov 13];36(8):1036–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9256583/>
40. Burak Doğançün, Elif Erol. Vakalarla Çocuk Psikopatolojileri. 2022.
41. Buitelaar J. Autism as a developmental connectivity disorder. Ek Sayı: 24 Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. 2014;
42. Weidong W, GuangWen X, Yangpeng X. Autism Survey for 2 to 6 year old Child in Meizhou. China Journal of Health Psychology. 2009;
43. Lai MC, Lombardo M V., Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2023 Nov 13];54(1):11–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25524786/>
44. Baron-Cohen S, Lombardo M V., Auyeung B, Ashwin E, Chakrabarti B, Knickmeyer R. Why are autism spectrum conditions more prevalent in males? PLoS Biol [Internet]. 2011 Jun [cited 2023 Nov 13];9(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21695109/>

45. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy SE, et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2007 [cited 2023 Nov 13];28:235–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17367287/>
46. Freitag CM. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2007 Jan 17 [cited 2023 Nov 13];12(1):2–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17033636/>
47. Muhle R, Trentacoste S V., Rapin I. The genetics of autism. *Pediatrics* [Internet]. 2004 [cited 2023 Nov 13];113(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15121991/>
48. Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Perinatal and neonatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. 2011 Aug [cited 2023 Nov 13];128(2):344–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21746727/>
49. Bohm H V., Stewart MG, Healy AM. On the Autistic Spectrum Disorder concordance rates of twins and non-twin siblings. *Med Hypotheses* [Internet]. 2013 Nov [cited 2023 Nov 13];81(5):789–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24055096/>
50. Rutter M. Genetic influences and autism. In: *Hand book of autism and pervasive development disorders*. 2005.
51. Hurley RSE, Losh M, Parlier M, Reznick JS, Piven J. The broad autism phenotype questionnaire. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2007 Oct [cited 2023 Nov 13];37(9):1679–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17146701/>
52. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, Hultman C, Surén P, Susser E, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2023 Nov 13];21(5):693–700. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26055426/>
53. Zerbo O, Yoshida C, Gunderson EP, Dorward K, Croen LA. Interpregnancy Interval and Risk of Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2023 Nov 13];136(4):651–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26371204/>
54. Lyall K, Ashwood P, Van De Water J, Hertz-Picciotto I. Maternal immune-mediated conditions, autism spectrum disorders, and developmental delay. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov 13];44(7):1546–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24337796/>
55. Mukaddes NM. *Otizm Spektrum Bozuklukları*. 2nd ed. İstanbul Nobel Tıp Kitapevleri; 2017.
56. Lampi KM, Lehtonen L, Tran PL, Suominen A, Lehti V, Banerjee PN, et al. Risk of autism spectrum disorders in low birth weight and small for gestational age infants. *J Pediatr* [Internet]. 2012 Nov [cited 2023 Nov 13];161(5):830–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22677565/>
57. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. 2011 [cited 2023 Nov 13]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/>
58. Gadad BS, Li W, Yazdani U, Grady S, Johnson T, Hammond J, et al. Correction to Supporting Information for Gadad et al., Administration of thimerosal-containing vaccines to infant rhesus macaques does not result in autism-like behavior or neuropathology.

- Proc Natl Acad Sci U S A [Internet]. 2015 Dec 8 [cited 2023 Nov 13];112(49):E6827. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26621718/>
59. Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. Temperament and character in adults with Asperger syndrome. *Autism* [Internet]. 2002 Sep [cited 2023 Nov 13];6(3):287–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12212919/>
 60. Motavalli Mukaddes N, Karakoç Demirkaya S. Oyun Döneminde Otizm Spektrum Bozukluğu. In: *Oyun dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 2018.
 61. The temperament perspective: Working with children's behavioral styles. [Internet]. [cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2005-15191-000>
 62. Berk L. *Infants, children, and adolescents*. 4th, ed ed. Boston, USA: Allyn and Bacon Publisher; 2002.
 63. Kagan J. The contribution of temperament to developmental profiles. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry, a comprehensive Textbook*. 3th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.; 2002.
 64. Kristal J. The temperament perspective: Working with children's behavioral styles. 2005 [cited 2023 Nov 16]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2005-15191-000>
 65. Gesell A, Monthly LATS, 1937 undefined. Early evidences of individuality in the human infant. *JSTORA Gesell, LB AmesThe Scientific Monthly, 1937*•JSTOR [Internet]. [cited 2023 Nov 16]; Available from: https://www.jstor.org/stable/16430?casa_token=rXbMeubigOoAAAAA:ueWX2yaduJuXDShCU6M4FQVsVqaCCcFaglsCLE5jmDmFL3i4FWqLEV6skjUtWDBfDuh41zOVLXyFk-XtGiR1AillJVI_Ui5bm4VdqMQWx9OVwQGLs6aa
 66. Locke J. Some thoughts concerning education. In: Quick RH, editor. *Locke on education*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1892.
 67. Gagne JR, Saudino KJ, Cherny SS. Genetic influences on temperament in early adolescence: A multimodal perspective. In: Petrill S, Plomin R, DeFries JC, Hewitt JK, editors. *Nature, Nurture, and the Transition to Early Adolescence*. Oxford University Press; 2003.
 68. Jd F, Sb M, Re F, Km D, Dg P, Muldoon MF. Neuroticism is not associated with the serotonin transporter (5-HTTLPR) polymorphism. *nature.com*JD Flory, SB Manuck, RE Ferrell, KM Dent, DG Peters, MF Muldoon*Molecular Psychiatry, 1999*•*nature.com* [Internet]. 1359 [cited 2023 Nov 16]; Available from: <https://www.nature.com/articles/4000466>
 69. Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science* (1979). 1996 Nov 29;274(5292):1527–31.
 70. Ebstein R, Levine J, Geller V, ... *JAM*, 1998 undefined. Dopamine D4 receptor and serotonin transporter promoter in the determination of neonatal temperament. *nature.com* [Internet]. 1998 [cited 2023 Nov 16]; Available from: <https://www.nature.com/articles/4000363>
 71. Schmidt L, Fox N, Rubin K, ... *SHP and I*, 2002 undefined. Molecular genetics of shyness and aggression in preschoolers. *Elsevier* [Internet]. [cited 2023 Nov 16]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886901001477?casa_token=BK

EWCaLIZDwAAAAA:wXz8DQiqJ10fy2T1KaZbqXm4W8AX8GdolqAkiq1v8bh5pLDbrxczrw2S8_EVd0xJXh3BrngvaxM

72. Luca A De, Rizzardi M, Torrente I, Neurogenetics RA, 2001 undefined. Dopamine D4 receptor (DRD4) polymorphism and adaptability trait during infancy: a longitudinal study in 1- to 5-month-old neonates. Springer [Internet]. 2001 [cited 2023 Nov 16];3(2):79–82. Available from:
https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/article/10.1007/s100480100106&casa_token=h6RvEtzFaKAAAAAA:i2QwEhhg3DFM7fJS7ChcqxlUy7wck8Clrgt3bhgwUU64a2sWufNCnQIKf98UmNepPgV7zsBDbgxwaXwyqA
73. pediatrics KSJ of developmental and behavioral, 2005 undefined. Behavioral genetics and child temperament. ncbi.nlm.nih.gov [Internet]. [cited 2023 Nov 16]; Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188235/>
74. Bronfenbrenner U, Psychologist SC. Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A. scholar.archive.orgU Bronfenbrenner, SJ CeciPsychologist•scholar.archive.org [Internet]. 1994 [cited 2023 Nov 17];101(4):568–86. Available from:
<https://scholar.archive.org/work/74rp7qwhyvceppe5a7ra52a26m/access/wayback/http://faculty.leeu.edu:80/~griggins/docs/BRONFENBRENNER%20article.pdf>
75. Stroustrup A, Hsu HH, Svensson K, Schnaas L, Cantoral A, Solano González M, et al. Toddler temperament and prenatal exposure to lead and maternal depression. Environ Health [Internet]. 2017 Jun 16 [cited 2023 Nov 17];15(1). Available from:
<http://repositorio.insp.mx:8080/jspui/handle/20.500.12096/7837>
76. Gudmundson J, Development ELIB and, 2012 undefined. Links between mothers' coping styles, toddler reactivity, and sensitivity to toddler's negative emotions. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Nov 17]; Available from:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638311000804?casa_token=Lv6pYnW2eIEAAAAA:Dv6ZKtVTnRoUK7Yo7PWwNoYGL0dIZv2jCcovgMoKM3vtPOZkFZTUijkvbbKt6gruLaMpELejhU
77. Bouvette-Turcot AA, Fleming AS, Wazana A, Sokolowski MB, Gaudreau H, Gonzalez A, et al. Maternal childhood adversity and child temperament: An association moderated by child 5-HTTLPR genotype. Wiley Online LibraryAA Bouvette-Turcot, AS Fleming, A Wazana, MB Sokolowski, H Gaudreau, A GonzalezGenes, Brain and Behavior, 2015•Wiley Online Library [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2023 Nov 17];14(3):229–37. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/gbb.12205>
78. Chapieski ML, Evankovich KD. Behavioral effects of prematurity. Semin Perinatol. 1997 Jun 1;21(3):221–39.
79. Gennaro S, Tulman L, (1982-) JFMPQ, 1990 undefined. Temperament in preterm and full-term infants at three and six months of age. JSTORS Gennaro, L Tulman, J FawcettMerrill-Palmer Quarterly (1982-), 1990•JSTOR [Internet]. [cited 2023 Nov 17]; Available from:
https://www.jstor.org/stable/23087231?casa_token=Lld8Y43LqfsAAAAA:YrFTToQTpvWqglxagr2mDZ46GE0XI5BKsYwfyUjGimWIV-RXftxkdaZuA2uPVxzw9CpdRXLX9XUzdWhXazxb9KYiRroTN3calVYpCKN7Lfd-VrsQf7_8

80. Langkamp DL, Kim Y, Pascoe JM. Temperament of preterm infants at 4 months of age: maternal ratings and perceptions. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 1998 Dec 1 [cited 2023 Nov 17];19(6):391–6. Available from: <https://europepmc.org/article/med/9866085>
81. Research BMCN, 1986 undefined. Temperament in very low birth weight infants. *psycnet.apa.org* Medoff-Cooper Nursing Research, 1986 • *psycnet.apa.org* [Internet]. [cited 2023 Nov 17]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1987-18439-001>
82. Oberklaid F, Sewell J, Sanson A, Pediatrics MP, 1991 undefined. Temperament and behavior of preterm infants: a six-year follow-up. *publications.aap.org* [Internet]. 1991 [cited 2023 Nov 17]; Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/87/6/854/56970>
83. Scher MS, Steppe DA, Banks DL. Prediction of lower developmental performances of healthy neonates by neonatal EEG-sleep measures. *Pediatr Neurol*. 1996 Feb 1;14(2):137–44.
84. Casalin S, Luyten P, Vliegen N, Meurs P. The structure and stability of temperament from infancy to toddlerhood: A one-year prospective study. *Infant Behav Dev*. 2012 Feb 1;35(1):94–108.
85. Gorman K, ... ALJ of D, 2001 undefined. Differential patterns of development: the interaction of birth weight, temperament, and maternal behavior. *journals.lww.com* [Internet]. [cited 2023 Nov 17]; Available from: https://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2001/12000/Differential_Patterns_of_Development__The.4.aspx?casa_token=7wbgCJ2nDw4AAAAA:6WsNrnGk_ujBs5GjUMMRsrnQZjKVUULzDk0ptXX5TVenOtWVnmsPuzZ0e8GrScrsfGdj-G7FpOwU77BdaAL0PGD8
86. Honjo S, Mizuno R, Sechiyama H, Sasaki Y, Kaneko H, Nishide T, et al. Temperament of Low Birth Weight Infants and Child-Rearing Stress: Comparison with Full-term Healthy Infants. *Early Child Dev Care* [Internet]. 2002 [cited 2023 Nov 17];172(1):65–75. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03004430210878>
87. Newman DG, O'Callaghan MJ, Harvey JM, Tudehope DI, Gray PH, Burns YR, et al. Characteristics at four months follow-up of infants born small for gestational age: a controlled study. *Early Hum Dev*. 1997 Oct 10;49(3):169–81.
88. Owens EB, Hinshaw SP, Lee SS, Lahey BB. Few girls with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder show positive adjustment during adolescence. *Taylor & Francis EB Owens, SP Hinshaw, SS Lee, BB Lahey Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2009 • Taylor & Francis [Internet]. 2009 Jan [cited 2023 Nov 19];38(1):132–43. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410802575313?casa_token=0R7WBvX_6WgAAAAA:GDFHacs0maKq_jLVk8LyNZidrE7LvYgCSK7QfDN_GUo-amDoOe5gKKFvSAu-2kBP--tHGnHKXqzvUQ
89. Martel MM. Research Review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2009 Sep 1 [cited 2023 Nov 19];50(9):1042–51. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.2009.02105.x>
90. Cho SC, Hwang JW, Lyoo IK, Yoo HJ, Kin BN, Kim JW. Patterns of temperament and character in a clinical sample of Korean children with attention-deficit hyperactivity

- disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2023 Nov 19];62(2):160–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1819.2008.01749.x>
91. Güney E, Dğnç GĞ, Ğğerg E, Ğenay Güzel H, Yalçın Ö. 362 DEHB olan ergen ve genç eriğkinlerin mizaç ve karakter özellikleri Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergen ve genç eriğkinlerin mizaç ve karakter özellikleri Temperament and character dimensions of adolescents and young adults with attention deficit hyperactivity disorder.
 92. De Pauw SSW, Mervielde I. The role of temperament and personality in problem behaviors of children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2011 Feb 23 [cited 2023 Nov 19];39(2):277–91. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-010-9459-1>
 93. Kasari C, Sigman M. Linking parental perceptions to interactions in young children with autism. *J Autism Dev Disord*. 1997;27(1):39–57.
 94. Hepburn SL, Stone WL. Using Carey Temperament Scales to assess behavioral style in children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2006 Jul;36(5):637–42.
 95. Konstantareas MM, Stewart K. Affect regulation and temperament in children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2006 Feb;36(2):143–54.
 96. Rothbart M, ... DD... development across the, 2000 undefined. Stability of temperament in childhood: Laboratory infant assessment to parent report at seven years. *books.google.com* [Internet]. [cited 2023 Nov 17]; Available from: https://www.google.com/books?hl=tr&lr=&id=whwBAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1930&dq=Rothbart+MK,+Derryberry+D,+Hershey+KL.+Stability+of+Temperament+in+Childhood:+Laboratory+Infant+Assessment+to+Parent+Report+at+Seven+Years.+In:+Molfese+VJ,+Molfese+DL,+McCrae+RR,&ots=_rUreWlNR2&sig=uPn2WM_AZOHM9SoKvq-MbqvRhZ4
 97. Rothbart MK, Posner MI. Temperament, Attention, and Developmental Psychopathology. *Developmental Psychopathology: Second Edition*. 2015 Sep 6;2:465–501.
 98. Ronald A, Simonoff E, Kuntsi J, Asherson P, Plomin R. Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a community twin sample. *Wiley Online Library* A Ronald, E Simonoff, J Kuntsi, P Asherson, R Plomin *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 2008•Wiley Online Library [Internet]. 2008 May [cited 2023 Nov 19];49(5):535–42. Available from: https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2007.01857.x?casa_token=SITWJurloAEAAAAA:4vLEPhtO50cXVcFMmKlp_kqNN8lbB B2YRrtOp6jfstL7sG86cbqJW7yOISQLJZeL8uKTizLAFIHotow
 99. Costa B, Pini S, Gabelloni P, Abelli M, Lari L, Cardini A, et al. Oxytocin receptor polymorphisms and adult attachment style in patients with depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2009 Nov 1;34(10):1506–14.
 100. Gordon I, Martin C, Feldman R, cognitive JLD, 2011 undefined. Oxytocin and social motivation. *Elsevier* [Internet]. [cited 2023 Nov 19]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878929311000727>
 101. Liu X, Kawamura Y, Shimada T, ... TOJ of human, 2010 undefined. Association of the oxytocin receptor (OXTR) gene polymorphisms with autism spectrum disorder (ASD) in the Japanese population. *nature.com* X Liu, Y Kawamura, T Shimada, T Otowa, S Koishi, T

- Sugiyama, H Nishida, O Hashimoto Journal of human genetics, 2010•nature.com [Internet]. [cited 2023 Nov 19]; Available from: <https://www.nature.com/articles/jhg2009140>
102. Work RGJ of GS, 2002 undefined. Holocaust survivors: A study in resilience. Taylor & FrancisRR GreeneJournal of Gerontological Social Work, 2002•Taylor & Francis [Internet]. 2002 Sep 25 [cited 2023 Nov 27];37(1):3–18. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J083v37n01_02?casa_token=ADfPwytNwRsAAAAA:ymmNEalQc67g8BNxVjIBpT1kWvOS2Jkb1CZm_enSy4AVc8RxBCchCTfmAq7gSBqbktokazRu5L7nj_I
103. BEKTAŞ M, ÖZBEN Ş. EVLİ BİREYLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN BAZI SOSYO-DEMOGRAFIK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;14(1).
104. Anthony EJEd, Cohler BJ, Ed. The Invulnerable Child. Anthony EJ, Cohler BJ, editors. The invulnerable child [Internet]. 1987 [cited 2023 Nov 27];3–48. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1987-98138-001&site=ehost-live&scope=site>
105. Wang MC, Haertel GD, Walberg HJ. Educational Resilience: An Emergent Construct. Publication Series# 95-10. 1995 [cited 2023 Nov 27]; Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED389807>
106. ÖZBEY S, ERATA F, YAVUZ K. Okul Öncesi Dönem Çocuklarında İyi Oluş ve Psikolojik Sağlık: Değer Davranışlarının ve Özdüzenleme Becerilerinin Yordayıcı Etkisi. Journal of Values Education [Internet]. 2022 Dec 25 [cited 2023 Nov 27];20(44):351–83. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ded/issue/74062/1113471>
107. Uygun E, Köseoğlu A, Küçükgöncü S, Erkoç ŞN. Ötimik dönemdeki bipolar I bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler. 2018 Jun 21 [cited 2023 Nov 27]; Available from: <https://eresearch.ozyegin.edu.tr/handle/10679/6374>
108. Block J, Block JH. Venturing a 30-year longitudinal study. American Psychologist. 2006 May;61(4):315–27.
109. Hofer C, Eisenberg N, Reiser M. The Role of Socialization, Effortful Control, and Ego Resiliency in French Adolescents' Social Functioning. Journal of Research on Adolescence [Internet]. 2010 Sep 1 [cited 2023 Nov 27];20(3):555–82. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-7795.2010.00650.x>
110. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Murphy BC, Maszk P, Holmgren R, et al. The relations of regulation and emotionality to problem behavior in elementary school children. Dev Psychopathol [Internet]. 1996 [cited 2023 Nov 27];8(1):141–62. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/abs/relations-of-regulation-and-emotionality-to-problem-behavior-in-elementary-school-children/07F65730335DA701288DF6567AFDCF56>
111. Martel MM, Nigg JT, Wong MM, Fitzgerald HE, Jester JM, Puttler LI, et al. Childhood and adolescent resiliency, regulation, and executive functioning in relation to adolescent problems and competence in a high-risk sample. Dev Psychopathol [Internet]. 2007 Apr [cited 2023 Nov 27];19(2):541–63. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and->

- psychopathology/article/abs/childhood-and-adolescent-resiliency-regulation-and-executive-functioning-in-relation-to-adolescent-problems-and-competence-in-a-highrisk-sample/0855A2AADF1806310C87B66165DAA18E
112. Sipahioğlu, Önder. Farklı risk gruplarındaki ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi. 2008 [cited 2023 Nov 27]; Available from: <http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080/xmlui//handle/123456789/391>
 113. Ercan E, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2001;
 114. Owens J, Spirito A, York- MMSN, 2000 undefined. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. depts.washington.eduJA Owens, A Spirito, M McGuinnSleep-New York-, 2000•depts.washington.edu [Internet]. [cited 2023 Nov 28]; Available from: <http://depts.washington.edu/dbpeds/Screening%20Tools/CSHQ%20article.pdf>
 115. Perdahlı Fiş N, Rodopman Arman A, Ay P, Topuzoğlu A. The validity and the reliability of Turkish Version of Children's Sleep Habits Questionnaire. [cited 2023 Nov 28]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/256916881>
 116. Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) El Kitabı. 1st ed. Türk Psikologlar Derneği; 1994.
 117. Putnam SP, Rothbart MK. Development of short and very short forms of the Children's Behavior Questionnaire. J Pers Assess [Internet]. 2006 [cited 2023 Nov 28];87(1):102–12. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=hjpa20>
 118. Akın Sarı B, İşeri E, Yalçın Ö, Akın Aslan A, Şener Ş. Çocuk Davranış Listesi Kısa Formunun Türkçe Güvenilirlik Çalışması ve Geçerliliğine İlişkin On Çalışma. 15(3):135–43.
 119. Gökler B, Öktem F. Bir gecekondu ilkokulu öğrencilerinde ruhsal uyum taraması. Toplum ve hekim. 1985.
 120. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. 1976 [cited 2023 Nov 28]; Available from: <https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=B4mZEZQRZUEC&oi=fnd&pg=PA6&dq=Clinical+global+impressions.+ECDEU+assessment+manual+for+psychopharmacology,+revised+National+Institute+of+Mental+Health,&ots=Kq1cbitz4B&sig=8yvXIEj4ALzr7MveDXIBW CICUPg>
 121. Memik N, Agaoglu B, Coskun A, ... OUP, 2007 undefined. The validity and reliability of the Turkish Pediatric Quality of Life Inventory for children 13-18 years old. researchgate.net [Internet]. 2007 [cited 2023 Nov 28]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Nursu-Memik/publication/5781067_The_validity_and_reliability_of_the_Turkish_Pediatric_Quality_of_Life_Inventory_for_children_13-18_years_old/links/00b7d519dd96d01025000000/The-validity-and-reliability-of-the-Turkish-Pediatric-Quality-of-Life-Inventory-for-children-13-18-years-old.pdf
 122. Varni J, Seid M, care PKM, 2001 undefined. PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and

- patient populations. JSTORJW Varni, M Seid, PS KurtinMedical care, 2001•JSTOR [Internet]. [cited 2023 Nov 28]; Available from: <https://www.jstor.org/stable/3767969>
123. Endicott J, Spitzer R, ... JFA of general, 1976 undefined. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. jamanetwork.com [Internet]. [cited 2023 Nov 28]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/491561>
 124. Önder A, Ogelman H. The reliability-validity study for the Ego Resiliency Scale (Teacher-Mother-Father Forms) for children aged between 5 and 6. International Refereed Academic Social Sciences. 2011;
 125. Schopler E, Reichler R, ... RDJ of autism and, 1980 undefined. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). psycnet.apa.orgE Schopler, RJ Reichler, RF DeVellis, K DalyJournal of autism and developmental disorders, 1980•psycnet.apa.org [Internet]. 1980 [cited 2023 Nov 28];10(1). Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1980-22500-001>
 126. İncekaş S. çocukluk otizmini derecelendirme ölçeği türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması. 2009 [cited 2023 Nov 28]; Available from: <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/13134>
 127. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2007 Jul [cited 2023 Dec 9];20(4):386–92. Available from: https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2007/07000/epidemiology_of_attention_deficit_hyperactivity.13.aspx
 128. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017 Jun 1;56(6):466–74.
 129. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: A community-based study. Eur J Pediatr [Internet]. 2012 Feb 9 [cited 2023 Dec 9];171(2):271–80. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-011-1524-4>
 130. Anastopoulos AD, Sommer JL, Ma NK, Schatz MA. ADHD and family functioning. Current Attention Disorders Reports 2009 1:4 [Internet]. 2009 Nov 24 [cited 2023 Dec 9];1(4):167–70. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12618-009-0023-2>
 131. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson ML, Bitsko RH, et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. Pediatrics [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2023 Dec 9];144(4). Available from: [/pediatrics/article/144/4/e20190811/76974/Prevalence-and-Trends-of-Developmental](https://pediatrics/article/144/4/e20190811/76974/Prevalence-and-Trends-of-Developmental)
 132. Senerman H. Erken çocukluk döneminde otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklarda uygulanan tedavi ve eğitim yöntemlerinin semptomların düzelmesine etkisinin. 2019 [cited 2023 Dec 9]; Available from: <http://acikerisim.gelisim.edu.tr/xmlui/handle/11363/1565>
 133. Wang C, Geng H, Liu W, Zhang G. Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. Medicine [Internet]. 2017 May 1 [cited 2023 Dec 9];96(18). Available from: [/pmc/articles/PMC5419910/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25419910/)

134. Palladino VS, McNeill R, Reif A, Kittel-Schneider S. Genetic risk factors and gene-environment interactions in adult and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Genet* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2023 Dec 9];29(3):63–78. Available from: https://journals.lww.com/psychgenetics/fulltext/2019/06000/genetic_risk_factors_and_gene_environment.1.aspx
135. Espy KA, Sheffield TD, Wiebe SA, Clark CAC, Moehr MJ. Executive control and dimensions of problem behaviors in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2023 Dec 9];52(1):33–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.2010.02265.x>
136. Yolga Tahiroğlu A, Avci A, Firat S, Seydaoğlu G. Yolga Tahiroğlu ve ark. 5
-
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri*.
137. Childress AC, Stark JG. Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool-Aged Children. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2023 Dec 31];28(9):606–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30388032/>
138. Egger H, Kondo D, Angold A. Okul öncesi dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda epidemiyoloji ve tanı sorunları: Bir inceleme. *Bebekler ve Küçük Çocuklar* [Internet]. 2006 [cited 2023 Dec 31]; Available from: https://journals.lww.com/iycjournal/fulltext/2006/04000/the_epidemiology_and_diagnostic_issues_in.4.aspx?casa_token=tnnC1i_ea8YAAAAA:rXmDe4B9LrgHwZKAQif8Z929Vkaz_S7FLivB7P_AzfiIMATQn9hfiqYci6-WEcfPjQSFCBdKvKZnp04X8ejPQ
139. Aslan Z. İlköğretim Çağındaki Kızlarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Kliniğe Başvuran Bir Grupta Sosyodemografik, Eş Tanı ve Psikososyal Özelliklerin. 2008 [cited 2023 Dec 9]; Available from: https://search.proquest.com/openview/423501866898b95b9fc4a728b585a21c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y&casa_token=d3FGtYwPr-wAAAAA:0bO_Nk3UuDxkXVvYdXRMvBlgVjPhKLUIa4XC04t64DKaPZTI20B1yqIPxskxztHqXDzc5bmXUsQ
140. Kurt O, Pirinççi E, Bozkuş S, Aksakal BY, Deveci SE, Üniversitesi F, et al. Otizmlı Çocuğa Sahip Anne-Babaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi Examination of the Depression and Anxiety Levels of the Parents of Children with Autism ARAŞTIRMA MAKALESİ / Research Article. [cited 2023 Dec 9]; Available from: <https://orcid.org/0000-0002-3041-2327>
141. Corkum P, Tannock R, Moldofsky H. Sleep Disturbances in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Jun 1;37(6):637–46.
142. Hvolby A. Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 2014 7:1 [Internet]. 2014 Aug 17 [cited 2023 Dec 31];7(1):1–18. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12402-014-0151-0>
143. Reynolds A, Söke G, Sabourin K, Hepburn S. Otizm spektrum bozukluğu ve diğer gelişimsel gecikmeleri olan 2 ila 5 yaş arası çocuklarda uyku sorunları. 2019 [cited 2023 Dec 31];

Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/143/3/e20180492/76789>

144. Johnson C, Smith T, DeMand A, Lecavalier L. Otizm spektrum bozukluğu ve yıkıcı davranışları olan küçük çocukların uyku kalitesini araştırmak. Uyku ilacı [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 31]; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945718300200?casa_token=MLCMx5zdahIAAAAA:UpWCo2dKkCZw7U6Ezk3jlfA1xONZvs8K4EN6FDzqSHAipHG9eDm9X6OCfOOK_Tb_dmVNvREc
145. Wang Y, Lin J, Zeng Y, Liu Y, Li Y, Xia K, et al. Effects of Sleep Disturbances on Behavioral Problems in Preschool Children With Autism Spectrum Disorder. *Front Psychiatry*. 2021 Feb 9;11:559694.
146. Thomas S, Lycett K, Papadopoulos N, Sciberras E, Rinehart N. Exploring Behavioral Sleep Problems in Children With ADHD and Comorbid Autism Spectrum Disorder. *J Atten Disord* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2024 Jan 7];22(10):947–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26637841/>
147. Lee Y chen, Yang HJ, Chen VC hung, Lee WT, Teng MJ, Lin CH, et al. Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Res Dev Disabil*. 2016 Apr 1;51–52:160–72.
148. Kuhlthau K, Orlich F, Hall TA, Sikora D, Kovacs EA, Delahaye J, et al. Health-Related Quality of Life in children with autism spectrum disorders: results from the autism treatment network. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2010 Dec 24 [cited 2023 Dec 31];40(6):721–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-009-0921-2>
149. BASTIAANSEN D, KOOT HM, FERDINAND RF, VERHULST FC. Quality of Life in Children With Psychiatric Disorders: Self-, Parent, and Clinician Report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Feb 1;43(2):221–30.
150. Koerner JKA, Gust N, Petermann F. Developing ADHD in preschool: Testing the dual pathway model of temperament. *Appl Neuropsychol Child* [Internet]. 2018 Jul 15 [cited 2024 Jan 7];7(4):366–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28707986/>
151. Miller N V, Degnan KA, Hane AA, Fox NA, Chronis-Tuscano A. Infant temperament reactivity and early maternal caregiving: Independent and interactive links to later childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Wiley Online LibraryNV Miller, KA Degnan, AA Hane, NA Fox, A Chronis-TuscanoJournal of Child Psychology and Psychiatry, 2019•Wiley Online Library* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2023 Dec 12];60(1):43–53. Available from: https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12934?casa_token=-b9g2NqwPYAAAAA:42ftr0bD-jGFqHd_r3X0qyJDCAkgJZKLIGW4ntMx4lxOPE8SIULADIEODqZZ5IkqOqQlhMRtT
152. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2006 [cited 2023 Dec 11];45(2):192–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16429090/>
153. Konke LA, Forslund T, Nilsson-Jobs E, Nyström P, Falck-Ytter T, Brocki K. How Does Temperament in Toddlers at Elevated Likelihood for Autism Relate to Symptoms of

- Autism and ADHD at Three Years of Age? J Autism Dev Disord [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Dec 12];52(3):995. Available from: /pmc/articles/PMC8854311/
154. Perroud N, Hasler R, Golay N, Zimmermann J, Prada P, Nicastro R, et al. Personality profiles in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). BMC Psychiatry [Internet]. 2016 Jun 14 [cited 2024 Jan 7];16(1):1–9. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0906-6>
155. temperament MRH of, 2012 undefined. Advances in temperament. books.google.comMK RothbartHandbook of temperament, 2012•books.google.com [Internet]. [cited 2023 Dec 11]; Available from: [https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=nz1OCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=Rothbart,+M.+K.+\(2012\).+Advances+in+temperament.+Handbook+of+temperament,+3-20.+Salmani+Nodoushan,+M.+A.+\(2011\).+Temperament+as+an+Indicator+of+Language+Achievement.+Online+Submission,+5\(4\),+33-52.+&ots=Jf1Z22JZCe&sig=nIfp1fA6etRDYjQj2wSQCUT-3W8](https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=nz1OCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=Rothbart,+M.+K.+(2012).+Advances+in+temperament.+Handbook+of+temperament,+3-20.+Salmani+Nodoushan,+M.+A.+(2011).+Temperament+as+an+Indicator+of+Language+Achievement.+Online+Submission,+5(4),+33-52.+&ots=Jf1Z22JZCe&sig=nIfp1fA6etRDYjQj2wSQCUT-3W8)
156. Dil Bozukluğu Olan GV, Lisans Tezi Nevşehir Y. Kapadokya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı OLMAYAN OKUL ÖNCESİ DÖNEMDEKİ ÇOCUKLARIN MIZAÇ ÖZELLİKLERİ VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER İLE DİL ÖZELLİKLERİNİN İLİŞKİSİ Gonca NALÇACI.
157. He JA, Antshel KM, Biederman J, Faraone S V. Do Personality Traits Predict Functional Impairment and Quality of Life in Adult ADHD? A Controlled Study. <https://doi.org/10.1177/1087054715613440> [Internet]. 2015 Nov 25 [cited 2024 Jan 7];23(1):12–21. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054715613440?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
158. Motavalli Mukaddes N, Ercan ES. Nörogelişimsel Bozukluklar. Nobel tıp kitabevi; 2018.
159. Yildiz BB, Mutlu C, Ocakoğlu FT, Doğan EB, Yalçın Ö, Dut R, et al. Relationship of Temperament Differences with Diagnosis, Severity and Accompanying Psychiatric Symptoms in Autism Spectrum Disorder. Archives of Neuropsychiatry [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Dec 22];59(1):26. Available from: /pmc/articles/PMC8895812/
160. Yildiz BB, Mutlu C, Ocakoğlu FT, Doğan EB, Yalçın Ö, Dut R, et al. Relationship of Temperament Differences with Diagnosis, Severity and Accompanying Psychiatric Symptoms in Autism Spectrum Disorder. Archives of Neuropsychiatry [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Dec 14];59(1):26. Available from: /pmc/articles/PMC8895812/
161. Birsen YILDIZ B, Mutlu C, Tuna OCAKOĞLU F, Bilgen DOĞAN E, Yalçın Ö, Dut R, et al. Otizm Spektrum Bozukluğunda Mizaç Farklılıklarının Tanı, Şiddet ve Eşlik Eden Psikiyatrik Belirtilerle İlişkisi Relationship of Temperament Differences with Diagnosis, Severity and Accompanying Psychiatric Symptoms in Autism Spectrum Disorder. [cited 2023 Dec 11]; Available from: <https://doi.org/10.29399/npa.27830>
162. Gürbüz Özgür B, Aksu H, Eser E. 344 Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi Anne-Baba sürümünün Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Otizmde Yaşam Kalitesi Anketi Anne-Baba sürümünün Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği* Turkish validity and reliability of Quality of Life in Autism Questionnaire-Parent Version. 2017;18(4):344–52.

8. EKLER

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 02.01.2023-E.1061892



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-99166796-050.06.04-1061892
Konu : Onay Kararı 22-12.2T/37

Prof. Dr. Nazlı Burcu ÖZBARAN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız "**Okul Öncesi Çocuklarda Psikolojik Sağlamlık Ve Mizacın Otizm Spektrum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılarındaki Hastalık Şiddeti Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz onay kararı ekte sunulmaktadır.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum iznini gösterir belgenin alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin (daha öncesinde sunulmamış ise) Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve sonuç raporunun kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar, tarih ve sayısı bildirilerek Etik Kurul Bilgilendirme formu ile yapılması gerekmektedir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Güzide AKSU
Kurul Başkanı

Ek:İlgili Etik Kurul Kararı (1 Adet aslı gibidir örneği elden gönderilecektir)

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (0-3 yaş) (Ebeveyn Formu)
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!
Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne?
Bu çalışmanın adı “Okul Öncesi Çocuklarda Psikolojik Sağlamlık ve Mizacın Otizm Spektrum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılarındaki Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi”
Bu çalışmanın amacı ne?
Bu çalışmanın amacı okul öncesi çocuklarda psikolojik sağlamlık, mizaç, aile özellikleri ve eğitimin; obsesif kompulsif bozukluk, otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılarındaki hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi
Size nasıl bir uygulama yapılacak?
Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Sizinle ve çocuğunuzla psikiyatrik görüşme yapılacak olup sonrasında çalışmamız ile ilgili birkaç adet değerlendirme ölçeğini doldurmanız istenecektir. Sonuçlar bilimsel araştırmamızda kullanımı haricinde hiçbir yerde yayınlanmayacak, herhangi bir kurum ya da şahıslarca paylaşılmayacak; tamamen gizlilik ilkesine uyulacaktır. Araştırma sonuçlarında çocuğunuzun kimlik bilgileri kesinlikle yer almayacaktır.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir?
<u>Çalışmamızda çocuğunuza herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.</u>
Ne kadar zamanınızı alacak?
Yaklaşık 1 saatinizi alacak
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?
Tahmini olarak 100 gönüllü katılacak
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacak? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması),
<u>Çocuğunuzun vücudundan herhangi bir örnek alınmayacaktır.</u>
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?
Araştırma ile ilgili olarak verilen randevulara zamanında gelmek ve verilen formları eksiksizce doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak?
Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan <u>doğrudan çocuğunuzun yarar görmesi</u> öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.

Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırma dışı kalabilirsiniz. Çalışma programını aksatmanız, araştırma ile ilgili olarak yanlış ya da kasti olarak eksik bilgi vermeniz, gerekli formları doldurmayıp randevularınıza gelmemeniz durumunda doktorunuz sizin izniniz olmadan <u>çocuğunuzu</u> çalışmadan çıkarabilir.			
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Bu çalışmada <u>çocuğunuzdan</u> alacağımız bilgiler kesinlikle başka kişilerle paylaşılmayacak ve bilimsel amaçla kullanılacak. Araştırmada sana zarar verme olasılığı olan bir işlem de yapılmayacak.			
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Herhangi bir sorun oluşmaz. Çalışmaya katılmayı istemesen dahi <u>çocuğunuzun</u> tedavi gerektiren bir problemi varsa bu problemin çalışmadan bağımsız olarak doktorların tarafından çözülmeye çalışılacaktır. Tetkik ve tedavi sürecin planlandığı gibi devam edecektir.			
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Yoktur.			
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? <u>Size</u> veya <u>çocuğunuza</u> herhangi bir ücret ödenmeyecek.			
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.			
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.			
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 1- Adı, soyadı: Seda ERBAŞ 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 3- Görev yeri: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;">GÖNÜLLÜNÜN</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">İMZASI</td> </tr> </table>		GÖNÜLLÜNÜN	İMZASI
GÖNÜLLÜNÜN	İMZASI		

ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		
Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		



BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (3-6 yaş) (Ebeveyn Formu)
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? Bu çalışmanın adı “Okul Öncesi Çocuklarda Psikolojik Sağlamlık ve Mizacın Otizm Spektrum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılarındaki Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi”
Bu çalışmanın amacı ne? Bu çalışmanın amacı okul öncesi çocuklarda psikolojik sağlamlık, mizaç, aile özellikleri ve eğitimin; obsesif kompulsif bozukluk, otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılarındaki hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır? Çalışmaya alınmanız durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Sizinle ve çocuğunuzla psikiyatrik görüşme yapılacak olup sonrasında çalışmamız ile ilgili birkaç adet değerlendirme ölçeğini doldurmanız istenecektir. Sonuçlar bilimsel araştırmamızda kullanımı haricinde hiçbir yerde yayınlanmayacak, herhangi bir kurum ya da şahıslarca paylaşılmayacak; tamamen gizlilik ilkesine uyulacaktır. Araştırma sonuçlarında kimlik bilgileriniz kesinlikle yer almayacaktır.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Çalışmamızda çocuğunuza herhangi bir tedavi uygulanmayacak
Ne kadar zamanınızı alacak? Yaklaşık 1 saatini alacak
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Tahmini olarak 100 gönüllü katılacak
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacak? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Çocuğunuzun vücudundan ya da sizin vücudunuzdan herhangi bir örnek alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Araştırma ile ilgili olarak verilen randevulara zamanında gelmek ve verilen formları eksiksizce doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak? Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmeniz öngörülmemektedir. Ancak

bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırma dışı kalabilirsiniz. Çalışma programını aksatmanız, araştırma ile ilgili olarak yanlış ya da kasti olarak eksik bilgi vermeniz, gerekli formları doldurmayıp randevularınıza gelmemeniz durumunda doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Bu çalışmada senden alacağımız bilgiler kesinlikle başka kişilerle paylaşılmayacak ve bilimsel amaçla kullanılacak. Araştırmada sana zarar verme olasılığı olan bir işlem de yapılmayacak.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Herhangi bir sorun oluşmaz. Çalışmaya katılmayı istemersen dahi eğer tedavi gerektiren bir problemin varsa bu problemin çalışmadan bağımsız olarak doktorların tarafından çözülmeye çalışılacaktır. Tetkik ve tedavi sürecin planlandığı gibi devam edecektir.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Size uygulanabilecek alternatif yöntem yoktur.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 1– Adı, soyadı: Seda ERBAŞ 2– Ulaşılabilir telefon numarası: 3– Görev yeri: Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.
--

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

DAVRANIŞ LİSTESİ KISA FORM

Dikkatlice okuyunuz!

Sonraki sayfalarda çocuğunuzun çeşitli durumlardaki tepkilerini tanımlayan çeşitli ifadelerle karşılaşacaksınız. Bu durumlar karşısında sizin çocuğunuzun tepkisinin nasıl olacağını belirtmenizi istiyoruz. Elbette, “doğru” tepki diye bir şey yoktur, çocuklar çok farklı şekilde tepki gösterebilirler ve biz de bu farklılıkların neler olduğunu öğrenmeye çalışıyoruz. Lütfen her ifadeyi okuyup onun, çocuğunuzun “geçtiğimiz altı ay içinde” benzer durumlardaki tepkisini “doğru” mu “yanlış” mı ifade ettiğine karar veriniz.

Eğer bu ifade;

çocuğunuz için tamamıyla yanlışsa 1’i

çocuğunuz için çoğunlukla yanlışsa 2’yi

çocuğunuz için kısmen yanlışsa 3’ü

çocuğunuz için ne doğru ne yanlışsa 4’ü

çocuğunuz için kısmen doğruysa 5’i

çocuğunuz için çoğunlukla doğruysa 6’yı

çocuğunuz için tamamıyla doğruysa 7’yi

daire içine alınız.

Eğer çocuğunuzda böyle bir durumla karşılaşmamışsanız ve bu nedenle o maddeyi yanıtlamıyorsanız uygun değil (UD) şikkını daire içine alınız.

Lütfen her durum için bir rakamı ya da uygun değil şikkını daire içine aldığınızdan emin olunuz

-
1. Bir yerden başka bir yere giderken her zaman çok aceleci ve telaşlıdır.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 2. Yatağa gitmesi gerektiği söylendiğinde sinirlenir.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 3. Canı kolay yanmaz.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 4. Yüksek kaydıraklardan kaymak gibi maceralı etkinliklerden hoşlanır.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 5. Dokunduğu nesnelerin düzgün veya pürüzlü olduğunun farkına varır.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 6. Heyecanlı bir olaydan önce öylesine telaşlanır ki yerinde duramaz.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 7. Genellikle düşünmeden hemen harekete geçer.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 8. En sevdiği oyuncak kaybolduğunda veya kırıldığında içli içli ağlar.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 9. Hava soğuk veya nemli olduğunda biraz rahatsız olur.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 10. Öylesine çılgınca ve dikkatsizce oynamayı sever ki yaralanabilir.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 11. Hemen hemen herkesin yanında rahattır.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 12. Odadan odaya yürümek yerine koşmayı tercih eder.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 13. Ebeveynleri yeni kıyafet giydiklerinde farkına varır.
1 2 3 4 5 6 7 UD
 14. İsteddiği bir şey olmadığında öfke nöbeti geçirir.
-

	1	2	3	4	5	6	7	UD
15.	Yaptığı şeylere büyük hayranlık duyar.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
16.	Bir işle uğraşırken zihnini o iş üzerinde tutmakta zorlanır.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
17.	Hırsız veya “öcü”lerden korkar.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
18.	Dışarıdayken, çoğunlukla sessizce oturur.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
19.	Komik öykülerden hoşlanır fakat genelde onlara gülmez.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
20.	Ailesinin planları yolunda gitmezse üzülür.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
21.	Bir işi bitirmeden diğer işe geçer.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
22.	Evde oynarken yerinde duramaz (koşar, zıplar, tırmanır).							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
23.	Yüksek sestten korkar.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
24.	Alçak sesleri bile dinler.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
25.	Heyecan verici bir etkinlikten sonra sakinleşmekte güçlük çeker.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
26.	Ilık banyo yapmaktan hoşlanır.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD
27.	Bazı görevleri başaramadığında üzülür.							
	1	2	3	4	5	6	7	UD

28. Sıklıkla yeni ortamlara atılır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
29. Ufak bir kesik ya da yaralanmada bir hayli üzülr.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
30. Yapmak istediği bir şeyden alıkonulduğunda hayal kırıklığı yaşar.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
31. Ziyarete gelen sevdiği akrabalarının veya arkadaşlarının gitmeye hazırlanmaları, onu mutsuz eder.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
32. Ebeveyni dış görünümünü değiştirdiğinde, yorum getirir.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
33. Kovalamacılık gibi hareketli oyunlardan hoşlanır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
34. Bir şeye sinirlendiğinde en az 10 dakika kızgın olur.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
35. Karanlıktan korkmaz.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
36. Yeni durumlara alışması uzun zaman alır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
37. Uzun zamandır tanıdığı insanlar arasında bile bazen çekingendir.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
38. İstenirse, yeni etkinliklere geçmeden önce bekleyebilir.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
39. Ebeveyninin veya bakıcısının yanına sokulmaktan hoşlanır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
40. Oynamak istediği şeyi bulamazsa kızar.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|

41. Ateşten korkar.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
42. Bazen yeni tanıştığı yetişkinlerle konuşurken huzursuz görünür.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
43. Ne yapacağına karar verirken yavaştır ve acele etmez.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
44. Üzgünken, birkaç dakika içinde daha iyi hissetmeye başlayabilir.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
45. Gezmeye gitmeden önce ihtiyaçlarını hazırlar.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
46. Gezi planı yaparken çok heyecanlanır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
47. Oturma odasındaki bazı yeni nesneleri hemen farkeder.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
48. Diğer çocuklarla oynarken neredeyse hiç kahkaha atmaz.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
49. Küçük kesik ve yaralara çok üzülmez.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
50. Hareketli oyunlara kıyasla sakin etkinlikleri tercih eder.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
51. Aklına gelen ilk şeyi durup düşünmeden hemen söyler.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
52. Yeni tanıdığı insanların yanında utangaçtır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
53. İstendiğinde, sakince oturmakta zorlanır (Sinemada, otobüste vs.).
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|

54. Üzücü bir öykü duyduğunda pek ağlamaz.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
55. Bazen kendi kendine oynarken gülümser veya kıkırdar.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
56. Televizyondaki üzücü bir olaydan pek etkilenmez.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
57. Kendisiyle sadece konuşulması bile hoşuna gider.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
58. Gezmeye gitmeden önce çok heyecanlanır (Piknik, parti).
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
59. Üzgün olduğunda, başka bir şey düşünerek çabucak neşelenir.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
60. Çocuklara oyun oynamayı rahatça teklif eder.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
61. Yatağa gitmesi gerektiği söylendiğinde pek olumsuz tepki vermez.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
62. Resim yaparken ya da kitap boyarken çok iyi yoğunlaşır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
63. Karanlıktan korkar.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
64. Küçük bir incinmede bile ağlamaya yatkındır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
65. Resimli kitaplara bakmaktan hoşlanır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
66. Üzüldüğünde, kolaylıkla yatıştırılır.
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | UD |
|---|---|---|---|---|---|---|----|

67. Yönergeleri* takip etmede iyidir.

1 2 3 4 5 6 7 UD

*Yönerge: Dur!, Geri gön!, Sağa dön! vs. gibi...

68. Televizyondaki veya sinemadaki “canavarlardan” pek korkmaz.

1 2 3 4 5 6 7 UD

69. Salıncakta sallanırken yükseğe çıkmayı ve hızı sever.

1 2 3 4 5 6 7 UD

70. Bazen yeni girdiği ortamlardan utangaçça ayrılır.

1 2 3 4 5 6 7 UD

71. Bir şey oluştururken veya bir şeyleri bir araya getirirken yaptığı işe odaklanır ve uzun süre ilgilenir.

1 2 3 4 5 6 7 UD

72. Kendisine şarkı söylenilmesini sever.

1 2 3 4 5 6 7 UD

73. Tehlikeli olduğu söylenen yerlere yavaş ve dikkatlice yaklaşır.

1 2 3 4 5 6 7 UD

74. Bir şeyi çalıştırmakta zorlansa da cesareti pek kırılmaz.

1 2 3 4 5 6 7 UD

75. Kızdığında sakinleştirilmesi çok zordur.

1 2 3 4 5 6 7 UD

76. Tekerlemelerde olduğu gibi ahenkli sesleri sever.

1 2 3 4 5 6 7 UD

77. Sevdiği insanlara hep gülümser.

1 2 3 4 5 6 7 UD

78. Kaba ve gürültülü oyunları sevmez.

1 2 3 4 5 6 7 UD

»

79. Diğer çocuklarla oynarken genelde yüksek sesli kahkahalar atar.

1 2 3 4 5 6 7 UD

80. Televizyon ya da sinema komedileri seyredirken pek kahkaha atmaz.

1 2 3 4 5 6 7 UD

81. Hayır dendiğinde yaptığı şeyi kolayca bırakabilir.

1 2 3 4 5 6 7 UD

82. Yeni bir etkinliği neredeyse en son deneyen çocuktur.

1 2 3 4 5 6 7 UD

83. Parfüm, sigara ya da yemek kokusu gibi kokuları genelde farketmez.

1 2 3 4 5 6 7 UD

84. Bir öykü dinlerken dikkati kolayca dağılır.

1 2 3 4 5 6 7 UD

85. Akşamları bile enerji doludur.

1 2 3 4 5 6 7 UD

86. Ebeveyninin kucağında oturmaktan hoşlanır.

1 2 3 4 5 6 7 UD

87. Oyun oynamayı bırakması istendiğinde sinirlenir.

1 2 3 4 5 6 7 UD

88. Hızlı ve korkusuzca bisiklete binmekten hoşlanır.

1 2 3 4 5 6 7 UD

89. Bazen resimli kitaplara dalıp gider ve uzun süre onlara bakar.

1 2 3 4 5 6 7 UD

90. Dondurma gibi bir tatlı teklif edildiğinde sakinliğini korur.

1 2 3 4 5 6 7 UD

91. Soğuk algınlığında çok zor şikayet eder.

1 2 3 4 5 6 7 UD

92. Ailesiyle dışarı çıkmayı ister ama buna pek heyecanlanmaz.

1 2 3 4 5 6 7 UD

93. Sessizce oturup insanların yaptıklarını seyretmeyi sever.

1 2 3 4 5 6 7 UD

94. Sallanmak gibi sakın ritmik etkinliklerden hoşlanır.

1 2 3 4 5 6 7 UD

Lütfen tüm soruları cevapladığınıza emin olunuz. Yardımlarınız için çok teşekkür ederiz

Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği

AÇIKLAMA: İlişikte çocuğunuz hakkında 32 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin çocuğunuza ne derecede uyduğuna karar veriniz. İlk 24 soru için 3 seçenek söz konusudur (YOK/BİRAZ/ÇOK). Son 8 soru için ise 2 seçenek söz konusudur (VAR/YOK). Her cümleinin yanında yer alan seçeneklerden size en uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz.

		YOK	BİRAZ	ÇOK
1.	Sıkılğan, çekingen ve güvensizdir.			
2.	Hareketlidir yerinde duramaz.			
3.	Korkaktır, ürkektir.			
4.	Sinirlidir, çabuk kızar.			
5.	Bencildir, paylaşmaz.			
6.	Kıskançtır.			
7.	Her şeye ağlar			
8.	İnatçıdır, söz dinlemez.			
9.	Kendi başına bir şey yapamaz, yardım bekler.			
10.	Yalan söyler.			
11.	Gece korkar, yalnız yatamaz.			
12.	Kendine ait olmayan şeyleri izinsiz alır.			
13.	Kaygılı ve kuruntuludur.			
14.	Yaşıtlarıyla geçinemez.			
15.	Arkadaşsızdır, yalnız oynar.			
16.	Cezadan etkilenmez, uslanmaz.			
17.	Okula isteksiz gider.			
18.	Kavgacı ve saldırgandır.			
19.	Durgun ve içine kapanıktır.			
20.	Kırıcı ve zararcıdır.			
21.	Neşesiz ve mutsuzdur.			
22.	Sorumsuzdur, kendi işini yapmaz.			
23.	Dikkatsizdir.			
24.	Gereksiz titizliği vardır.			

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Normal, hasta değil | ☐ |
| 2. Hastalık sınırında | ☐ |
| 3. Hafif düzeyde hasta | ☐ |
| 4. Orta düzeyde hasta | ☐ |
| 5. Belirgin düzeyde hasta | ☐ |
| 6. Ağır hasta | ☐ |
| 7. Çok ağır hasta | ☐ |

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Çok düzeldi | ☐ |
| 2. Oldukça düzeldi | ☐ |
| 3. Biraz düzeldi | ☐ |
| 4. Hiç değişiklik yok | ☐ |
| 5. Biraz kötüleşti | ☐ |
| 6. Oldukça kötüleşti | ☐ |
| 7. Çok kötüleşti | ☐ |

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Hiç yok | ☐ |
| 2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor | ☐ |
| 3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor | ☐ |
| 4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor | ☐ |

	DEHB ve YIKICI DAVRANIM BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN OKUL ÖNCESİ DÖNEM TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	
--	--	--

	Yok	Biraz	Fazla	Çok fazla
1- Çocuğunuz iki yaşına gelene kadar diğer çocuklardan daha fazla ağlayan, mızızlanan, uyuması-yemesi-söz dinlemesi güç olan bir çocuk muydu?				
2- Çocuğunuz iki yaşına gelinceye kadar diğer çocuklardan daha fazla hareketli miydi?				
3- Çocuğunuz 2-5 yaşları arasında diğer çocuklardan daha fazla hareketli miydi?				
4- Çocuğunuz 4-5 yaşlarındayken; bir misafirlğe gittiğinizde veya eve bir misafir kabul ettiğinizde hareketliliği veya yaramazlığı nedeniyle çok sorun yaşar mıydınız?				
5- Okul öncesi dönemde akranlarıyla karşılaştırıldığında çocuğunuzun daha sık olarak düşmesi veya yaralanması olur muydu?				
6- Çocuğunuzun okul öncesi dönemde akranlarıyla karşılaştırıldığında, arkadaşlarıyla oyun oynamada daha sık uyumsuzluk gösterir miydi? (oyunları bozması, sık kavga çıkarması gibi özellikleri var mıydı?)				
7- Çocuğunuz okul öncesi dönemde, prize bir şey sokma, bıçak, ateşle oynama, yüksek yere tırmanma, yüksek yerden atlama gibi işlere korkmadan girer miydi?				
8- Çocuğunuzun okul öncesi dönemden başlayarak, akranlarıyla karşılaştırıldığında istediklerini yaptırmak için aşırı ısrarcılığı ve tutturması olur muydu?				
9- Kreş veya anasınıfındaki çalışanlara göre çocuğunuzun aşırı hareketliliği var mıydı?				
10- İlkokul 1’de öğretmen, okul yönetimi veya diğer veliler tarafından çocuğunuz hareketliliği, konuşkanlığı veya kurallara uymaması nedeniyle sık sık uyarı alır mıydınız?				

