

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



**ZİHİNSEL YETERSİZLİK TANILI 4-18 YAŞ ARASINDAKİ
HASTALARIN ÖZGEÇMİŞ, SOYGEÇMİŞ, KLİNİK ÖZELLİKLER VE
YAŞAM KALİTELERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. GAMZE YÜKSEL

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. SEZEN KÖSE

İZMİR, 2023

ÖNSÖZ

Tıp Fakültesi 5. Sınıf çocuk psikiyatri stajı sonunda sözlü sınavımı yapan, asistanlığımın başında yaptığım ilk akademik program sunumumda danışman hocam olarak yanımda olan ve yolun sonunda tez danışmanım olarak kapanışı da birlikte yaptığımız, hem öğrencilik hem asistanlık sürecimdeki önemli anlarda izi olan, tüm bu süreçte sabırla ve özenle tüm bilgi ve deneyimlerini aktaran değerli tez danışmanım **Doç. Dr. Sezen KÖSE**'ye,

Asistanlık sürecim boyunca bilgileri, deneyimleri ve yol göstericilikleriyle her daim ışık tutan başta Anabilim Dalı Başkanımız **Prof. Dr. Tezan BİLDİK** olmak üzere değerli hocalarım **Prof. Dr. Burcu ÖZBARAN**, **Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN**, **Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ**, **Doç. Dr. Birsen PİLAN** ve gitmeden öğrencisi olma şansını elde ettiğim emekli öğretim üyemiz **Prof. Dr. Serpil ERERMİŞ**'e,

Asistanlığa başladığım ilk günden beri bol kahkahalı, yeri gelince de hüzünlü her anıma anlam kazandıran, tez süreci de dahil olmak üzere her zaman her yerden desteklerini en içten şekilde hissettiren arkadaşlarım **Uzm. Dr. Gökçe ANILIR**, **Uzm. Dr. Didem ÇEK**, **Uzm. Dr. Didem ÇELİK**, **Uzm. Dr. Gizem CENGİZ**, **Uzm. Dr. Hazal YILANCIOĞLU** ve **Uzm. Dr. Furkan TÜRER**'e,

Yollarımız iyi ki kesişmiş dediğim **Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı** ailesinin geçmişteki ve şimdiki tüm değerli üyelerine,

Kaybettiğimiz değerli hocamız **Celal Odağ**'ın kitabında belirttiği gibi "hem dünyaya hem kendime sevgiyle bakmamı" sağlayan, koşulsuz sevginin ve desteğin ne demek olduğunu hayatımın her anında en saf haliyle bana hissettirerek öğreten, en büyük şanslarım annem **Münüre YÜKSEL** ve babam **Kadir YÜKSEL**'e,

Tüm içtenliğimle teşekkür ederim..

Dr. Gamze YÜKSEL

İzmir, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	VI
KISALTMA LİSTESİ.....	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	X
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Zihinsel Yetersizlik	5
2.1.1 Tanım.....	5
2.1.2 Tarihçe.....	6
2.1.3 Tanı Kriterleri.....	7
2.1.4 Epidemiyoloji	7
2.1.5 Etiyoloji.....	8
2.1.5.1 Genetik Risk Faktörleri	9
2.1.5.2 Çevresel Risk Faktörleri.....	10
2.1.6 Sınıflama ve Klinik Özellikler	12
2.1.7 Zihinsel Yetersizliğin Değerlendirilmesi	14
2.1.8 Ayırıcı Tanı	15
2.1.9 Psikiyatrik Eş Tanılar	16
2.1.10 Tedavi.....	17
2.2 Yaşam Kalitesi	18
2.2.1 Tanım ve Genel Bilgiler.....	18
2.2.2 Yaşam Kalitesi ve Zihinsel Yetersizlik	19
2.3 Amaç	20
2.4 Çalışmanın Hipotezleri.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM	21

3.1 Araştırmanın Modeli	21
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3 Araştırmanın Evreni	21
3.4 Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.5 Örneklem Seçimi.....	21
3.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	22
3.6.1 Weschler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Geliştirilmiş Formu (WÇZÖ-R).....	22
3.6.2 Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)	22
3.6.3 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY).....	23
3.6.4 Sosyodemografik Veri Formu (SDVF)	23
3.6.5 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ).....	24
3.6.6 Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) – Genişletilmiş Versiyonu	25
3.6.7 Sorun Davranış Kontrol Listesi (SDKL).....	26
3.6.8 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)	26
3.6.9 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R).....	27
3.7 Uygulama	27
3.8 Verilerin Analizi.....	28
3.9 Etik Kurul	28
4.BULGULAR	28
5.TARTIŞMA	107
5.1 ZY düzeyi ile tanı alma yaşı arasındaki ilişkinin incelenmesi ve epidemiyolojik verilerin değerlendirilmesi.....	107
5.2 ZY tanılı olgularda psikiyatrik komorbiditelerin incelenmesi	108
5.3 ZY düzeyi ile ZY’li olguların prenatal/perinatal/postnatal risk faktörleri ve sosyodemografik verileri arasındaki ilişkinin incelenmesi	110
5.4 ZY düzeyi ile ZY’li olguların klinik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	115
5.4.1 Psikomotor gelişim basamakları	115

5.4.2 Fiziksel eş tanılar	116
5.4.3 Farmakolojik tedaviler	116
5.4.4 Uyku özellikleri	117
5.4.5 Örgün eğitim ve özel eğitim özellikleri	118
5.4.6 Fiziksel aktivite durumları	119
5.4.7 Teknoloji kullanımı özellikleri	120
5.5 ZY düzeyi ile ZY'li olgu ve primer bakım verenlerine ait YK alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	121
5.5.1 Olgu YK	121
5.5.2 Primer bakım veren YK	122
5.6 ZY'li olgu ve primer bakım verenlerine ait YK alt ölçek puanları ile olguların klinik özellik ve sosyodemografik verileri arasındaki ilişkinin incelenmesi	123
5.6.1 Olgu YK	123
5.6.2 Primer bakım veren YK	125
6.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	127
7.SONUÇ VE ÖNERİLER	127
8.KAYNAKÇA	129
9.EKLER	147

ÖZET

ZİHİNSEL YETERSİZLİK TANILI 4-18 YAŞ ARASINDAKİ HASTALARIN ÖZGEÇMİŞ, SOYGEÇMİŞ, KLİNİK ÖZELLİKLER VE YAŞAM KALİTELERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş: Zihinsel Yetersizlik (ZY), “Zihinsel İşlevler” ve “Uyumsal Davranışlar’da” önemli derecede kısıtlılıklarla karakterize bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu olgularda fiziksel, davranışsal ve ruhsal eş tanılar sık görülmektedir. Uyumsal güçlükler, eş tanılar ve sosyo-demografik özellikler olguların ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Yaşam Kalitesi (YK), bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında; hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamdaki konumuna dair algısı şeklinde tanımlanan; kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık seviyesi, maneviyat/din/kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevreleriyle ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır.

Amaç: Çalışmamızda ZY tanılı olgu ve primer bakım verenlerinin YK’leri ve ZY düzeyi ile olguların prenatal, perinatal, postnatal, ailesel ve klinik özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerinde, daha önce psikometrik testler ve klinik görüşme ile ZY tanısı konularak izlenen 4-18 yaşları arasındaki 120 olgu dahil edilmiştir. Tüm olguların ZY tanıları ve eşlik eden psikiyatrik tanıları Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması ile tekrar değerlendirilmiş ve doğrulanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, bakım verene yöneltilen sorular ve resmi tıbbi kayıtları doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bakım veren tarafından, olgu için Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi ve Sorun Davranış Kontrol Listesi; kendisi için Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu ve Symptom Checklist 90-Revised /Belirti Tarama Listesi 90-Revize (SCL-90-R) doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmamızda 63 hafif, 29 orta, 21 ağır, 7 çok ağır düzeyde ZY’li olgu yer almaktadır. Olguların %88,3’ünde en az bir psikiyatrik komorbidite, %55,8’inde en az bir

fiziksel komorbidite, %68,3'ünde en az bir psikotrop ilaç kullanımı saptanmıştır. En sık görülen psikiyatrik komorbiditelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (%57,5), Otizm Spektrum Bozukluğu (%50,8), Anksiyete Bozuklukları (%24,2) ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (%13,3); fiziksel komorbiditelerin ise Epilepsi (%21,7), Down Sendromu (%7,5), İşitme Engeli (%7,5) ve Serebral Palsi (%6,7) olduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi ile tanı alma yaşı, psikomotor gelişim basamakları, fiziksel komorbidite, farmakolojik tedavi, uyku problemleri, eğitim özellikleri, özel eğitime başlangıç yaşı, fiziksel aktivite ve teknoloji kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Olguların YK alt ölçekleri ile ZY düzeyi, fiziksel komorbidite, fiziksel aktivite özellikleri, duygusal-davranışsal problemler, sosyal beceriler, eğitim özellikleri ve özel eğitime başlangıç yaşı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Primer bakım verenlerin YK alt ölçekleri ile olgunun duygusal-davranışsal problemleri, sosyal becerileri, anne ve olguda ruhsal hastalık varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, literatürde yer alan yüksek psikiyatrik ve fiziksel komorbidite oranları, ZY düzeyi ile ilişkili klinik özellikler, olgu ve bakım verenlerin YK'leri ile ilişkili faktörler hakkındaki verileri desteklemekle birlikte farklı ZY düzeyine sahip olguların karşılaştırıldığı daha fazla ve büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. İlgili verilerin ZY tanılı çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin öncelikli ihtiyaç duydukları alanlarda gerekli hizmetlerin sağlanmasına ve koruyucu müdahalelerin etkin bir şekilde düzenlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: nörogelişimsel bozukluklar; zihinsel yetersizlik; yaşam kalitesi; risk faktörleri; komorbidite

ABSTRACT

THE EVALUATION OF 4-18 YEARS OLD PATIENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY IN TERMS OF MEDICAL HISTORY, FAMILIAL HISTORY, CLINICAL FEATURES AND QUALITY OF LIFE

Introduction: Intellectual Disability (ID) is defined as a condition that characterized by significant limitations in "Intellectual Functions" and "Adaptive Behaviors". Physical, behavioral and mental comorbidities are common in these cases. Adaptive difficulties, comorbidities and socio-demographic characteristics may negatively affect the quality of life of the cases and their caregivers. Quality of Life (QoL), in the context of the culture and value systems in which the individual lives; defined as his perception of his position in life in relation to his goals, expectations, standards and concerns. It is a comprehensive concept that is affected in a complex way by people's physical health, psychological state, level of independence, spirituality/religion/personal beliefs, social relationships and relationships with their environment.

Objective: In our study, it was aimed to examine the relationships between the QoL of the cases diagnosed with ID and their primary caregivers; ID level; prenatal, perinatal, postnatal, familial and clinical characteristics.

Method: In our study 120 cases between the ages of 4 and 18 who were previously diagnosed with ID, based on the psychometric tests and clinical interviews in the outpatient clinics of Ege University Faculty of Medicine Hospital, Department of Child and Adolescent Psychiatry. The ID diagnoses and comorbid psychiatric disorders of all cases were re-evaluated and confirmed with the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime-Turkish Version. The sociodemographic data form prepared by the researcher was filled by the researcher according to the questions directed to the caregiver and official medical records. Pediatric Quality of Life Inventory, Strengths and Difficulties Questionnaire, and Aberrant Behavior Checklist for the patient; 36-Item Short Form Health Survey and Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for the caregiver were all filled by the caregiver.

Results: Our study included 63 mild, 29 moderate, 21 severe and 7 profound ID cases. It was found that 88.3% of the cases had at least one psychiatric comorbidity, 55,8% had physical comorbidity and 68.3% used psychotropic drugs. The most common psychiatric comorbidities

were Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (57,5%), Autism Spectrum Disorder (50,8%), Anxiety Disorders (24,2%), and Oppositional Defiant Disorder (13,3%); physical comorbidities were Epilepsy (21,7%), Down Syndrome (7,5%), Hearing Impairment (7,5%) and Cerebral Palsy (6,7%). A significant relationship was found between the ID level and age at diagnosis, psychomotor developmental stages, physical comorbidity, pharmacological treatment, sleeping problems, educational characteristics, age of starting special education, physical activity and technology use ($p<0.05$). A significant relationship was found between the QoL subscales of the patient and ID level, physical comorbidity, physical activity, emotional-behavioral problems, social skills, educational characteristics, and age of starting special education ($p<0.05$). A significant relationship was found between the QoL subscales of the primary caregivers and the patient's emotional-behavioral problems, social skills, and psychiatric disorders of patients and mothers ($p<0.05$).

Conclusion: Although the findings of our study support the data in the literature about high psychiatric and physical comorbidity rates, clinical features related to the ID level and factors related to the QoL of the patients/caregivers, there is a need for more studies with larger samples comparing patients with different ID levels. It is thought that the relevant data will contribute to the provision of primarily necessary services and preventive interventions in the areas that children and adolescents with ID and their caregivers would need.

Key words: neurodevelopmental disorders; intellectual disability; quality of life; risk factors; comorbidity

KISALTMA LİSTESİ

ZY: Zihinsel Yetersizlik

AAIDD: Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği

AAMR: Amerikan Mental Retardasyon Derneği

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ICD-11: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü

OSB: Otizm Spektrum bozukluğu

DGG: Dil Gelişim Geriliği

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

SSRI: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

ABA: Uygulamalı Davranış Analizi

YK: Yaşam Kalitesi

SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

EÜTF ÇERŞH ABD: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

GGOP: Gelişimsel Gecikmeler ve Otizm Polikliniği

0-6 YP: 0-6 Yaş Polikliniği

KLP: Konsültasyon/Liyezon Polikliniği

CDŞG-ŞY-T: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması

WCZÖ-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Geliştirilmiş Formu

SIQ: Sözel Zeka Bölümü

PIQ: Performans Zeka Bölümü

TIQ: Total Zeka Bölümü

AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

SDVF: Sosyodemografik Veri Formu

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

SDKL: Sorun Davranış Kontrol Listesi

SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu

SCL-90-R: Symptom Checklist 90-Revised / SCL-90-R Belirti Tarama Listesi

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Olguların demografik ve zeka testi özelliklerine göre dağılımları

Tablo 2. Anne ve babanın demografik özelliklerine göre dağılımları

Tablo 3. Ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

Tablo 4. Prenatal özelliklere göre dağılımlar

Tablo 5. Perinatal özelliklere göre dağılımlar

Tablo 6. Postnatal özelliklere göre dağılımlar

Tablo 7. Olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özelliklerine göre dağılımları

Tablo 8. Olguların eğitim durumlarına göre dağılımları

Tablo 9. Olguların fiziksel aktive durumlarına göre dağılımları

Tablo 10. Olguların ekran maruziyeti özelliklerine göre dağılımları

Tablo 11. Olguların uyku alışkanlığı özelliklerine göre dağılımları

Tablo 12. Olguların ÇİYKÖ puanlarına göre dağılımları

Tablo 13. Olguların GGA puanlarına göre dağılımları

Tablo 14. Olguların primer bakım verenlerinin SCL-90-R puanlarına göre dağılımları

Tablo 15. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarına göre dağılımları

Tablo 16. Olguların SDKL puanlarına göre dağılımları

Tablo 17. Olguların demografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 18. Anne ve babanın demografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 19. Ailelerin sosyodemografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 20. Prenatal özellikler ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 21. Perinatal özellikler ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 22. Postnatal özellikler ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 23. Olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 24. Olguların eğitim durumları ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 25. Olguların fiziksel aktivite durumları ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 26. Olguların ekran maruziyeti özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 27. Olguların uyku alışkanlığı özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Tablo 28. Olguların ZY düzeylerine ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 29. Olguların ZY düzeylerine göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 30. Olguların ZY düzeylerine göre GGA toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 31. Olguların ZY düzeylerine göre primer bakım verenlerinin SCL-90-R puanlarının karşılaştırılması

Tablo 32. Olguların ZY düzeylerine göre SDKL puanlarının karşılaştırılması

Tablo 33. Olguların ÇİYKÖ puanları ile GGA puanları arasındaki ilişkiler

Tablo 34. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanları ile olguların GGA puanları arasındaki ilişkiler

Tablo 35. Olguların ÇİYKÖ puanları ile SDKL puanları arasındaki ilişkiler

Tablo 36. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanları ile olguların SDKL puanları arasındaki ilişkiler

Tablo 37. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanları ile SCL-90-R puanları arasındaki ilişkiler

Tablo 38. Annenin ruhsal hastalık durumuna göre olguların ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 39. Annenin ruhsal hastalık durumu göre olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 40. Babanın ruhsal hastalık durumu göre olguların ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 41. Babanın ruhsal hastalık durumu göre olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 42. Annenin fiziksel hastalık durumu göre olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 43. Babanın fiziksel hastalık durumuna göre olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 44. Olguların fiziksel hastalık durumu göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 45. Olguların fiziksel hastalık durumu göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 46. Olguların ruhsal hastalık durumuna göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 47. Olguların ruhsal hastalık durumu göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 48. Olguların kardeş sayısına göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 49. Annenin eğitim durumuna göre primer bakım verenin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 50. Babanın eğitim durumuna göre primer bakım verenin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 51. Olguların fiziksel aktivite durumuna göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 52. Olguların fiziksel aktivite yapma durumuna göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 53. Olguların sınıf/okul tiplerine göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 54. Olguların sınıf/okul tiplerine göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 55. Olguların özel eğitime başlangıç yaşları ve ekran süresi özelliklerine göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 56. Olguların özel eğitime başlangıç yaşları ve ekran süresi özelliklerine göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 57. Olguların ailelerinin gelir durumlarına göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 58. Olguların ailelerinin gelir durumlarına göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

ZİHİNSEL YETERSİZLİK TANILI 4-18 YAŞ ARASINDAKİ HASTALARIN ÖZGEÇMİŞ, SOYGEÇMİŞ, KLİNİK ÖZELLİKLER VE YAŞAM KALİTELERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

1.GİRİŞ

Zihinsel Yetersizlik (ZY), Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği (AAIDD) tarafından; “Zihinsel İşlevler” (muhakeme, öğrenme, problem çözme vs) ve “Uyumsal Davranışlar’da” (günlük sosyal ve pratik beceriler) önemli derecede kısıtlılıklarla karakterize bir durum olarak tanımlanmaktadır. Zihinsel işlevler başlıca zeka testleriyle değerlendirilmekte; geçerli ve güvenilir bir test puanının 70 civarında veya altında olması (en fazla 75) zihinsel işlevsellikte bir kısıtlılığı göstermektedir. Uyumsal davranışlar ise kültürel açıdan uygun diğer psikometrik testlerle ve klinik olarak değerlendirilebilmekte; “Kavramsal, Toplumsal ve Uygulamalı” alanlardaki becerileri içermektedir;

1) Kavramsal Alan: dil ve okuryazarlık; para, zaman ve sayı kavramları; kendini yönetme.

2) Toplumsal Alan: kişilerarası beceriler, sosyal sorumluluk, benlik saygısı, saflık, uyanıklık, sosyal problem çözme ve kurallara / yasalara uyma, mağdur edilmekten kaçınma becerisi.

3) Uygulamalı Alan: günlük yaşam aktiviteleri (kişisel bakım), mesleki beceriler, sağlık hizmetleri, seyahat / ulaşım, programlar / rutinler, güvenlik, para kullanımı, telefon kullanımı (1).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) 2013 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, beşinci baskısında (DSM-5) "mental retardasyon" tanısal terimini "zihinsel yetersizlik (zihinsel gelişim bozukluğu)" olarak revize etmiştir. Ancak DSM-5, AAIDD'nin yetersizlik kavramına yaptığı vurgunun aksine, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'na (ICD-11) paralel olarak “gelişimsel bozukluk” kavramına odaklanmaktadır. ZY, ICD-11'de nörogelişimsel bozukluk olarak tanınmakta ve "gelişimsel dönemde ortaya çıkan, bunama veya ileri yaşlardaki nörobilişsel bozukluğa benzer bir metasendrom” olarak tanımlanmaktadır. ZY’ler DSM-4’te; hafif ZY (IQ 55-70 arasında), orta ZY (IQ 40-55 arasında), ağır ZY (IQ 25-40 arasında) ve çok ağır ZY (IQ<25) şeklinde zeka bölümü (IQ) puanlarına göre sınıflanırken (2); DSM-5 ve AAIDD’de, şiddetine göre yine aynı 4 başlık altında, ancak IQ puanına göre değil, kişinin kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlardaki uyumsal işlevlerine ve ihtiyaç duyduğu bireysel desteğin miktarına

göre sınıflandırılmıştır. IQ puanları, DSM-5'te hastalık şiddeti düzeyini tanımlamak için kullanılmamaktadır (1,3).

ZY'nin prevalansı dünyada %1-3 arasında değişen oranlardadır (4). ZY olan bireyler arasında hafif, orta, ağır ve çok ağır ZY sırasıyla nüfusun %85, %10, %4 ve %2'sini etkilemektedir (5). 2011'de yapılan bir meta-analizde, ZY'nin genel prevalansı, gelişmiş ülkelerde yapılan bireysel çalışmalara benzer şekilde, 1000 nüfus başına 10.37 (yaklaşık %1), çocuklardaki ZY prevalansı ise 1000 nüfus başına 18,3 bulunmuştur (6). Çocukluk dönemi, özellikle okul çağına artan akademik beklenti nedeniyle daha fazla vakanın tespit edildiği bir dönemdir. Ancak bu oranlar, erken erişkinlik döneminde akademik beklentinin olmaması ve ilerleyen dönemlerde de ağır ZY'li bireylerin erken ölümü nedeniyle düşmektedir (4). ZY'nin 10 ila 14 yaşları arasında zirve yaptığı ve erkeklerde kızlara göre 1,5 kat daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Hafif düzeyde ZY'nin tanısının çocukluğun ilk yıllarında konulmasının zor olmasının, insidansın doğru bir şekilde hesaplanmasını zorlaştırdığı belirtilmiştir. Primer risk faktörünün prenatal (genetik dahil), perinatal ve postnatal nedenler arasında eşit olarak dağıldığı, ancak vakaların neredeyse yarısında etiyojinin belirlenemediği tespit edilmiştir. Düşük gelirli (16,41 / 1,000 kişi) ve orta gelirli (15,94 / 1000) ülkelerdeki yaygınlık, yüksek gelirli ülkelerdekenden (9,21 / 1,000) çok daha yüksek bulunmuştur (6).

ZY'nin nedenleri arasında genetik yatkınlık, çevresel etmenler ve gelişimsel duyarlılık gibi birçok etmenin karmaşık etkileşimi bulunmaktadır (4). Etiyojinin aydınlatılması; olguda tespit edilen hastalığa yönelik özgül tedavi imkanlarının değerlendirilmesi, prognoz ve olası ek patolojilerin öngörülmesi ve ailenin bilgilendirilip genetik danışmanlık sağlanması gibi konularda önem teşkil etmektedir (7). ZY'nin nedenini belirlemek zor bir süreçtir. Bir birey, çok sayıda nedenden dolayı ZY'li olabilmekte ve sıklıkla nedeni bulunamamaktadır (8). ZY'nin şiddeti arttıkça etiyoji daha belirgin hale gelmektedir (9). Ağır ZY'li bireylerin yaklaşık %70'inin, hafif ZY'li bireylerin ise ancak %50'sinin rahatsızlıklarının organik veya biyolojik bir temeli bulunabilmektedir (10). ZY'li bazı çocukların zeka ölçeği puanları normal IQ dağılımının alt ucunda olabilmektedir (11). Bu olgularda hem genetik hem de çevresel faktörlerin etkileşimi işlevsellik düzeyini belirlemektedir. Yoksulluk, ihmal, istismar, uyaran eksikliği ve zayıf ebeveyn-çocuk etkileşimi gibi faktörler, zihinsel işlevsellikle ilişkili olduğu bulunan psikososyal faktörlerden sadece birkaçıdır (12). Bütün bu psikososyal, biyolojik, çevresel, genetik faktörlerin bir diğerinin etkisini aditif olarak artırdığı bilinmektedir (13). ZY nedenlerinin sınıflandırılması genellikle hem risk faktörünün türüne (genetik-çevresel) hem de zamanlamasına (prenatal-perinatal-postnatal) odaklanmaktadır (14).

ZY olgularının değerlendirmesinde ilk aşama olan kapsamlı öyküde; pre-peri-postnatal özellikler, aile öyküsü, dil, motor, sosyal-duygusal ve uygulamalı işlevlerdeki gecikmelerin seyri ve zamanlaması hakkındaki tüm bilgilerin ayrıntılı bir şekilde alınması gerekmektedir (15). Gelişimsel geriliğin yanı sıra epileptik nöbet ve motor belirtiler (rn. spastisite, ataksi, hipotoni) gibi sık görülen nörolojik komorbiditelerin değerlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Fizik muayene, tam bir nörolojik muayeneyi, baş çevresi ölçümünü ve genetik sendromlarla ilişkili olabilecek yüz dismorfizmleri ve cilt bulgularının inspeksiyonunu içermektedir. Tıbbi araştırma, genetik sendromlar, metabolik bozukluklar, edinilmiş hipotiroidizm ve kurşun maruziyetinin test edilmesini kapsamaktadır (16). Bir genetik sendrom veya metabolik bozukluktan şüphelenildiğinde genetik uzmanına, nörolojik bir bozukluk şüphesinde ise nöroloji uzmanına konsültasyon gerekmektedir. Mikrosefali, makrosefali, nöbetler veya nörolojik belirtiler varsa beyin MRG nerilmektedir (15,17). ZY olan çocukların katarakt, görme ve işitme bozuklukları, doğuştan kalp hastalığı, kabızlık, obezite ve uyku bozuklukları gibi başka tıbbi durumlara sahip olma olasılığı da daha yüksektir ve bu da ek konsültasyonlara neden olabilmektedir. Bu tür komorbiditeler yalnızca genel işlevselliği ve yaşam kalitesini (YK) etkilemekle kalmayıp davranım problemlerini artırabilmesi açısından da önem taşımaktadır (18).

ZY tanısından şüphelenilen olguların ayırıcı tanısında nörodejeneratif bozukluklar, özgül öğrenme güçlüğü (G), alıcı/ifade edici dil bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve duyusal bozukluklar (görme ve işitme kayıpları) göz önünde bulundurulmalıdır (19).

Psikiyatrik bozukluklar ZY’li çocuklarda, tipik gelişim gösteren çocuklardan en az üç kat daha sık görülmektedir (20,21). Bir sistematik gözden geçirme yazısında eşlik eden psikiyatrik komorbidite oranlarının %30-50 arasında değiştiği bildirilmiştir (22). En yaygın görülen bozukluklar, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), OSB, Anksiyete Bozukluğu, Depresif Bozukluk ve Davranım Bozukluğu (DB)’dur (20,21,23). Ciddi davranım problemlerinin; ZY olan çocuklarda tipik gelişim gösteren çocuklara kıyasla, 2,5 ila 4 kat daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir (24–26).

ZY’nin yönetimi, daha fazla kötüleşmeyi nleme, mevcut semptomları en aza indirme ve günlük hayatta YK’yi iyileştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda özel eğitim deşteği, davranışsal girişimler, aile eğitimleri, devletin sağladığı sosyal destek imkanları, mesleki eğitimler, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik patolojiler için tedaviler ve gerekli görülen

olgularda psikiyatrik farmakolojik müdahalelerin her biri tedavide bütünün bir parçasını oluşturmaktadır (27). ZY’de psikofarmakolojik tedavinin kanıt düzeyi nispeten kısıtlı olmakla birlikte, ek psikiyatrik komorbiditeler ve yıkıcı davranım bozuklukları için kontrollü psikofarmakolojik tedavi desteklenmektedir (28,29). ZY’li olgularda kullanılan psikofarmakolojik tedaviler arasında “tipik ve atipik antipsikotikler”, “duygudurum düzenleyicileri”, “serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)”, “psikostimülanlar” ve “alfa-agonistler” bulunmaktadır (29).

YK, WHO tarafından bir bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında; hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamdaki konumuna dair algısı şeklinde tanımlanan; kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık seviyesi, maneviyat/din/kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevreleriyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (30). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) ise bir hastalık ve/veya tedavisiyle ilişkili olarak iyilik halinin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (31). SİYK’nin değerlendirilmesi; yeni sağlık politikalarının planlanması, bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp iş gücüne kazandırılması gibi farklı amaçlarla kullanılabilir (32).

YK, her alanda hem objektif hem de subjektif bakış açıları içerebilmektedir (33). YK’nin objektif değerlendirmesi, bireyin neler yapabileceğine odaklanmakta ve sağlık derecesini tanımlamada önem taşımaktadır. Subjektif değerlendirmesi ise birey için anlamını; temel olarak sağlık durumunun objektif ölçümünün YK deneyimine dönüştürülmesini içermektedir. Değerlendirmedeki farklılıklar; aynı objektif sağlık durumuna sahip bireylerin çok farklı subjektif YK bildirebildiklerini, hastanın işlev bozukluğu hakkındaki algıları ve atıflarının işlev bozukluğunun kendisi kadar önemli olduğunu göstermektedir (30).

ZY ve YK ilişkili literatüre bakıldığında özellikle son yıllarda bu alandaki çalışma sayısının arttığı, çalışmalarda hem ZY olan çocuğun hem de bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile ilişkili farklı faktörlerin değerlendirildiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda daha küçük yaş, yüksek uyumsal beceriler, daha az davranım problemi, daha düşük ebeveyn stresi (34), motor beceriler (35), özbakım becerileri, konuşurken göz teması kurabilme (36) gibi faktörler ZY olgularının yüksek YK ölçek puanlarıyla ilişkilendirilirken; irritabilite, letarji, uzun süreli antipsikotik kullanımına bağlı yan etkiler (37) daha düşük YK ölçek puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Türkiye’de 2011 yılında bu alanda yapılan bir çalışmada çocukların YK ölçek puanları ile anne eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi ve ZY şiddeti arasında anlamlı bir ilişki

saptanmazken iki yaş öncesinde tanı almış olmanın YK üzerine istatistiksel olarak anlamlı pozitif etkisinin olduğu tespit edilmiştir (38).

ZY olgularının bakımından daha çok annenin sorumlu olduğu, ebeveynlerin yaşam kalitelerinin ebeveyne ait fiziksel ve ruhsal sağlık problemleri, kendine vakit ayıramama, aile desteği ve sosyal destekte yetersizlik, düşük gelir düzeyi ile çocuğun ruhsal ve davranışsal problemlerinin şiddetinden olumsuz etkilendiği saptanmıştır (39–42). ZY’ye eşlik eden OSB tanısının bulunması da daha yüksek ebeveyn stresi ve daha düşük ebeveyne ait YK ile ilişkilendirilmiştir (41,42).

Çalışmamızda ZY tanılı olgu ve primer bakım verenlerinin yaşam kaliteleri ile olguların özgeçmiş-soygeçmiş (prenatal, perinatal, postnatal ve ailesel özellikler) ve klinik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Zihinsel Yetersizlik

2.1.1 Tanım

ZY, AAIDD tarafından; “Zihinsel İşlevler” (muhakeme, öğrenme, problem çözme vs) ve “Uyumsal Davranışlar’da” (günlük sosyal ve pratik beceriler) önemli derecede kısıtlılıklarla karakterize bir durum olarak tanımlanmaktadır. Zihinsel işlevler başlıca zeka testleriyle değerlendirilmekte; geçerli ve güvenilir bir test puanının 70 civarında veya altında olması (en fazla 75) zihinsel işlevsellikte bir kısıtlılığı göstermektedir. Uyumsal davranışlar ise kültürel açıdan uygun diğer psikometrik testlerle ve klinik olarak değerlendirilebilmekte; “Kavramsal, Toplumsal ve Uygulamalı” alanlardaki becerileri içermektedir;

1) Kavramsal Alan: dil ve okuryazarlık; para, zaman ve sayı kavramları; kendini yönetme.

2) Toplumsal Alan: kişilerarası beceriler, sosyal sorumluluk, benlik saygısı, saflık, uyanıklık, sosyal problem çözme ve kurallara / yasalara uyma, mağdur edilmekten kaçınma becerisi.

3) Uygulamalı Alan: günlük yaşam aktiviteleri (kişisel bakım), mesleki beceriler, sağlık hizmetleri, seyahat / ulaşım, programlar / rutinler, güvenlik, para kullanımı, telefon kullanımı (1).

2.1.2 Tarihçe

ZY'li bireyler için kullanılan terminolojideki değişiklikler toplumun bu nüfusa ilişkin algısını yansıtmaktadır. Bu bireylerin genellikle aşırı kalabalık akıl hastaneleri veya buna benzer kurumlarda barındırıldığı 19. yüzyılda; günümüzde artık kabul edilemez olan "aptal", "idiot" ve "embesil" gibi terimler kullanılmıştır (5). Bu kurumların çoğu, öjeni hareketinin zirvede olduğu dönemde, hafif düzeyde olsa dahi ZY'li bireylerin üremesini önlemek amacıyla inşa edilmiştir. Öjenik dönemde, sıkça kişinin rızası ve hatta bilgisi dahi olmaksızın kısırlaştırma uygulanmıştır (14). Amerikan Mental Retardasyon Derneği (AAMR) 1961'de, zamanla aşağılayıcı sıfatlar haline gelen önceki terimlerin yerine "mental retardasyon" terimini getirmiştir (43).

Tecrit karşıtı hareketlerle birlikte 1970'lerde toplumsal bakım hizmetleri sağlanmaya başlanmıştır. Özel bir maaş tahsis edilmiş ve toplum temelli bakımın bu bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olacağı görüşüne varılmıştır. Bu alanda eğitim almış kısıtlı sayıda psikiyatrist tarafından, ZY'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek ve tedavi etmeye yönelik girişimler başlatılmıştır. Bu konuyla ilgili ölçeklerin geliştirildiği 1980'li yıllar itibariyle ZY'nin değerlendirilmesi ve tedavisi için kanıta dayalı ilkeler geliştirilmiş ve özel eğitim kavramı psikiyatrik çerçevede ele alınmaya başlanmıştır (44).

AAIDD'nin 1992 yılında, "mental retardasyon" terimini "zihinsel yetersizlik" ile değiştirdiği yeni tanımlamasında yetersizlik kavramına yaptığı vurgu ile yeni bir değişim süreci başlamıştır. İçinde bulunulan çevrenin beklentilerinin bireyin yeteneğini aştığında bir yetersizlik meydana getirdiği önermesine dayanarak, sosyal destek veya çevresel değişikliklerin işlevsellikte düzelme sağlayabileceği belirtilmiştir(4). Bu paradigma değişikliği, zihinsel engelliliğin sabit bir durum olarak değil, uygun desteklerle geliştirilebilecek bir kavram olarak ele alınmasına yardımcı olmuştur (45).

APA da 2013 yılında, DSM-5'teki "mental retardasyon" tanısıl terimini "zihinsel yetersizlik (zihinsel gelişim bozukluğu)" olarak revize etmiştir. Ancak DSM-5, AAIDD'nin yetersizlik kavramına yaptığı vurgunun aksine WHO'nun ICD-11 sınıflandırmasına paralel olarak "gelişimsel bozukluk" kavramına odaklanmaktadır. ZY, ICD-11'de nörogelişimsel bozukluk olarak tanınmakta ve "gelişimsel dönemde ortaya çıkan, bunama veya ileri yaşlardaki nörobilişsel bozukluğa benzer bir metasendrom" olarak tanımlanmaktadır. APA, tanı kriterlerinde yaptığı revizyonlarla, kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlardaki

uyumsal işlevlerini göz önüne alarak hastalık şiddetini 4 başlıkta incelemektedir. IQ puanları, DSM-5'te hastalık şiddeti düzeyini tanımlamak için kullanılmamaktadır (3).

2.1.3 Tanı Kriterleri

DSM-5'e göre ZY kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda hem zihinsel hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluktur.

Aşağıdaki üç ölçütün karşılanması gerekir:

A. Hem klinik değerlendirme hem de bireye göre uygulanan, standart bir zeka ölçüm aracı ile doğrulanan, akıl yürütme, sorun çözme, planlama, soyut düşünme, yargılama, akademik eğitim ve deneyim yoluyla öğrenme gibi zihinsel işlevlerde eksiklikler.

B. Kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gelişimsel ve toplumsal kültürel ölçüleri karşılayamama ile sonuçlanan, uyumsal işlevsellikte eksiklikler. Sürengen bir destek sağlanmadıkça, uyumsal eksiklikler, ev, okul, iş ve toplum gibi değişik çevrelerde iletişim, toplumsal katılım ve bağımsız yaşama gibi günlük yaşamın bir ya da birden çok etkinliğinde işlevselliği kısıtlar.

C. Zihinsel ve uyumsal eksiklikler, gelişimsel evre sırasında başlar.

ZY kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlardaki yetersizlik şiddetine göre “hafif, orta, ağır, çok ağır” şeklinde sınıflandırılmıştır.

5 yaşın altındaki bireylerde klinik şiddet düzeyinin güvenilir olarak belirlenemediği, 2 veya daha fazla gelişimsel alanda gerilik saptanan durumlar için “Genel Gelişimsel Gecikme” terimi kullanılmıştır. “Tanımlanmamış Zihinsel Yetersizlik” terimi ise; ZY’nin derecesinin ilişkili duyuşal veya fiziksel bozukluk, iletişim güçlükleri, motor becerilerde kısıtlılık, ciddi davranım problemleri veya eşlik eden psikiyatrik bozukluklar nedeniyle değerlendirilmesinin zor veya imkansız hale geldiği 5 yaşın üzerindeki bireyler için kullanılmıştır (3).

2.1.4 Epidemiyoloji

ZY’nin prevalansı dünyada %1-3 arasında değişen oranlardadır (4). Daha yaygın prevalans bildiren çalışmalarda yaygınlığın sebebi olarak uyumsal işlevsellik düzeyini değerlendirmeksizin, ZY’ye özgü olmayan, standardize edilmemiş ölçüm araçlarının IQ

kesme puanlarının baz alınması gösterilmiştir (6). ZY olan bireyler arasında hafif, orta, ağır ve çok ağır ZY sırasıyla nüfusun %85, %10, %4 ve %2'sini etkilemektedir (5).

2011'de yapılan bir meta-analizde, ZY'nin genel prevalansı, gelişmiş ülkelerde yapılan bireysel çalışmalara benzer şekilde, 1000 nüfus başına 10.37 (yaklaşık %1), çocuklardaki ZY prevalansı ise 1000 nüfus başına 18,3 bulunmuştur (6). Çocukluk dönemi, özellikle okul çağında artan akademik beklenti nedeniyle daha fazla vakanın tespit edildiği bir dönemdir. Ancak bu oranlar, erken erişkinlik döneminde akademik beklentinin olmaması ve ilerleyen dönemlerde de ağır ZY'li bireylerin erken ölümü nedeniyle düşmektedir (4). ZY'nin 10 ila 14 yaşları arasında zirve yaptığı ve erkeklerde kızlara göre 1,5 kat daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Hafif düzeyde ZY'nin tanısının çocukluğun ilk yıllarında konulmasının zor olmasının, insidansın doğru bir şekilde hesaplanmasını zorlaştırdığı belirtilmiştir. Primer risk faktörünün prenatal (genetik dahil), perinatal ve postnatal nedenler arasında eşit olarak dağıldığı, ancak vakaların neredeyse yarısında etiolojinin belirlenemediği tespit edilmiştir. Düşük gelirli (16,41 / 1000 kişi) ve orta gelirli (15,94 / 1000) ülkelerdeki yaygınlık, yüksek gelirli ülkelerekinden (9,21 / 1.000) çok daha yüksek bulunmuştur (6).

Farklı ülkelerde gözlenen bu prevalans farkının; düşük gelirli ülkelerdeki perinatal tarama programlarının yetersizliği sebebiyle, kalıtsal hastalıklarla doğan çocuk sayısının fazlalığından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (46). Bu farka katkıda bulunan diğer bazı faktörler ise iyot eksikliği, anne ve çocuk sağlığı merkezlerinin yetersizliğinden kaynaklanan doğumla ilişkili enfeksiyon/yaralanmalar ve intrauterin gelişme geriliği olarak bildirilmiştir (47).

Bir başka çalışmada ise sosyoekonomik durum ile hafif düzeyde ZY arasında ilişki saptanırken, orta ve ağır düzeyde ZY ile arasında bu ilişkinin saptanmadığı belirtilmiştir. Sosyoekonomik düzeylerdeki dalgalanmanın daha az görüldüğü ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalarda hafif düzeyde ZY sıklığının azaldığı, ancak ağır düzeyde ZY sıklığının değişmediği gösterilmiştir (48).

Mortalite oranlarına bakıldığında hafif düzeyde ZY'li bireyler ile sağlıklı popülasyon arasında fark bulunmadığı ancak daha şiddetli diğer ZY'li olgularda mortalite oranlarının arttığı, epilepsi ve/veya iştme bozukluğunun tüm ZY seviyeleri için mortalite riskini artırdığı bildirilmiştir. Cinsiyetler arasında beklenen yaşam süreleri konusunda önemli bir farklılık gösterilmemiştir (49).

2.1.5 Etiyoloji

ZY'nin nedenleri arasında genetik yatkınlık, çevresel etmenler ve gelişimsel duyarlılık gibi birçok etmenin karmaşık etkileşimi bulunmaktadır (4). Etiyolojinin aydınlatılması; olguda tespit edilen hastalığa yönelik özgül tedavi imkanlarının değerlendirilmesi, prognoz ve olası ek patolojilerin öngörülmesi ve ailenin bilgilendirilip genetik danışmanlık sağlanması gibi konularda önem teşkil etmektedir (7).

ZY'nin nedenini belirlemek zor bir süreçtir. Bir birey, çok sayıda nedenden dolayı ZY'li olabilmekte ve sıklıkla nedeni bulunamamaktadır (8). ZY'nin şiddeti arttıkça etiyoloji daha belirgin hale gelmektedir (9). Ağır ZY'li bireylerin yaklaşık %70'inin, hafif ZY'li bireylerin ise ancak %50'sinin rahatsızlıklarının organik veya biyolojik bir temeli bulunabilmektedir (10). ZY'li bazı çocukların zeka ölçeği puanları normal IQ dağılımının alt ucunda olabilmektedir (11). Bu olgularda hem genetik hem de çevresel faktörlerin etkileşimi işlevsellik düzeyini belirlemektedir. Yoksulluk, ihmal, istismar, uyaran eksikliği ve zayıf ebeveyn-çocuk etkileşimi gibi faktörler, zihinsel işlevsellikle ilişkili olduğu bulunan psikososyal faktörlerden sadece birkaçıdır (12). Bütün bu psikososyal, biyolojik, çevresel, genetik faktörlerin bir diğerinin etkisini aditif olarak artırdığı bilinmektedir (13).

ZY nedenlerinin sınıflandırılması genellikle hem risk faktörünün türüne (genetik-çevresel) hem de zamanlamasına (prenatal-perinatal-postnatal) odaklanmaktadır (14).

2.1.5.1 Genetik Risk Faktörleri

Genetik risk faktörleri tüm ZY olgularının yaklaşık %30-%50'sini oluşturmaktadır (15). Genetik faktörler hafif ZY (%4-15) etiyojisinde, orta-ağır ZY'ye (%20-50) kıyasla daha az yer kaplamaktadır (17). Bu genetik etiyojiler arasında yer alan kromozom anomalileri, kopya sayısı varyasyonları, tek gen bozuklukları ve diğer kalıtsal genetik bozukluklar; yeni doğanda metabolik hastalıklara, nörogelişimsel defektlere ve nörodejenerasyonlara sebep olabilmektedir (27).

Karyotip analizi ile tespit edilen **“Kromozom Anomalileri”**, ZY'li vakaların %12-15'inden sorumlu tutulmaktadır (50,51). Bunlar arasında en önemli ve yaygın olan, vakaların %6-8'inde görülen Down Sendromu, ZY'nin en sık genetik sebebi olarak bilinmektedir (52). Prader Willi, Angelman, William, DiGeorge ve Smith Magenis gibi klinik olarak tanımlanmış mikrolezyon sendromları, vakaların ek olarak %5'inden sorumlu tutulmaktadır (50). X'e bağlı ZY'nin bazı yaygın sendromik nedenleri arasında Fragile X sendromu, Rett sendromu, Lesch-Nyan sendromu, MECP2 duplikasyon sendromu ve Pelizaeus Merzbacher hastalığı yer

almaktadır. Frajil X sendromu, ZY vakalarının %0,5-1.2'sinden sorumlu olan en önemli tek gen bozukluğu, ZY'nin en sık kalıtsal sebebi olarak bilinmektedir (50,53).

Mikroarray analizi ile ZY'li bireylerin yaklaşık %10-15'inde **Kopya Sayısı Varyasyonları** saptanmaktadır. Bu bozuklukların büyük bir çoğunluğunda ZY dışında fasiyal dismorfizm, konjenital anomaliler ve otizm bulguları gibi ek özellikler de bulunmaktadır (54,55).

Ekzom dizilemenin klinik uygulamaya girmesi, ZY'li hastaların %16-55'inde otozomal de novo mutasyonların, %25'inde ise akraba evliliklerinde sıkça görülen otozomal resesif mutasyonların tanımlanmasına yardımcı olmuştur (50,56,57). ZY etiyojisiindeki otozomal resesif hastalıklardan sorumlu yaklaşık 300 gen tespit edilmiştir (58).

Tek Gen Bozuklukları kategorisindeki doğumsal metabolizma hastalıkları, sıklıkla tedavi edilebilir olmaları sebebiyle önemli bir grubu oluşturmaktadır (59). Fenilketonüri, yenidoğanların yaklaşık %0.01'inde meydana gelen bu gruptaki hastalıklardan biridir. Erken tarama ve 3 yaşından önce başlanan düşük fenilalanin diyeti ile ZY önlenmektedir (60).

ZY'ye neden olduğu bilinen diğer doğumsal metabolizma hastalıkları; Niemann-Pick hastalığı, Hunter hastalığı, Hurler hastalığı, akçaağaç şurubu idrar hastalığı, Hartnup hastalığı, homosistinüri ve galaktozemidir (27).

ZY etiyojisiindeki nörodejeneratif bozukluklar arasında beyaz ve/veya gri cevher tutulumu olan hastalıklar (adrenolökodistrofi, nörofibromatozis, tuberoskleroz vb.) yer almakta ve tanılamada manyetik rezonans görüntülemeye (MRG) yararlanılmaktadır (13,59).

2.1.5.2 Çevresel Risk Faktörleri

Çevresel risk faktörleri arasında annenin toksin/enfeksiyöz ajanlara maruziyeti, maternal patolojiler, doğum komplikasyonları, postnatal travma gibi durumlar yer almaktadır (27). Bilinen en yaygın, önlenemez, çevresel ZY sebebi fetal alkol sendromu olarak bildirilmiştir (61).

A) Prenatal Risk Faktörleri

Bu döneme ait gelişimsel duyarlılık terimi ile anne karnındaki enfeksiyon ve toksin maruziyetlerine dikkat çekilmektedir. ZY düzeyi, merkezi sinir sisteminin bu risk faktörlerine maruz kalma zamanına ve şiddetine bağlı bulunmaktadır (13).

Gebelikte alkol maruziyeti, bir dizi gelişimsel anomali ve ZY'nin eşlik ettiği, bilinen en yaygın ve önlenabilir çevresel ZY sebebi olan fetal alkol sendromuna yol açmaktadır(61). Fetüsün alkole maruz kalması, sinir sisteminin gelişimi için gerekli bir sinyal molekülü olan retinoik asit üretimini engellemekte ve gebeliğin herhangi bir trimesterinde alınan az miktarda alkol bile fetal alkol sendromuna neden olabilmektedir (62).

Kızamıkçık, ZY'ye sebep olduğu bilinen yaygın enfeksiyöz ajanlar arasındadır. Gebeliğin ilk trimesterinde alındığında %10-15 sıklıkla ZY'ye sebep olurken, enfeksiyonun ilk bir ayda alınması durumunda bu risk %50'lere kadar çıkmaktadır (63).

ZY'ye sebep olduğu bilinen diğer maternal enfeksiyonlar arasında insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV), sitomegalovirüs (CMV), sifiliz, toxoplazmozis, herpes simplex virüsü (HSV), su çiçeği virüsü (VZV) ve parvovirüs B19 bulunmaktadır (14,27)

ZY ile ilgili risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmalarda anneye dair; siyah ırk, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, sigara ve alkol tüketimi, diyabet, hipertansiyon, epilepsi, astım, hipotiroidi, idrar yolu enfeksiyonu, gebelik öncesi obezite, 3 ve üzeri doğum sayısı, malnütrisyon, vitamin ve mineral eksiklikleri, plasental yetmezlik, preeklampsi, vajinal hemoraji, plasenta previa ve bebeğin intrauterin malnütrisyonu gibi prenatal faktörler artmış ZY riski ile ilişkili bulunmuştur (14,64–70).

B) Perinatal Risk Faktörleri

Perinatal risk faktörleri arasında umbilikal kord prolapsusu, plasental yetmezlik, erken membran rüptürü gibi intrauterin olaylar ve uzamış doğuma bağlı gelişebilen neonatal anoksi/asfiksi başta olmak üzere, uygunsuz forseps kullanımı, yanlış uygulanmış Kristeller manevrası, eklampsi, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, erkek cinsiyet, intrakranial hemoraji ve hipoglisemi yer almaktadır (14,64,71–74).

C) Postnatal Risk Faktörleri

ZY'nin gelişimsel evrede ortaya çıkma kriteri gereği, ergenlik dönemi dahil olmak üzere tüm postnatal risk faktörleri de bu tanıya yol açabilmektedir. Kafa travması, boğulma tehlikesi ve diğer bütün bilinç kaybıyla sonuçlanan kazalar, menenjit ve ensefalit gibi enfeksiyonlar, beyin tümörleri veya inatçı epilepsi gibi tıbbi durumlar, bazı cerrahi, radyasyon veya kemoterapi tedavileri, kurşun veya diğer toksik maddelere maruziyet, ciddi çevresel yoksunluk, malnütrisyon, çocuk istismarı ve ihmal ZY ile sonuçlanabilmektedir. ZY'si olmayıp tümör, hipoksemi veya diğer merkezi sinir sistemi hasarına bağlı olarak bilişsel

işlevsellikte bir değişiklik yaşayan bir çocuk veya ergenin tanısı, içinde bulunduğu durumun kriterlerine bağlı olarak travmatik beyin hasarı veya ZY olarak kabul edilebilmektedir (14,75).

Ebeveynlerde bulunan psikiyatrik hastalık, kaotik aile yaşantıları, göç etme, fazla sayıda ancak yetersiz bakım veren varlığı da beyin gelişimi ve büyüme geriliği için önemli risk faktörleri arasında bulunmaktadır (13).

2.1.6 Sınıflama ve Klinik Özellikler

ZY'ler DSM-4'te; hafif ZY (IQ 55-70 arasında), orta ZY (IQ 40-55 arasında), ağır ZY (IQ 25-40 arasında) ve çok ağır ZY (IQ<25) şeklinde IQ puanlarına göre sınıflanırken (2); DSM-5 ve AAIDD'de, şiddetine göre yine aynı 4 başlık altında, ancak IQ puanına göre değil, kişinin uyumsal işlevlerine ve ihtiyaç duyduğu bireysel desteğin miktarına göre sınıflandırılmıştır (1,3).

Bir bireyin IQ'su 70'in altındaysa ancak iyi bir uyumsal işlevi varsa bu bireyde ZY tanısı düşünülmemekte; öte yandan, IQ'su normal veya hatta normalden yüksek olan ancak uyumsal işlevlerinde ciddi eksiklikler gösteren bireylere ZY tanısı konabilmektedir (76).

Bu uyumsal işlevler kavramsal, toplumsal ve uygulamalı olmak üzere 3 alanda değerlendirilmektedir. Bu alanlardaki beceriler, günlük görevlerde bireylerin yaşlarına ve sosyokültürel geçmişlerine göre beklenen düzeyde işlevselliğe sahip olup olmadıklarını göstermektedir. Kavramsal alan; okuma, yazma, dil, matematik, bilgi birikimi, hafıza, problem çözme ve karşılaşılan yeni durumları muhakeme etme becerilerini içermektedir. Toplumsal alan; başkalarının düşünceleri, duyguları ve deneyimleri hakkındaki farkındalık; sosyal durumları muhakeme etme ve yargılama, karşılıklı iletişim ve sosyal problem çözme becerilerini içermektedir. Uygulamalı alan ise günlük yaşam aktiviteleri ve kişisel bakım, sorumluluklar, ulaşım, para hesapları, eğitim ve mesleki alandaki becerileri içermektedir (1,3).

Uyumsal becerilerdeki yetersizlikler, genellikle farklı alanlardaki güçlü yönlerle bir arada bulunmaktadır. Örneğin, ZY'li bireyler kavramsal becerilerde (yeni durumları muhakeme etme gibi) zorluk yaşarken, uygulamalı ve sosyal becerilerde (özbakım becerileri, başkalarının düşünce ve duygularını tanıma vb.) daha güçlü olabilmektedirler. Bir bireyin güçlü ve zayıf yönlerinin bir arada değerlendirilmesi, gerekli destek sistemlerinin bireyselleştirilmesini kolaylaştırmaktadır (14).

Küçük çocuklar genellikle, çevrenin beklentileri ve bireyin kapasitesi arasındaki fark arttıkça dikkati çekmeye başlayan psikomotor gelişimsel basamaklarındaki gecikmeler sebebiyle doktora getirilmektedir. Beklentiler ve beceriler arasındaki uyumsuzluk, bireyde hüsrana sebep olup benlik saygısını olumsuz etkileyebilmekte ve genellikle doktor başvurularının asıl sebebi olan davranış bozukluklarına da yol açabilmektedir (14).

ZY genellikle ömür boyu sürse de sabit olmayıp değişkenlik gösteren bir tanıdır. Bilişsel yetersizliklerin ve uyumsal işlevlerinin düzeyi, özellikle çevrenin talepleri değiştikçe (örneğin, bir genç okulu bitirip işe başladığında) zaman içinde değişebilmektedir. Erken başlanan, kişiye özgü ve süreğen müdahale/destekler hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemi boyunca uyumsal işlevleri en üst düzeye çıkarmakta önemli bir rol oynamaktadır. Bazı bireyler bu müdahaleler ve eşlik eden tıbbi durumların (örn., epilepsi, işitme kaybı veya görme bozuklukları) tedavisi sonucunda artık tanı kriterlerini karşılamayacak düzeyde gelişim gösterirken, bazı olgular genetik bozuklukların (örneğin, Rett Sendromu) ilerlemesi ile kötüleşebilmektedirler (1,3,4).

Hafif Düzeyde Zihinsel Yetersizlik

Olguların %85'ini oluşturan hafif ZY'li bireyler (5), geç okul öncesi veya erken okul çağında güçlükler yaşamaya başlayabilmektedirler. Akademik alanda (aritmetik, okuma, yazma, zaman ve para) zorluklar yaşayabilmekte ve kendi yaşlarındaki diğer çocuklara kıyasla sosyal olarak daha immatür görünebilmektedirler. İletişim ve düşünme tarzları yaşitlarına göre daha somut ve çocuksu olabilmektedir. Kişisel bakım becerilerini kazanmalarına ve hatta erişkinlikte çoğu tek başlarına yaşayabilmelerine rağmen, özellikle karmaşık günlük yaşam aktivitelerinde zaman zaman desteğe ihtiyaç duyabilmekte, bazıları akademik olarak altıncı sınıf düzeyine kadar ulaşabilmektedirler (3,19).

Orta Düzeyde Zihinsel Yetersizlik

Olguların %10'unu oluşturan orta ZY'li bireyler (5), genellikle hafif ZY'li olgulardan daha erken tanı almaktadırlar. Orta ZY, okul öncesi yıllarda öğrenme güçlüğü, dil gelişiminde gerilik, sosyal iletişimde gözle görülür bir destek ihtiyacı ile kendini göstermektedir. Etkilenen bireyler nihayetinde kişisel bakım için temel görevleri yerine getirebilmekte (ör. giyinme, tuvalet ve bağımsız olarak yemek yeme), ancak önemli düzeyde destek ve eğitim gerekebilmektedir. Yetişkinlik döneminde, asgari düzeyde iletişim ve bilişsel beceri gerektiren işlerde çalıştırılabilmekte ve sürekli destek ve eğitimle tüm ev işlerine katkı

sağlayabilmektedirler. Bazıları akademik olarak ikinci sınıf düzeyine ulaşabilmektedirler (3,19).

Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizlik

Olguların %4'ünü oluşturan ağır ZY'li bireylerin (5), yazılı dil ile sayı ve zaman kavramlarını anlama kapasiteleri sınırlı olmakta ve bu bireyler yaşamları boyunca bakım verenleri tarafından kapsamlı bir desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Hem sözel ifade becerileri hem de konuşma dili ile jest ve mimikleri algılama düzeyleri sınırlı olmaktadır. Ağır ZY'li bireyler, günlük yaşamın tüm aktiviteleri için kapsamlı bir destek ve denetime ihtiyaç duymakta, bazıları akademik olarak okul öncesi eğitim seviyesine ulaşabilmektedirler (3,19).

Çok Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizlik

Olguların %2'sini oluşturan çok ağır ZY'li bireyler (5), yalnızca somut kavramları içeren ve daha çok nesnelerin basit kullanımından ibaret olan kavramsal becerilere sahip olabilmektedirler. Bazı basit komutları anlayabilseler de dili algılama kapasiteleri oldukça kısıtlı gözlenmektedir. Ağır ZY'li bireyler çok ciddi desteğe ihtiyaç duymakta, kişisel bakım ve günlük yaşamın tüm yönlerinde bakım verenlerine tamamen bağımlılık göstermektedirler (3,19).

2.1.7 Zihinsel Yetersizliğin Değerlendirilmesi

ZY olgularının değerlendirmesinde ilk aşama olan kapsamlı öyküde; pre-peri-postnatal özellikler, aile öyküsü, dil, motor, sosyal-duygusal ve uygulamalı işlevlerdeki gecikmelerin seyri ve zamanlaması hakkındaki tüm bilgilerin ayrıntılı bir şekilde alınması gerekmektedir (15).

Gelişimsel geriliğin yanı sıra epileptik nöbet ve motor belirtiler (örn. spastisite, ataksi, hipotoni) gibi sık görülen nörolojik komorbiditelerin değerlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Fizik muayene, tam bir nörolojik muayeneyi, baş çevresi ölçümünü ve genetik sendromlarla ilişkili olabilecek yüz dismorfizmleri ve cilt bulgularının inspeksiyonunu içermektedir. Tıbbi araştırma, genetik sendromlar, metabolik bozukluklar, edinilmiş hipotiroidizm ve kurşun maruziyetinin test edilmesini kapsamaktadır (16). Bir genetik sendrom veya metabolik bozukluktan şüphelenildiğinde genetik uzmanına, nörolojik bir bozukluk şüphesinde ise nöroloji uzmanına konsültasyon gerekmektedir. Mikrosefali, makrosefali, nöbetler veya nörolojik belirtiler varsa beyin MRG önerilmektedir (15,17).

ZY olan çocukların katarakt, görme ve işitme bozuklukları, doğuştan kalp hastalığı, kabızlık, obezite ve uyku bozuklukları gibi başka tıbbi durumlara sahip olma olasılığı da daha yüksektir ve bu da ek konsültasyonlara neden olabilmektedir. Bu tür komorbiditeler yalnızca genel işlevselliği ve YK'yi etkilemekle kalmayıp davranım problemlerini artırabilmesi açısından da önem taşımaktadır (18).

2.1.8 Ayırıcı Tanı

ZY tanısından şüphelenilen olguların ayırıcı tanısında nörodejeneratif bozukluklar, ÖÖG, alıcı/ifade edici dil bozuklukları, OSB ve duyuusal bozukluklar (görme ve işitme kayıpları) göz önünde bulundurulmalıdır (19).

ÖÖG, kişinin bilişsel kapasitesi ile uyumsuz olarak öğrenmede (örneğin okuma, yazma, matematik) kalıcı zorluklarla karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur. ZY'li çocuklar bilişsel ve uyumsal becerilerde genel bir yetersizlik gösterirken, ÖÖG'li çocuklar, belirli öğrenme alanlarıyla sınırlı (örneğin, okuma/fonolojik beceriler) güçlükler yaşamakta, bilişsel ve uyumsal becerilerde yaşlarına uygun gelişim göstererek ZY'li çocuklardan ayrılmaktadırlar (77).

Dil gelişim geriliği (DGG) hem tek başına hem de ZY eşliğinde görülebilmektedir. Sözel olmayan alanlarda da genel bir yetersizliğin varlığı ZY'yi izole DGG'den ayırmaktadır (18).

OSB sıklıkla ZY ile ilişkilendirilen ancak kalıcı sosyal iletişim ve etkileşim yetersizlikleri, sınırlı/tekrarlayan davranış kalıpları ve atipik duyuusal tepkiler ile karakterize ayrı bir bozukluktur. OSB'de normal zeka veya farklı düzeylerde ZY görülebilmektedir (78).

ZY şüphesi olan bir çocuğun değerlendirilmesinde, çocuğun işlev bozukluklarına katkıda bulunabilecek görme ve işitme bozuklukları göz önüne alınmalı, mevcut duruma uygun değerlendirme ölçekleri kullanılarak yanlış tanılamamanın önüne geçilmelidir (79).

Serebral palsili olgularda zayıf kas koordinasyonu, görme, işitme ve konuşma ile ilgili sorunlar ZY izlenimi bırakabilmekte ve uygun değerlendirme araçları kullanılmadığında yanlış ZY tanısı konulabilmektedir (80).

Genetik anomali veya progresif olmayan beyin lezyonları gibi etiyolojilere bağlı ZY'nin aksine; nörodejeneratif bozukluklarda, progresif nörolojik bir duruma bağlı olarak, farklı alanlardaki işlevsellikte belirgin bir regresyon gözlenmektedir (81).

Çocuk ihmal ve istismarı, dil ve sosyalleşmede gelişimsel gecikmelere neden olarak uyumsal işlevlerde bozulmalara neden olabilmekte, çocuklar ihtiyaçlarını ifade etmede, güven duygusu geliştirmede ve sosyal sorumluluklarını yerine getirmede zorluk çekebilmektedirler. ZY'den farklı olarak çevre koşulları düzeldiğinde semptomlar genellikle tersine dönmektedir (27,82).

Normal zekaya sahip çocuklarda, tıbbi problemler ve bu süreçte ortaya çıkan depresyon nedeniyle gelişimde gecikmeler ve bilişsel işlevlerde zayıflama görülebilmekte, ilgili patolojilerin ve depresyonun tedavisi ile iyileşme gözlenebilmektedir (27,83).

2.1.9 Psikiyatrik Eş Tanılar

Psikiyatrik bozukluklar ZY'li çocuklarda, tipik gelişim gösteren çocuklardan en az üç kat daha sık görülmektedir (20,21). Bir sistematik gözden geçirme yazısında eşlik eden psikiyatrik komorbidite oranlarının %30-50 arasında değiştiği bildirilmiştir (22).

En yaygın görülen bozukluklar, KOKGB, DEHB, OSB, Anksiyete Bozukluğu, Depresif Bozukluk ve DB'dir (20,21,23). Ciddi davranım problemlerinin; ZY olan çocuklarda tipik gelişim gösteren çocuklara kıyasla, 2,5 ila 4 kat daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir (24-26).

Bu davranım problemleri; ortama uyum sağlayamama, öfke nöbetleri, kendisine/ başkalarına veya çevreye zarar verme gibi davranışları içerebilmektedir. Altta yatan fiziksel, duygusal sıkıntıları veya rahatsızlık veren çevresel faktörleri açıklama yeteneğini sınırlandıran bir iletişim bozukluğunun olması bu tablonun önemli bir sebebidir (22,84).

Şizofreni ve bipolar bozukluk, ZY'li olmayan popülasyona benzer sıklıkla görülmektedir. Şizofreni, depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar, ZY'li olmayan bireylerde, hafif ZY'li olanlarla hemen hemen aynı özellikleri göstermektedir. Ancak orta ve ağır ZY'li gençlerde duygularını tanımlamada yaşadıkları güçlüklerin bir sonucu olarak daha düzensiz, öngörülemez ve anlaşılması zor semptomlar gösterme eğiliminde oldukları için tanı koyulması zorlaşmaktadır. Depresyon içine kapanma, sinirli ve agresif davranışlarla; manik dönemler, evden/okuldan kaçma, şamatacı, sinirli veya çekingen hale gelinen dönemsel emosyonel dalgalanmalarla kendini gösterebilmekte; net tetikleyiciler olmaksızın saldırganlığın ve halüsinasyon/ paranoyalarla ilişkili olabilecek tuhaf davranışların varlığı ise şizofreniyi işaret edebilmektedir. Ailede şizofreni veya duygudurum bozukluğu gibi bir psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, olguda benzer bir bozukluğun

varlığına dair şüpheyi artırmaktadır. Erken teşhis ve tedavi, işlev bozukluklarını ve ailenin yükünü azaltmakta, YK'yi yükseltmektedir (23).

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar için risk faktörleri arasında zihinsel, uyumsal işlevlerde yetersizliğin ve dil bozukluklarının ciddiyeti, sosyalleşme yetersizliği, düşük aile sosyoekonomik durumu, travma ve bekar ebeveyne sahip olmak gibi durumlar bildirilmiştir (85). Bazı genetik sendromlar da yüksek oranda psikiyatrik ve davranışsal bozukluklarla ilişkili bulunmuştur (86).

2.1.10 Tedavi

ZY'nin yönetimi, daha fazla kötüleşmeyi önleme, mevcut semptomları en aza indirme ve günlük hayatta YK'yi iyileştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda özel eğitim desteği, davranışsal girişimler, aile eğitimleri, devletin sağladığı sosyal destek imkanları, mesleki eğitimler, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik patolojiler için tedaviler ve gerekli görülen olgularda psikiyatrik farmakolojik müdahalelerin her biri tedavide bütünün bir parçasını oluşturmaktadır (27).

ZY'de psikofarmakolojik tedavinin kanıt düzeyi nispeten kısıtlı olmakla birlikte, ek psikiyatrik komorbiditeler ve yıkıcı davranım bozuklukları için kontrollü psikofarmakolojik tedavi desteklenmektedir (28,29). ZY olgularında kullanılan psikofarmakolojik tedaviler arasında “tipik ve atipik antipsikotikler”, “duygudurum düzenleyicileri”, “SSRI”, “psikostimülanlar” ve “alfa-agonistler” bulunmaktadır (29).

ZY'li ergenlerin bir kısmı ara ara uygunsuz ve kontrol edilmesi zor cinsel davranışlar sergiledikleri için cinsel isteği azaltan bazı ilaçların bu olgularda kullanımı özel bir öneme sahiptir. Bu tedaviler özgürlük ihlali olarak algılanıp tepkiye yol açabilmekte ancak ortaya çıkan etik çelişkilere rağmen, bu ilaçlar (örn. siproteron, testosteron antagonistleri) belirtilen amaçla klinik pratikte giderek daha fazla kullanılmaktadır (23).

ZY'li çocuklar, yoğun erken müdahale ve multidisipliner hizmetlerden fayda görmektedirler (87). Okul öncesi çocuklarda, ilaçların etkinliklerinin zayıf olması ve küçük çocuklardaki daha sık ilaç yan etkileri göz önüne alındığında, davranışsal/eğitsel tedavi seçenekleri ilk basamak tedaviler olmaktadır. Bununla birlikte, çocuğun güvenliği veya davranışsal/eğitsel tedavilere uyumuyla ilgili endişe söz konusu olduğunda; ilaç tedavisi de eklenerek tedavi planının başarılı bir şekilde uygulanması ve ebeveyn-bakım verenin stresinin

azaltılması sağlanabilmektedir. Etki ve yan etkiler sistematik olarak değerlendirilerek düşük başlangıç dozları ve yavaş titrasyon önerilmektedir (18,29).

Davranışçı tedaviler arasında, Uygulamalı Davranış Analizinin (ABA) sağlam bir kanıt düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir (88). ABA, sorunlu bir davranışı caydırmak veya alternatif bir davranışı teşvik etmek için belirli davranışların öncüllerini ve/veya sonuçlarını değiştirmeye çalışmaktadır. İşlevsel davranış analizleri, dikkat veya yardıma ihtiyaç duyma, taleplerden kaçma, isteneni elde etme girişimi, protesto veya kendi kendini uyarma gibi zorlayıcı davranışların potansiyel tetikleyicilerinin ayrıntılı değerlendirilmesini sağlamak ve bu davranışsal planlama daha sonra çocuğun davranışsal profiline ve gelişim düzeyine göre uyarlanmaktadır (84). ABA'ya ek olarak Stepping Stones Triple P (89) ve Ebeveyn Çocuk Etkileşim Terapisi (90) gibi ebeveyn eğitimi yaklaşımlarının da ZY'deki yıkıcı davranışları iyileştirdiğine dair kanıtlar gösterilmektedir.

2.2 Yaşam Kalitesi

2.2.1 Tanım ve Genel Bilgiler

YK, WHO tarafından bir bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında; hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamdaki konumuna dair algısı şeklinde tanımlanan; kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık seviyesi, maneviyat/din/kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevreleriyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (30). SİYK ise bir hastalık ve/veya tedavisiyle ilişkili olarak iyilik halinin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (31). SİYK'nin değerlendirilmesi; yeni sağlık politikalarının planlanması, bireye uygun girişimlerin seçilmesi, yatış süresi ve tedavi maliyetinin düşürülmesi, hasta ve hasta yakınlarının üretkenliğinin artırılıp iş gücüne kazandırılması gibi farklı amaçlarla kullanılabilir (32).

YK, her alanda hem objektif hem de subjektif bakış açıları içerebilmektedir (33). YK'nin objektif değerlendirmesi, bireyin neler yapabileceğine odaklanmakta ve sağlık derecesini tanımlamada önem taşımaktadır. Subjektif değerlendirmesi ise birey için anlamını; temel olarak sağlık durumunun objektif ölçümünün YK deneyimine dönüştürülmesini içermektedir. Değerlendirmedeki farklılıklar; aynı objektif sağlık durumuna sahip bireylerin çok farklı subjektif YK bildirebildiklerini, hastanın işlev bozukluğu hakkındaki algıları ve atıflarının işlev bozukluğunun kendisi kadar önemli olduğunu göstermektedir (30).

Çocuklarda YK'nin değerlendirilmesi sırasında çocuklara özgü sorunlar ortaya çıkabilmektedir (91). Çocuklar hastalıklarının sebebi ve tedavisi konusunda yetişkin bireylerden farklı bakış açılarına sahip olabilmektedirler (92). Sorunları farklı yorumlayıp hastalığın seyrine ilişkin farklı bir zaman perspektifini benimseyebilmektedirler. Buna ek olarak; derecelendirme ölçeklerini kullanma, dili anlama ve genellikle yetişkin çalışmalarında kullanılan türden uzun ölçekleri tamamlama yetenekleri yaş ve bilişsel gelişim düzeyinden olumsuz etkilenebilmektedir (91,93). Ebeveynler veya diğer bakım verenler ise çocukların YK'sini değerlendiren ölçekleri doldururken tanıdıkları diğer çocukların (kendilerinin veya arkadaşlarının) gelişiminden, çocukları için beklentilerinden ve umutlarından, ek yaşam streslerinden ve kendi zihinsel sağlıklarından etkilenebilmektedirler. Bakım verenin ruh sağlığının ve hastalığa ilişkin algılarının, ebeveynlik uygulamalarını ve aile içi görev ve etkinlikleri değiştirerek zaman içinde çocuğun YK'sini nasıl etkilediği, açıklığa kavuşturulması gereken önemli bir faktördür (93).

Algılanan SİYK'yi ölçebilmek için pediatrik hastaların kendi kendini değerlendirmesi öncelikli olmakla birlikte, çocuğun bir SİYK ölçeğini tamamlayamayacak kadar küçük, bilişsel olarak zayıf, çok hasta veya yorgun olduğu durumlarda ya da soruları yanıtlamak istemediklerinde bakım veren değerlendirmesine ihtiyaç duyulmaktadır (94). Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen ana unsurun bakım verenlerin çocukların SİYK'sine ilişkin algıları olduğu (95,96) göz önüne alındığında pediatrik hastaların kendi kendilerine bildirimde bulunamadıkları durumlarda, geçerli ve güvenilir bakım veren ölçeklerine olan ihtiyaç ön plana çıkmaktadır (94,97).

2.2.2 Yaşam Kalitesi ve Zihinsel Yetersizlik

Kılavuzlar, ZY'de psikiyatrik veya davranışsal semptomların; tıbbi, genetik, davranışsal, iletişimsel, bilişsel, duyuşsal, çevresel ve psikososyal faktörler dahil olmak üzere birçok potansiyel katkıda bulunan faktörü kapsayan geniş bir bağlamda değerlendirilmesini önermektedir. Tedavi planının genel amacı; eşlik eden sorunları ele alıp, fonksiyonel bozuklukların genel işlevsellik boyutu üzerindeki etkilerini azaltarak birey için mümkün olan en iyi YK'yi elde etmektir (98).

Engelli bireyler, toplumun en savunmasız üyeleri olarak kabul edilmektedir (99). YK ile ilişkili verileri anlama/değerlendirme ve bunların sağlık politikalarının oluşturulması için kullanılması bu nedenle engelli bireyler için özellikle önemlidir (100). Ayrıca ZY olan bireylere uygun hizmetler sağlanması için kullanılan ek kaynakların topluma maliyeti de

oldukça büyüktür. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında doğan ZY'li bireylerin yaşam boyu maliyetinin 51,2 milyar dolar olacağı öngörülmüştür (101). Hollanda'da yapılan daha önceki bir çalışma da ZY bireyler için yüksek sağlık hizmeti maliyetini öngörmüştür (102). Mevcut kaynakların hangi noktalarda öncelikli olarak kullanılacağını belirlemek adına bu alanda yapılan çalışmalar önem kazanmaktadır.

Literatüre bakıldığında özellikle son yıllarda bu alandaki çalışma sayısının arttığı, çalışmalarda hem ZY olan çocuğun hem de bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile ilişkili farklı faktörlerin değerlendirildiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda daha küçük yaş, yüksek uyumsal beceriler, daha az davranım problemi, daha düşük ebeveyn stresi (34), motor beceriler (35), özbakım becerileri, konuşurken göz teması kurabilme (36) gibi faktörler ZY olgularının yüksek YK ölçek puanlarıyla ilişkilendirilirken; irritabilite, letarji, uzun süreli antipsikotik kullanımına bağlı yan etkiler (37) daha düşük YK ölçek puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Türkiye'de 2011 yılında bu alanda yapılan bir çalışmada çocukların YK ölçek puanları ile anne eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi ve ZY şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken iki yaş öncesinde tanı almış olmanın YK üzerine istatistiksel olarak anlamlı pozitif etkisinin olduğu tespit edilmiştir (38).

ZY olgularının bakımından daha çok annenin sorumlu olduğu, ebeveynlerin yaşam kalitelerinin ebeveyne ait fiziksel ve ruhsal sağlık problemleri, kendine vakit ayıramama, aile desteği ve sosyal destekte yetersizlik, düşük gelir düzeyi ile çocuğun ruhsal ve davranışsal problemlerinin şiddetinden olumsuz etkilendiği saptanmıştır (39–42). ZY'ye eşlik eden OSB tanısının bulunması da daha yüksek ebeveyn stresi ve daha düşük ebeveyne ait YK ile ilişkilendirilmiştir (41,42).

2.3 Amaç

Çalışmamızın amacı; ZY tanılı olgu ve primer bakım verenlerinin yaşam kaliteleri ve ZY düzeyi ile olguların özgeçmiş-soygeçmiş (prenatal, perinatal, postnatal ve ailesel özellikler) ve klinik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2.4 Çalışmanın Hipotezleri

- 1)ZY düzeyi hafif olan olguların tanı yaşı daha ileridir.
- 2)ZY tanılı olgularda psikiyatrik komorbidite sıklığı, genel toplum sıklığından yüksektir.
- 3)ZY düzeyi ile prenatal/perinatal/postnatal risk faktörleri ve sosyodemografik veriler ilişkilidir.

- 4)ZY düzeyi ile ZY’li olguların klinik özellikleri ilişkilidir.
- 5)ZY düzeyi ile ZY’li olgu ve primer bakım verenlerine ait YK alt ölçek puanları ilişkilidir.
- 6)ZY’li olgu ve primer bakım verenlerine ait YK alt ölçek puanları olguların klinik özellikleri ve sosyodemografik verileri ile ilişkilidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma 4-18 yaşları arasında ZY tanısı ile takip edilen hastaların özgeçmiş, soygeçmiş, klinik özellikleri ile olgu ve bakım verenlerinin yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği tek merkezli, kesitsel, ilaç dışı, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında (EÜTF ÇERSH ABD); Gelişimsel Gecikmeler ve Otizm Polikliniği (GGOP), 0-6 Yaş Polikliniği (0-6 YP) ve Konsültasyon/Liyezon Polikliniğinde (KLP) sürdürülmüştür. Olgular Mayıs 2021-Ocak 2023 tarihleri arasında araştırmamıza dahil edilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, EÜTF ÇERSH ABD; GGOP, 0-6 YP ve KLP polikliniklerinde ZY tanısı ile takip edilen olgular oluşturmaktadır.

3.4 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi EÜTF ÇERSH ABD, GGOP, 0-6 YP ve KLP polikliniklerinde, DSM-5 kriterleri esas alınarak yapılan klinik değerlendirme doğrultusunda, ZY tanısı konularak izlenen ve tarafımızca Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ile tanı doğrulaması gerçekleştirilen, araştırmanın dahil olma ve dışlama ölçütlerini karşılayan 4-18 yaşları arasındaki 120 gönüllü olgu oluşturmaktadır.

3.5 Örneklem Seçimi

EÜTF ÇERSH ABD, GGOP, 0-6 YP ve KLP polikliniklerinde, daha önce Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Geliştirilmiş Formu (WÇZÖ-R) veya Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) psikometrik testleri kullanılarak ve DSM-5 kriterleri esas alınarak yapılan

klirik değerlendirme doğrultusunda, ZY tanısı konularak izlenen, araştırmanın dahil olma ve dışlama ölçütlerini karşılayan 4-18 yaşları arasındaki 120 olgu ve ebeveynleri rutin poliklinik randevularına geldikleri sırada çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, velisi ve mümkünse kendisi (onam verebilecek bilişsel kapasiteye sahip olgular) tarafından Bilgilendirilmiş Olur Formu imzalanan tüm olguların ZY tanıları ve eşlik eden psikiyatrik tanıları çDşG-şY-T ile Dr. Gamze YÜKSEL tarafından değerlendirildikten sonra Doç. Dr. Sezen KÖSE tarafından tekrar değerlendirilmiş ve doğrulanmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) 4-18 yaş aralığında olmak
- 2) DSM-5 tanı kriterlerine göre ZY tanısı almış olmak
- 3) Ebeveyn ile yaş ve zihinsel kapasite açısından uygun olan olgular tarafından onam formunun okunması ve imzalanması

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 1) 4-18 yaş aralığının dışında olmak
- 2) DSM-5 tanı kriterlerine göre ZY tanısını karşılamamak
- 3) alışmaya katılmak için onam verilmemesi

3.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

3.6.1 Weschler ocuklar İçin Zeka Ölçeği-Geliştirilmiş Formu (WZÖ-R)

Weschler tarafından 1949 yılında geliştirilen zeka ölçeğinin, 1974 yılında yapılan değişikliklerle, 6-16 yaşları arasındaki çocuklar için standardizasyonu gerçekleştirilmiş olan versiyonudur (103,104). WZÖ-R, her biri 6 alt test içeren 2 bölümden (Sözel ve Performans) oluşmaktadır. Sözel Zeka Bölümünü (SIQ) Genel Bilgi, Sözcük Dağarcığı Aritmetik, Yargılama, Sayı Dizisi ve Benzerlikler alt testleri oluştururken; Performans Zeka Bölümünü (PIQ) şifre, Resim Düzenleme, Resim Tamamlama, Küplerle Desen, Labirent ve Parça Birleştirme alt testleri oluşturmaktadır. SIQ ve PIQ puanları kullanılarak Toplam Zeka Bölümü (TIQ) hesaplanmaktadır (104). Türk çocukları için standardizasyon çalışması 1995 yılında Savaşır ve şahin tarafından gerçekleştirilmiştir (105).

3.6.2 Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

Ebeveynlere yöneltilen sorular aracılığıyla, 6 yaşa kadar olan gelişimin değerlendirildiği ölçek, Savaşır ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5 kategori (dil-

bilişsel, kaba motor, ince motor, sosyal beceri-öz bakım ve toplam) ve 154 madde içermektedir. Sorulara ebeveyn tarafından “evet, hayır ya da bilmiyorum” şeklinde cevap verilmekte, aynı anda çocuk da ölçeği uygulayan profesyonel tarafından gözlenmektedir. Arka arkaya 8 “hayır” cevabı verilmesi durumunda görüşme sonlandırılmaktadır. Ölçekte her yaş grubu için, toplumdaki diğer yaşlılarına kıyasla %20 ve %30 oranında gerilik seviyeleri ifade edilmektedir. Toplam puanı %30 sınırının altında kalan olgulara gelişim geriliği tanısı konmaktadır (106).

3.6.3 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY)

ÇDŞG-ŞY, 1997 yılında geliştirilen, çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini belirlemek için kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Formu oluşturan 3 bölümün ilkinde çocuğun demografik verileri, genel tıbbi durumu, geçmiş psikiyatrik başvuruları ve aldığı tedaviler, ailesi ve akranları ile ilişkileri, eğitim bilgileri gibi genel bilgiler elde edilir. İkinci bölüm ise özgül psikiyatrik bulguların değerlendirildiği tarayıcı sorular ve değerlendirme kriterlerinden oluşmaktadır. Yapılan tarama görüşmesinde pozitif bulguların tespit edilmesi durumunda ilgili psikopatolojiyi daha ayrıntılı ele almak ve tanıyı doğrulayabilmek amacıyla ek belirti listesi kullanılmaktadır. Pozitif bulgular ve bu bulguların şiddeti; klinisyenin, olgunun ve ailenin görüşleri göz önüne alınarak belirlenmektedir. Son bölüm, değerlendirmenin gerçekleştiği sırada olgunun işlevsellik seviyesini tespit etmeyi amaçlayan genel değerlendirme ölçeğinden oluşmaktadır (107). Türk çocukları için standardizasyon çalışması, DSM-5 ölçütleri doğrultusunda, Ünal ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır (108).

3.6.4 Sosyodemografik Veri Formu (SDVF)

Araştırmacı tarafından hazırlanan SDVF soruları **hastaya ait tanımlayıcı bilgileri** (doğum tarihi, yaş, tanı yaşı, cinsiyet, boy, kilo), **standardize testlerle ölçülen zeka düzeylerini** (WÇZÖ-R, AGTE sonuçları), **aileye ait sosyodemografik ve tıbbi verileri** (anne-babanın yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, ruhsal/bedensel hastalıkları, anne-baba akrabalığı, aile tipi, evde yaşayan kişi sayısı, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, yaşanılan yer, aylık gelir, kendilerine ait ev olup olmadığı, akrabalarda ZY tanılı birey), **prenatal risk faktörlerini** (gebelik yaşı, gebelik yöntemi, gebelik izlemi, çoğul gebelik, gebelikte sigara/alkol/radyasyon/ilaç/madde/ stres maruziyeti, maternal patoloji), **perinatal risk faktörlerini** (doğum tipi, doğum zamanı, doğum komplikasyonu, doğum sonrası ilk

durum/patoloji, doğum kilosu/boyu), **postnatal risk faktörlerini** (anne sütü alımı, aşıları, fiziksel tanıları, takipli olduğu branşlar), **psikiyatrik eş tanı ve psikofarmakolojik tedavilerini**, **psikomotor gelişim özelliklerini** (yürüme, konuşma, tuvalet eğitimi), **eğitim-öğretim bilgilerini** (okuma-yazmasının olup olmadığı, okula devamlılığı, devam ettiği veya en son okuduğu sınıf düzeyi, okul ve sınıf tipi, özel eğitim alıp almadığı, özel eğitime kaç yaşında başladığı), **sportif faaliyetlerle ilişkisini** (spor çeşidi, başlangıç yaşı, sıklık, haftalık süresi) ve **teknoloji maruziyetini** (teknolojik alet çeşidi, kullanım amacı, günlük ekran süresi) değerlendiren soruları içermektedir.

3.6.5 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Çocuklarda (2-18 yaş) YK'nin değerlendirilmesi için Varni ve arkadaşları tarafından oluşturulan bu ölçeğin 7 versiyonu bulunmaktadır. Bunlardan 4 tanesi (2-4, 5-7, 8-12, 13-18 yaş) anne-babalar tarafından doldurulan versiyonken, diğer 3 tanesi (5-7, 8-12, 13-18 yaş) çocuklar tarafından doldurulan versiyondur. Okul öncesi 2-4 yaş grubu için çocuk ölçeği versiyonu bulunmamaktadır. ÇİYKÖ; Fiziksel İşlevsellik (8 öge), duygusal işlevsellik (5 madde), sosyal işlevsellik (5 madde) ve okul işlevselliğini (5 öge) değerlendiren 4 bölüm ve 23 maddeden oluşmaktadır. Okul işlevselliğinin değerlendirildiği bölümde 2-4 yaşa yönelik formda yalnızca 3 madde bulunmaktadır. Tüm maddeler, son 1 ay göz önünde bulundurularak 0'dan 4'e kadar olan 5 şıklı Likert ölçeği kullanılarak yanıtlanmaktadır. Sorunların görülme sıklığına göre 0-hiçbir zaman, 1-nadiren, 2-bazen, 3-sıklıkla, 4-her zaman şıkları bulunmaktadır. Yalnızca 5-7 yaş çocuk ölçeğinde soruların kolay cevaplanması amacıyla 3 seçeneğe yer verilmektedir. (0-hiçbir zaman, 2-bazen, 4-her zaman). Bu 5-7 yaş çocuk ölçeği, çalışmayı gerçekleştiren profesyoneller tarafından mutludan üzüne doğru yüz ifadelerinden oluşan şemalar yardımıyla değerlendirilmektedir. Ölçeğin yorumlanması kolaylaştırmak amacıyla maddeler tersine puanlanmakta ve doğrusal olarak 0-100 ölçeğine dönüştürülmektedir (0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0). Böylece daha yüksek puanlar daha yüksek SİYK ile ilişkilendirilmektedir. Her bölümün işlevsellik puanı kendi içerisinde, cevaplanan maddelerin toplam puanının cevaplanan madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. İlgili bölümdeki maddelerin %50'den fazlası cevaplanmamışsa hesaplama yapılmaması gerekmektedir. İşlevsellik puanlarına ek olarak 3 farklı toplam puan hesaplanmaktadır. Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, Fiziksel İşlevsellik Puanı ile aynıyken; Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, Duygusal, Sosyal ve Okul İşlevselliği maddelerinin toplam puanının cevaplanan maddelerin sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Son olarak Ölçek Toplam Puanını oluşturmak içinse tüm bölümlerdeki maddelerin toplam puanı, cevaplanan madde sayısına bölünmektedir (109). Ölçeğin öne çıkan özellikleri arasında, 5-10 dakikada

doldurulabilen kısa bir test olmasının yanı sıra çalışmacı tarafından uygulanmasının ve değerlendirmesinin kolay olması da yer almaktadır (109,110).

ÇİYKÖ'nün Türkçe versiyonunun ergenlerde (8–12 ve 13–18 yaş grupları için) standardizasyon çalışması Memik ve arkadaşları (111,112) tarafından, 2-7 yaş versiyonu Üneri ve arkadaşları (113) tarafından yapılmıştır.

Çalışmamızda tüm olgular için ölçeğin ilgili yaş grubuna uygun ebeveyn formu kullanılmıştır.

3.6.6 Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) – Genişletilmiş Versiyonu

GGA, ilk olarak 1997 yılında Goodman tarafından geliştirilen; 4-16 yaş arası çocuk ve gençlerin psikiyatrik semptomlarını ve güçlü yönlerini sorgulayan; ebeveynlere, öğretmenlere ve 11 yaş ve üzeri çocuklara uygulanabilen kısa bir davranışsal tarama ölçeğidir (114).

Genişletilmiş versiyon ise ek olarak katılımcıya, gencin güçlük yaşadığı bir alan olup olmadığını sorgulayan ve eğer varsa, kroniklik, olguda yarattığı sıkıntı, sosyal alanlardaki etkilenme ve aile için yarattığı zorluk düzeylerini sorgulayan bir Etkilenme Eki içermektedir (115).

Ölçek 5 farklı alt boyutu değerlendirmek üzere hazırlanan 25 sorudan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar Duygusal Sorunlar (3,8,13,16,24), Davranış Sorunları (5,7,12,18,22), Akran Sorunları (6,11,14,19,23), Hiperaktivite (2,10,15,21,25) ve Prososyal Davranış'tan (1,4,9,17, 20) oluşmaktadır. Likert tipindeki 25 maddeli bu ölçek “Doğru Değil=0, Kısmen doğru=1, Kesinlikle Doğru=2” şeklinde skorlanmakta olup; “7, 11, 14, 21 ve 25” numaralı maddelerin tam tersi şekilde skorlanması gerekmektedir (Doğru Değil=2, Kısmen Doğru=1, Kesinlikle Doğru=0). Beş ölçeğin her birinin puanı, o ölçeği oluşturan beş maddenin puanlarının toplanmasıyla oluşturulur ve böylece 0 ile 10 arasında değişen bir ölçek puanı oluşturulur. **Toplam Güçlük Puanı** duygusal, davranış ve akran sorunları ile hiperaktivite alt ölçek puanları toplanarak elde edilmekte ve 0 ile 40 puan arasında değişmektedir. Prososyal Davranış alt ölçeği dışındaki tüm puanlamalarda olguların sorunlu davranışları arttıkça ölçek puanları da artış göstermektedir. Prososyal Davranış alt ölçeğinde ise olgunun güçlü yanları arttıkça puan artmaktadır. Prososyal davranışların yokluğu kavramsal olarak psikolojik zorlukların varlığından farklı olduğundan, prososyal davranış puanı toplam güçlük puanına ters yönde dahil edilmemektedir. **İçe Atım Puanı** duygusal sorunlar ve akran sorunları

puanlarının toplamından, **Dışa Yönelim Puanı** davranış sorunları ve hiperaktivite puanlarının toplamından oluşmaktadır. Her biri 0 ile 20 puan arasında değişmektedir. Genişletilmiş GGA ölçeğinde yer alan **Etkilenme Puanı** ise etkilenme ekinde yer alan, ilgili güçlüklerin olguda yarattığı sıkıntı düzeyi ile, sosyal alanlardaki (ev yaşamı, arkadaş ilişkileri, sınıf içi öğrenme, boş zaman etkinlikleri) etkilenme düzeylerinin (Kesinlikle Hayır=0, Biraz=0, Oldukça Fazla=1, Çok Fazla=2) puanlarının toplamıyla elde edilmekte olup ergen öz-bildirim formu ve ebeveyn formunda 0-10; öğretmen formunda 0-6 puan arasında değişmektedir (114–117).

Ölçeğin ergen ve ebeveyn formlarının Türkçe standardizasyonu Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (118).

Çalışmamızda GGA-Genişletilmiş Versiyonu’nun ebeveyn formu kullanılmıştır.

3.6.7 Sorun Davranış Kontrol Listesi (SDKL)

SDKL ilk olarak 1985 yılında, Aman ve arkadaşları tarafından, bakım merkezlerinde kalan 5 yaşından büyük ZY’li olgulardaki farmakolojik tedavilerin etkilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek 5 alt grupta değerlendirilen 58 maddeden oluşmaktadır. Bu alt gruplar **I.** İrritabilite, ajitasyon, ağlama (15 madde; 2,4,8,10,14,19,25, 29,34,36,41,47,50,52,57), **II.** Letarji, sosyal içe çekilme (16 madde, 3,5,12,16,20,23,26,30, 32,37,40,42,43,53,55,58), **III.** Stereotipik davranış (7 madde; 6,11,17,27,35,45,49), **IV.** Hiperaktivite, uyum sorunları (16 madde 1,7,13,15,18,21,24,28,31,38,39,44,48,51,54,56) ve **V.** Uygunsuz konuşma (4 madde 9,22,33,46) şeklindedir. Ebeveyn, öğretmen, terapist, bakıcı veya hastayla düzenli teması olan diğer yetişkinler tarafından doldurulabilen, kullanımı kolay bir ölçektir. Her maddenin 0’dan 3’e kadar (0-böyle bir sorun yok, 1-var ama rahatsız edici düzeyde değil, 2-rahatsız edici, 3-çok rahatsız edici) derecelendirildiği Likert tipi dört puanlık bu ölçekte, değerlendiricilerin hastaların son bir aydaki davranışlarını göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (119,120).

SDKL’nin Türkçe standardizasyonu 10-24 yaş aralığı için 2003’te Sucuoğlu tarafından(121), 14-43 aylık çocuklar için 2009’da Karabekiroğlu ve Aman tarafından(122) gerçekleştirilmiştir.

3.6.8 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)

Kısa Form Sağlık Anketi (SF-36), Ware ve Sherbourne tarafından SİYK’nin değerlendirilmesi için geliştirilen öz bildirime dayalı 36 maddelik bir ölçektir. YK’yi 2 ana ve toplam 8 alt başlıkta (**Fiziksel Komponent:** fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, bedensel ağrı,

genel sağlık/ **Zihinsel Komponent:** canlılık, sosyal işlevsellik, duygusal rol ve ruh sağlığı) değerlendirmektedir. Her bir alt ölçek kendi içinde değerlendirilmekte ve puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Daha yüksek puan daha iyi SİYK ile ilişkilendirilmektedir (123).

Türkçe standardizasyonu Koçyiğit ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (124).

3.6.9 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

SCL-90-R, çeşitli ruhsal sorunları ve psikopatoloji semptomlarını 9 temel semptom boyutunda değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. 9 alt ölçeği “somatizasyon, obsesif/kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm” oluşturmakta; ayrıca bu başlıklara dahil olmayan maddelerin oluşturduğu bir “Ek Ölçek” bulunmaktadır. Test özeti olarak da “Genel Semptom İndeksi” kullanılmaktadır. Likert tipinde (0-Hiç, 1-Çok az, 2-Orta derecede, 3-Oldukça fazla, 4-İleri derecede) yanıtlanan ölçek 90 maddeden oluşmaktadır. Ters puanlanan maddesi bulunmamakta ve her bir başlığın ölçek puanı da 0 ile 4 arasında değişmektedir (125).

Ölçeğin Türkçe standardizasyonu Dağ tarafından yapılmıştır (126).

3.7 Uygulama

EÜTF ÇERSH ABD, GGOP, 0-6 YP ve KLP polikliniklerinde, daha önce WÇZÖ-R veya AGTE psikometrik testleri kullanılarak ve DSM-5 kriterleri esas alınarak yapılan klinik değerlendirme doğrultusunda, ZY tanısı konularak izlenen, araştırmanın dahil olma ve dışlama ölçütlerini karşılayan 4-18 yaşları arasındaki 120 olgu ve ebeveynleri rutin poliklinik randevularına geldikleri sırada çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, velisi ve mümkünse kendisi (onam verebilecek bilişsel kapasiteye sahip olgular) tarafından Bilgilendirilmiş Olur Formu imzalanan tüm olguların ZY tanıları ve eşlik eden psikiyatrik tanıları ÇDŞG-ŞY-T ile Dr. Gamze YÜKSEL tarafından değerlendirildikten sonra Doç. Dr. Sezen KÖSE tarafından tekrar değerlendirilmiş ve doğrulanmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan SDVF, primer bakım verene yöneltilen sorulara alınan cevaplar ve resmi tıbbi kayıtları doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Aynı gün primer bakım verenden, olgu için ÇİYKÖ, GGA ve SDKL; kendisi için SF-36 ve SCL-90-R ölçeklerini doldurması istenmiştir. Okuma-yazması olmadığını belirten ancak çalışmaya katılmak isteyen gönüllülere tüm sorular araştırmacı tarafından okunarak ölçekler doldurulmuştur. Elde edilen veriler her bir olgu için Olgu Rapor Formu’na kaydedilmiştir.

3.8 Verilerin Analizi

Bu çalışmada verilen tanımlayıcı istatistikleri (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan, %25 ve %75 çeyreklikler) verilmiştir. Normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma sahip olan üç ve daha fazla bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Anova testi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan üç ve daha fazla bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Post Hoc Bonferroni analizleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenleri arasındaki ilişkinin test edilmesinde örneklem boyutu varsayımı (beklenen değer>5) karşılandığı durumlarda Pearson Ki-Kare testi, örneklem boyutu varsayımı karşılanmadığı durumlarda ise Fisher's Exact testi uygulanmıştır. Analizler IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılarak yapılmıştır. Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Bağımsız Örneklem T testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun sürekli değişkenlerin aralarındaki ilişkinin ölçülmesi için Pearson korelasyonundan, uygun olmadığı durumlarda ise Spearman korelasyonundan yararlanılmıştır.

3.9 Etik Kurul

Çalışmamız Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan 06.05.2021 tarih ve 21-5T/119 karar numarası ile alınan onay sonrasında başlatılmış olup, süreçte tarafımızca etik kurula yapılan bilgilendirme de 25.08.2022 tarih ve 22-8.1T/78 karar numarası ile onaylanmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmamıza 4-18 yaş arasında 63 hafif düzeyde ZY'li olgu (%52.5), 29 orta düzeyde ZY'li olgu (%24,2), 21 ağır düzeyde ZY'li olgu (%17,5) ve 7 çok ağır düzeyde ZY'li olgu (%5.8) olmak üzere toplam 120 ZY tanılı olgu alınmıştır.

Tablo 1'de olguların demografik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir. Tüm olguların demografik özellikleri şu şekildedir: %35'inin kız ve %65'inin erkek olduğu tespit edilmiştir. Olguların zeka testi çeşidi incelendiğinde %25'inin WISC-R ve %75'inin AGTE olduğu saptanmıştır. Olguların yaş ortalaması $9,52 \pm 3,79$, tanı yaşı ortalaması $3,81 \pm 2,32$, SIQ

ortalaması $56,23 \pm 10,79$, PIQ ortalaması $59,90 \pm 13,94$, TIQ ortalaması $55,33 \pm 9,93$ ve VKİ ortalaması $19,51 \pm 4,53$ olarak hesaplanmıştır. ZY düzeyi “Hafif” olan olguların demografik özellikleri şu şekildedir: %33,3’ünün kız ve %66,7’sinin erkek olduğu görülmüştür. Olguların zeka testi çeşidi incelendiğinde %44,4’ünün WISC-R ve %55,6’sının AGTE olduğu belirlenmiştir. Olguların yaş ortalaması $9,24 \pm 4,08$, tanı yaşı ortalaması $4,66 \pm 2,39$, SIQ ortalaması $57,14 \pm 10,55$, PIQ ortalaması $61,36 \pm 13,22$, TIQ ortalaması $56,46 \pm 9,28$ ve VKİ (Vücut Kitle İndeksi) ortalaması $18,86 \pm 4,05$ olarak hesaplanmıştır. ZY düzeyi “Orta” olan olguların demografik özellikleri şu şekildedir: %31’inin kız ve %69’unun erkek olduğu tespit edilmiştir. Olguların zeka testi çeşidi incelendiğinde %6,9’unun WISC-R ve %93,1’inin AGTE olduğu saptanmıştır. Olguların yaş ortalaması $9,28 \pm 3,61$, tanı yaşı ortalaması $2,88 \pm 1,75$, SIQ ortalaması $43,50 \pm 4,95$, PIQ ortalaması $39,50 \pm 4,95$, TIQ ortalaması $39,50 \pm 0,71$ ve VKİ ortalaması $20,37 \pm 4,31$ olarak hesaplanmıştır. ZY düzeyi “Ağır” olan olguların demografik özellikleri şu şekildedir: %52,4’ünün kız ve %47,6’sının erkek olduğu görülmüştür. Olguların zekâ testi çeşidi incelendiğinde tamamının AGTE olduğu belirlenmiştir. Olguların yaş ortalaması $9,93 \pm 3,29$, tanı yaşı ortalaması $2,86 \pm 1,83$ ve VKİ ortalaması $20,91 \pm 5,81$ olarak hesaplanmıştır. ZY düzeyi “Çok Ağır” olan olguların demografik özellikleri şu şekildedir: %14,3’ünün kız ve %85,7’sinin erkek olduğu tespit edilmiştir. Olguların zekâ testi çeşidi incelendiğinde tamamının AGTE olduğu saptanmıştır. Olguların yaş ortalaması $11,79 \pm 2,88$, tanı yaşı ortalaması $2,86 \pm 2,46$ ve VKİ ortalaması $17,57 \pm 4,46$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1. Olguların demografik ve zeka testi özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Cinsiyet, n(%)					
Kız	21(33,3)	9(31,0)	11(52,4)	1(14,3)	42(35,0)
Erkek	42(66,7)	20(69,0)	10(47,6)	6(85,7)	78(65,0)
Zeka testi çeşidi, n(%)					
WISC-R	28(44,4)	2(6,9)	0(0,0)	0(0,0)	30(25,0)
AGTE	35(55,6)	27(93,1)	21(100,0)	7(100,0)	90(75,0)
Yaş, yıl, ort±SS	9,24±4,08	9,28±3,61	9,93±3,29	11,79±2,88	9,52±3,79
Tanı yaşı, yıl,	4,66±2,39	2,88±1,75	2,86±1,83	2,86±2,46	3,81±2,32

ort±SS					
SIQ, ort±SS	57,14±10,55	43,50±4,95	-	-	56,23±10,79
PIQ, ort±SS	61,36±13,22	39,50±4,95	-	-	59,90±13,94
TIQ, ort±SS	56,46±9,28	39,50±0,71	-	-	55,33±9,93
VKİ, ort±SS	18,86±4,05	20,37±4,31	20,91±5,81	17,57±4,46	19,51±4,53

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 2’de anne ve babanın demografik özelliklerine göre dağılımları gösterilmiştir. Tüm olguların anne ve babalarının demografik özellikleri şu şekildedir: Annelerin yaş ortalamasının 38,74±5,92 yıl olduğu görülmüştür. Annelerin %3,3’ü okuryazar değilken %0,8’inin okuryazar, %55,8’inin ilköğretim, %28,3’ünün lise ve %11,7’sinin üniversite düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Annelerin %85’i çalışmıyorken %5’inin işçi, %5,8’inin kamu görevlisi, %2,5’inin serbest meslek erbabı ve %1,7’sinin emekli olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %18,5’inde ruhsal hastalık bulunurken %81,7’sinde bulunmadığı, %41,7’sinde bedensel hastalık bulunurken %58,3’ünde bulunmadığı saptanmıştır. Babaların yaş ortalamasının 43,12±6,66 olduğu görülmüştür. Babaların %0,8’inin okuryazar, %54,2’sinin ilköğretim, %30’unun lise ve %14,2’sinin üniversite düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Babaların %1,7’si çalışmıyorken %58,3’ünün işçi, %10,8’inin kamu görevlisi, %22,5’inin serbest meslek erbabı ve %5,8’inin emekli olduğu tespit edilmiştir. Babaların %8,3’ünde ruhsal hastalık bulunurken %90,8’inde bulunmadığı, %25,8’inde bedensel hastalık bulunurken %73,3’ünde bulunmadığı saptanmıştır. ZY düzeyi “Hafif” olan olguların anne ve babalarının demografik özellikleri şu şekildedir: Annelerin yaş ortalamasının 38,29±6,03 olduğu görülmüştür. Annelerin %1,6’sı okuryazar değilken %1,6’sının okuryazar, %57,1’inin ilköğretim, %27’sinin lise ve %12,7’sinin üniversite düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Annelerin %79,4’ü çalışmıyorken %6,3’ünün işçi, %7,9’unun kamu görevlisi, %4,8’inin serbest meslek erbabı ve %1,6’sının emekli olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %22,2’sinde ruhsal hastalık bulunurken %77,8’inde bulunmadığı, %42,9’unda bedensel hastalık bulunurken %57,1’inde bulunmadığı saptanmıştır. Babaların yaş ortalamasının 42,50±3,37 yıl olduğu görülmüştür. Babaların %1,6’sının okuryazar, %55,6’sının ilköğretim, %27’sinin lise ve %14,3’ünün üniversite düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Babaların %68,3’ünün işçi, %9,5’inin kamu görevlisi, %17,5’inin serbest meslek erbabı ve %3,2’sinin emekli olduğu tespit edilmiştir. Babaların %9,5’inde ruhsal hastalık bulunurken %88,9’unda bulunmadığı, %25,4’ünde bedensel hastalık bulunurken %73’ünde bulunmadığı saptanmıştır. ZY düzeyi “Orta” olan olguların anne ve babalarının demografik özellikleri şu

şekildedir: Annelerin yaş ortalamasının $38,79 \pm 6,10$ yıl olduğu görülmüştür. Annelerin %3,4'ü okuryazar değilken %58,6'sının ilköğretim, %27,6'sının lise ve %10,3'ünün üniversite düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Annelerin %93,1'i çalışmıyorken %3,4'ünün kamu görevlisi ve %3,4'ünün emekli olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %13,8'inde ruhsal hastalık bulunurken %86,2'sinde bulunmadığı, %34,5'inde bedensel hastalık bulunurken %65,5'inde bulunmadığı saptanmıştır. Babaların yaş ortalamasının $43,83 \pm 7,32$ yıl olduğu görülmüştür. Babaların %51,7'sinin ilköğretim, %27,6'sının lise ve %20,7'sinin üniversite düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Babaların %3,4'ü çalışmıyorken %48,3'ünün işçi, %17,2'sinin kamu görevlisi, %20,7'sinin serbest meslek erbabı ve %10,3'ünün emekli olduğu tespit edilmiştir. Babaların %6,9'unda ruhsal hastalık bulunurken %93,1'inde bulunmadığı, %24,1'inde bedensel hastalık bulunurken %75,9'unda bulunmadığı saptanmıştır. ZY düzeyi “Ağır” olan olguların anne ve babalarının demografik özellikleri şu şekildedir: Annelerin yaş ortalamasının $40,29 \pm 6,01$ yıl olduğu görülmüştür. Annelerin %9,5'i okuryazar değilken %47,6'sının ilköğretim, %28,6'sının lise ve %14,3'ünün üniversite düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Annelerin %90,5'i çalışmıyorken %4,8'inin işçi ve %4,8'inin kamu görevlisi olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %9,5'inde ruhsal hastalık bulunurken %90,5'inde bulunmadığı, %52,4'ünde bedensel hastalık bulunurken %47,6'sında bulunmadığı saptanmıştır. Babaların yaş ortalamasının $44,38 \pm 7,28$ yıl olduğu görülmüştür. Babaların %52,4'ünün ilköğretim, %38,1'inin lise ve %9,5'inin üniversite düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Babaların %4,8'i çalışmıyorken %47,6'sının işçi, %9,5'inin kamu görevlisi, %28,6'sının serbest meslek erbabı ve %9,5'inin emekli olduğu tespit edilmiştir. Babaların %4,8'inde ruhsal hastalık bulunurken %95,2'sinde bulunmadığı, %23,8'inde bedensel hastalık bulunurken %76,2'sinde bulunmadığı saptanmıştır. ZY düzeyi “Çok Ağır” olan olguların anne ve babalarının demografik özellikleri şu şekildedir: Annelerin yaş ortalamasının $38,00 \pm 3,87$ yıl olduğu görülmüştür. Annelerin %57,1'inin ilköğretim ve %42,9'unun lise düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Annelerin %85,7'si çalışmıyorken %14,3'ünün işçi olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %28,6'sında ruhsal hastalık bulunurken %71,4'ünde bulunmadığı, %28,6'sında bedensel hastalık bulunurken %71,4'ünde bulunmadığı saptanmıştır. Babaların yaş ortalamasının $41,86 \pm 4,41$ yıl olduğu görülmüştür. Babaların %57,1'inin ilköğretim ve %42,9'unun lise düzeyinde eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Babaların %42,9'unun işçi ve %57,1'inin serbest meslek erbabı olduğu tespit edilmiştir. Babaların %14,3'ünde ruhsal hastalık bulunurken %85,7'sinde bulunmadığı, %42,9'unda bedensel hastalık bulunurken %57,1'inde bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 2. Anne ve babanın demografik özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Annenin yaşı, yıl, ort±SS	38,29±6,03	38,79±6,10	40,29±6,01	38,00±3,87	38,74±5,92
Annenin eğitim durumu, n(%)					
Okuryazar değil	1(1,6)	1(3,4)	2(9,5)	0(0,0)	4(3,3)
Okuryazar	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,8)
İlköğretim	36(57,1)	17(58,6)	10(47,6)	4(57,1)	67(55,8)
Lise	17(27)	8(27,6)	6(28,6)	3(42,9)	34(28,3)
Üniversite	8(12,7)	3(10,3)	3(14,3)	0(0,0)	14(11,7)
Annenin mesleği, n(%)					
Çalışmıyor	50(79,4)	27(93,1)	19(90,5)	6(85,7)	102(85,0)
İşçi	4(6,3)	0(0,0)	1(4,8)	1(14,3)	6(5,0)
Kamu görevlisi	5(7,9)	1(3,4)	1(4,8)	0(0,0)	7(5,8)
Serbest meslek	3(4,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(2,5)
Emekli	1(1,6)	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	2(1,7)
Annede ruhsal hastalık, n(%)					
Var	14(22,2)	4(13,8)	2(9,5)	2(28,6)	22(18,3)
Yok	49(77,8)	25(86,2)	19(90,5)	5(71,4)	98(81,7)
Annede bedensel hastalık, n(%)					
Var	27(42,9)	10(34,5)	11(52,4)	2(28,6)	50(41,7)
Yok	36(57,1)	19(65,5)	10(47,6)	5(71,4)	70(58,3)
Babanın yaşı, yıl, ort±SS	42,50±3,37	43,83±7,32	44,38±7,28	41,86±4,41	43,12±6,66
Babanın eğitim durumu, n(%)					
Okuryazar	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,8)
İlköğretim	35(55,6)	15(51,7)	11(52,4)	4(57,1)	65(54,2)
Lise	17(27,0)	8(27,6)	8(38,1)	3(42,9)	36(30,0)
Üniversite	9(14,3)	6(20,7)	2(9,5)	0(0,0)	17(14,2)
Babanın mesleği, n(%)					
Çalışmıyor	0(0,0)	1(3,4)	1(4,8)	0(0,0)	2(1,7)

İşçi	43(68,3)	14(48,3)	10(47,6)	3(42,9)	70(58,3)
Kamu görevlisi	6(9,5)	5(17,2)	2(9,5)	0(0,0)	13(10,8)
Serbest meslek	11(17,5)	6(20,7)	6(28,6)	4(57,1)	27(22,5)
Emekli	2(3,2)	3(10,3)	2(9,5)	0(0,0)	7(5,8)
Babada ruhsal hastalık, n(%)					
Var	6(9,5)	2(6,9)	1(4,8)	1(14,3)	10(8,3)
Yok	56(88,9)	27(93,1)	20(95,2)	6(85,7)	109(90,8)
Babada bedensel hastalık, n(%)					
Var	16(25,4)	7(24,1)	5(23,8)	3(42,9)	31(25,8)
Yok	46(73,0)	22(75,9)	16(76,2)	4(57,1)	88(73,3)

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 3'te ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Tüm olguların ailelerinin özellikleri şu şekildedir: Ailelerin %23,5'inde akrabalık bağı bulunurken %75,8'inde bulunmadığı görülmüştür. Ailelerin %82,5'inin çekirdek, %6,7'sinin geniş ve %10,8'inin parçalanmış aile tipinde oldukları belirlenmiştir. Evde yaşayan kişi sayının %25,8'inde iki-üç kişi, %68,3'ünde dört-beş kişi ve %5,8'inde altı ve daha fazla kişi olduğu tespit edilmiştir. Olguların %25,8'i tek çocukken %65,8'inin bir-iki kardeş ve %7,5'inin üç ve üzeri sayıda kardeş sahibi olduğu saptanmıştır. Olguların %42,5'inin birinci, %40'ının ikinci ve %17,5'inin üçüncü ve üzeri çocuk olduğu görülmüştür. Ailelerin %72,5'inin il, %26,7'sinin ilçe ve %0,8'inin köyde yaşadıkları belirlenmiştir. Ailelerin %55,8'inin 0-6000 TL arasında, %30'unun 6001-10000 TL arasında ve %14,2'sinin 10001 TL ve üzerinde gelire sahip olduklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Ailelerin evlerinin %54,2'sinin kendisine ait ve %45,8'inin kira olduğu saptanmıştır. Olguların %40,8'inde akrabalarında zihinsel yetersizliğe sahip birey (%55,1'inde bir kişi, %42,9'unda iki-dört kişi ve %2'sinde elli kişi) bulunurken %59,2'sinde bulunmadığı belirlenmiştir. ZY düzeyi "Hafif" olguların ailelerinin özellikleri şu şekildedir: Ailelerin %19'unda akrabalık bağı bulunurken %79,4'ünde bulunmadığı görülmüştür. Ailelerin %82,5'inin çekirdek, %7,9'unun geniş ve %9,5'inin parçalanmış aile tipinde oldukları belirlenmiştir. Evde yaşayan kişi sayının %28,6'sında iki-üç kişi, %66,7'sinde dört-beş kişi ve %4,8'inde altı ve daha fazla kişi olduğu tespit edilmiştir. Olguların %31,7'si tek çocukken %61,9'unun bir-iki kardeş ve %6,3'ünün üç ve üzeri sayıda kardeş sahibi olduğu saptanmıştır. Olguların %52,4'ünün birinci, %33,3'ünün ikinci ve %14,3'ünün üçüncü ve üzeri çocuk olduğu görülmüştür. Ailelerin %82,5'inin il, %15,9'unun ilçe ve %1,6'sının köyde yaşadıkları belirlenmiştir. Ailelerin

%50,8'inin 0-6000 TL arasında, %38,1'inin 6001-10000 TL arasında ve %11,1'inin 10001 TL ve üzerinde gelire sahip olduklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Ailelerin evlerinin %50,8'inin kendisine ait ve %49,2'sinin kira olduğu saptanmıştır. Olguların %34,9'unda akrabalarında zihinsel yetersizliğe sahip birey (%45,5'inde bir kişi ve %54,5'inde iki-dört kişi) bulunurken %65,1'inde bulunmadığı belirlenmiştir. ZY düzeyi "Orta" olguların ailelerinin özellikleri şu şekildedir: Ailelerin %34,5'inde akrabalık bağı bulunurken %65,5'inde bulunmadığı görülmüştür. Ailelerin %79,3'ünün çekirdek, %6,9'unun geniş ve %13,8'inin parçalanmış aile tipinde oldukları belirlenmiştir. Evde yaşayan kişi sayının %24,1'inde iki-üç kişi, %69'unda dört-beş kişi ve %6,9'unda altı ve daha fazla kişi olduğu tespit edilmiştir. Olguların %20,7'si tek çocukken %69'unun bir-iki kardeş ve %6,9'unun üç ve üzeri sayıda kardeş sahibi olduğu saptanmıştır. Olguların %34,5'inin birinci, %48,3'ünün ikinci ve %17,2'sinin üçüncü ve üzeri çocuk olduğu görülmüştür. Ailelerin %65,5'inin il ve %34,5'inin ilçede yaşadıkları belirlenmiştir. Ailelerin %55,2'sinin 0-6000 TL arasında, %27,6'sının 6001-10000 TL arasında ve %17,2'sinin 10001 TL ve üzerinde gelire sahip olduklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Ailelerin evlerinin %62,1'inin kendisine ait ve %37,9'unun kira olduğu saptanmıştır. Olguların %37,9'unda akrabalarında zihinsel yetersizliğe sahip birey (%63,6'sında bir kişi ve %36,4'ünde iki-dört kişi) bulunurken %62,1'inde bulunmadığı belirlenmiştir. ZY düzeyi "Ağır" olguların ailelerinin özellikleri şu şekildedir: Ailelerin %19'unda akrabalık bağı bulunurken %81'inde bulunmadığı görülmüştür. Ailelerin %85,7'sinin çekirdek, %4,8'inin geniş ve %9,5'inin parçalanmış aile tipinde oldukları belirlenmiştir. Evde yaşayan kişi sayının %23,8'inde iki-üç kişi, %66,7'sinde dört-beş kişi ve %9,5'inde altı ve daha fazla kişi olduğu tespit edilmiştir. Olguların %14,3'ü tek çocukken %71,4'ünün bir-iki kardeş ve %14,3'ünün üç ve üzeri sayıda kardeş sahibi olduğu saptanmıştır. Olguların %28,6'sının birinci, %38,1'inin ikinci ve %33,3'ünün üçüncü ve üzeri çocuk olduğu görülmüştür. Ailelerin %57,1'inin il ve %42,9'unun ilçede yaşadıkları belirlenmiştir. Ailelerin %71,4'ünün 0-6000 TL arasında, %4,8'inin 6001-10000 TL arasında ve %23,8'inin 10001 TL ve üzerinde gelire sahip olduklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Ailelerin evlerinin %52,4'ünün kendisine ait ve %47,6'sının kira olduğu saptanmıştır. Olguların %57,1'inde akrabalarında zihinsel yetersizliğe sahip birey (%50'sinde bir kişi, %41,7'sinde iki-dört kişi ve %4,8'inde elli kişi) bulunurken %42,9'unda bulunmadığı belirlenmiştir. ZY düzeyi "Çok Ağır" olguların ailelerinin özellikleri şu şekildedir: Ailelerin %28,6'sında akrabalık bağı bulunurken %71,4'ünde bulunmadığı görülmüştür. Ailelerin %85,7'sinin çekirdek ve %14,3'ünün parçalanmış aile tipinde oldukları belirlenmiştir. Evde yaşayan kişi sayının %14,3'ünde iki-üç kişi ve %85,7'sinde dört-beş kişi olduğu tespit edilmiştir. Olguların %28,6'sı tek çocukken

%71,4'ünün bir-iki kardeş sahibi olduğu saptanmıştır. Olguların %28,6'sının birinci ve %71,4'ünün ikinci çocuk olduğu görülmüştür. Ailelerin %57,1'inin il ve %42,9'unun ilçede yaşadıkları belirlenmiştir. Ailelerin %57,1'inin 0-6000 TL ve %42,9'unun 6001-10000 TL arasında gelire sahip olduklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Ailelerin evlerinin %57,1'inin kendisine ait ve %42,9'unun kira olduğu saptanmıştır. Olguların %57,1'inde akrabalarında zihinsel yetersizliğe sahip birey (%100'ünde bir kişi) bulunurken %42,9'unda bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120) n(%)
	Hafif (n=63) n(%)	Orta (n=29) n(%)	Ağır (n=21) n(%)	Çok Ağır (n=7) n(%)	
Akrabalık					
Var	12(19,0)	10(34,5)	4(19,0)	2(28,6)	28(23,5)
Yok	50(79,4)	19(65,5)	17(81,0)	5(71,4)	91(75,8)
Aile tipi					
Çekirdek aile	52(82,5)	23(79,3)	18(85,7)	6(85,7)	99(82,5)
Geniş aile	5(7,9)	2(6,9)	1(4,8)	0(0,0)	8(6,7)
Parçalanmış aile	6(9,5)	4(13,8)	2(9,5)	1(14,3)	13(10,8)
Evde yaşayan kişi sayısı					
2-3 kişi	18(28,6)	7(24,1)	5(23,8)	1(14,3)	31(25,8)
4-5 kişi	42(66,7)	20(69,0)	14(66,7)	6(85,7)	82(68,3)
6 kişi ve üzeri	3(4,8)	2(6,9)	2(9,5)	0(0,0)	7(5,8)
Kardeş sayısı					
Tek çocuk	20(31,7)	6(20,7)	3(14,3)	2(28,6)	31(25,8)
1-2 kardeş	39(61,9)	20(69,0)	15(71,4)	5(71,4)	79(65,8)
3 kardeş ve üzeri	4(6,3)	2(6,9)	3(14,3)	0(0,0)	9(7,5)
Kaçıncı çocuk					
1.çocuk	33(52,4)	10(34,5)	6(28,6)	2(28,6)	51(42,5)
2.çocuk	21(33,3)	14(48,3)	8(38,1)	5(71,4)	48(40,0)
3.çocuk ve üstü	9(14,3)	5(17,2)	7(33,3)	0(0,0)	21(17,5)
Yaşanılan yer					

İl	52(82,5)	19(65,5)	12(57,1)	4(57,1)	87(72,5)
İlçe	10(15,9)	10(34,5)	9(42,9)	3(42,9)	32(26,7)
Köy	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,8)
Gelir durumu					
0-6000TL	32(50,8)	16(55,2)	15(71,4)	4(57,1)	67(55,8)
6001-10000TL	24(38,1)	8(27,6)	1(4,8)	3(42,9)	36(30,0)
10001 TL ve üstü	7(11,1)	5(17,2)	5(23,8)	0(0,0)	17(14,2)
Ev durumu					
Kendilerine ait	32(50,8)	18(62,1)	11(52,4)	4(57,1)	65(54,2)
Kira	31(49,2)	11(37,9)	10(47,6)	3(42,9)	55(45,8)
Akrabalarda zihinsel yetersizliğe sahip birey durumu					
Var	22(34,9)	11(37,9)	12(57,1)	4(57,1)	49(40,8)
Yok	41(65,1)	18(62,1)	9(42,9)	3(42,9)	71(59,2)
Akrabalarda zihinsel yetersizliğe sahip birey sayısı					
1 kişi	10(45,5)	7(63,6)	6(50,0)	4(100,0)	27(55,1)
2-4 kişi	12(54,5)	4(36,4)	5(41,7)	0(0,0)	21(42,9)
50 kişi	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	0(0,0)	1(2,0)

Tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak verilmiştir.

Tablo 4’te prenatal özelliklere göre dağılımlar yer almaktadır. Tüm olguların prenatal özellikleri şu şekildedir: Gebelik yaşı ortalamasının $29,27 \pm 5,45$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Annelerin gebelik yöntemi incelendiğinde %96,7’sinin doğal ve %3,3’ünün IVF olduğu, %98,3’ünde gebelik izlemi bulunurken %1,7’sinde bulunmadığı, %4,2’sinde çoğul gebelik bulunurken %95,8’inde bulunmadığı saptanmıştır. Annelerin %37,5’i çevresel maruziyet yaşamazken %62,5’inin yaşadığı; bu maruziyetin çoğunlukla %82,7’sinin stres ve %30,7’sinin ilaç olduğu görülmüştür. Annelerin %64,2’sinde maternal patoloji bulunmazken %35,8’inde bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %37,2’sinin enfeksiyon ve %25,6’sının gestasyonel diyabet olduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi “Hafif” olguların prenatal özellikleri şu şekildedir: Gebelik yaşı ortalamasının $29,17 \pm 5,41$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Annelerin gebelik yöntemi incelendiğinde %93,7’sinin doğal ve %6,3’ünün IVF olduğu, %98,4’ünde gebelik izlemi bulunurken %1,6’sında bulunmadığı, %6,3’ünde çoğul gebelik bulunurken %93,7’sinde bulunmadığı saptanmıştır. Annelerin %36,5’i çevresel maruziyet yaşamazken %63,5’inin yaşadığı; bu maruziyetin çoğunlukla %80’inin stres ve %35’inin ilaç olduğu

görülmüştür. Annelerin %55,6'sında maternal patoloji bulunmazken %44,4'ünde bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %35,7'sinin enfeksiyon, %21,4'ünün gestasyonel diyabet ve %21,4'ünün pre-eklampsisi olduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi “Orta” olguların prenatal özellikleri şu şekildedir: Gebelik yaşı ortalamasının 29,52±5,75 yıl olduğu tespit edilmiştir. Annelerin gebelik yöntemi incelendiğinde tamamının doğal yöntem olduğu, tamamında gebelik izlemi bulunduğu, %3,4'ünde çoğul gebelik bulunurken %96,6'sında bulunmadığı saptanmıştır. Annelerin %37,9'u çevresel maruziyet yaşamazken %62,1'inin yaşadığı; bu maruziyetin çoğunlukla %88,9'unun stres ve %33,3'ünün ilaç olduğu görülmüştür. Annelerin %75,9'unda maternal patoloji bulunmazken %24,1'inde bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %57,1'inin enfeksiyon ve %28,6'sının anemi olduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi “Ağır” olguların prenatal özellikleri şu şekildedir: Gebelik yaşı ortalamasının 30,14±5,85 yıl olduğu tespit edilmiştir. Annelerin gebelik yöntemi incelendiğinde tamamının doğal yöntem olduğu, %95,2'sinde gebelik izlemi bulunurken %4,8'inde bulunmadığı, tamamında çoğul gebelik bulunmadığı saptanmıştır. Annelerin %38,1'i çevresel maruziyet yaşamazken %61,9'unun yaşadığı; bu maruziyetin çoğunlukla %84,6'sının stres ve %30,8'inin sigara olduğu görülmüştür. Annelerin %76,2'sinde maternal patoloji bulunmazken %23,8'inde bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %40'ının enfeksiyon ve %40'ının gestasyonel diyabet olduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi “Çok Ağır” olguların prenatal özellikleri şu şekildedir: Gebelik yaşı ortalamasının 26,43±2,63 yıl olduğu tespit edilmiştir. Annelerin gebelik yöntemi incelendiğinde tamamının doğal yöntem olduğu, tamamında gebelik izlemi bulunduğu, tamamında çoğul gebelik bulunmadığı saptanmıştır. Annelerin %42,9'u çevresel maruziyet yaşamazken %57,1'inin yaşadığı; bu maruziyetin çoğunlukla %75'inin stres ve %50'sinin sigara olduğu görülmüştür. Annelerin %57,1'inde maternal patoloji bulunmazken %42,9'unda bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %66,7'sinin gestasyonel diyabet ve %33,3'ünün düşük tehdidi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Prenatal özelliklere göre dağılımlar

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Gebelik yaşı, yıl, ort±SS	29,17±5,41	29,52±5,75	30,14±5,85	26,43±2,63	29,27±5,45
Gebelik yöntemi, n(%)					

Doğal	59(93,7)	29(100,0)	21(100,0)	7(100,0)	116(96,7)
IVF	4(6,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(3,3)
Gebelik izlemi, n(%)					
Var	62(98,4)	29(100,0)	20(95,2)	7(100,0)	118(98,3)
Yok	1(1,6)	0(0,0)	1(4,8)	0(0,0)	2(1,7)
Çoğul gebelik, n(%)					
Var	4(6,3)	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	5(4,2)
Yok	59(93,7)	28(96,6)	21(100,0)	7(100,0)	115(95,8)
Çevresel maruziyet, n(%)					
Var	40(63,5)	18(62,1)	13(61,9)	4(57,1)	75(62,5)
Yok	23(36,5)	11(37,9)	8(38,1)	3(42,9)	45(37,5)
Çevresel maruziyet tipi, n(%)					
Sigara	8(20,0)	5(27,8)	4(30,8)	2(50,0)	19(25,3)
Alkol	1(2,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,3)
Radyasyon	0(0,0)	0(0,0)	1(7,7)	0(0,0)	1(1,3)
İlaç	14(35,0)	6(33,3)	3(23,1)	0(0,0)	23(30,7)
Stres	32(80,0)	16(88,9)	11(84,6)	3(75,0)	62(82,7)
Maternal patoloji, n(%)					
Var	28(44,4)	7(24,1)	5(23,8)	3(42,9)	43(35,8)
Yok	35(55,6)	22(75,9)	16(76,2)	4(57,1)	77(64,2)
Maternal patoloji tipi, n(%)					
Pre-eklampsi	6(21,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(14,0)
Eklampsi	1(3,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)
Gestasyonel diyabet	6(21,4)	1(14,3)	2(40,0)	2(66,7)	11(25,6)
Enfeksiyon	10(35,7)	4(57,1)	2(40,0)	0(0,0)	16(37,2)
Düşük tehdidi	2(7,1)	1(14,3)	0(0,0)	1(33,3)	4(9,3)
Anemi	0(0,0)	2(28,6)	1(20,0)	0(0,0)	3(7,0)
Ailevi akdeniz ateşi	1(3,6)	0(0,0)	1(20,0)	0(0,0)	2(4,7)
Uterusta yapısal anomali	1(3,6)	0(0,0)	1(20,0)	0(0,0)	2(4,7)
Gebelik depresyonu	1(3,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)
Hipotiroidi	2(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,7)
Oligohidramniyoz	1(3,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 5'te perinatal özelliklere göre dağılımlar incelenmiştir. Tüm olguların perinatal özellikleri şu şekildedir: Olguların doğum ağırlığı ortalaması $3049,41 \pm 755,89$ g ve doğum boyu ortalaması $48,89 \pm 4,38$ cm olarak hesaplanmıştır. Olguların doğum tipinin %40,8'inin normal, %59,2'sinin sezaryen olduğu ve doğum zamanının %75'inin miad, %20'sinin prematür ve %5'inin postmatür olduğu görülmüştür. Olguların %67,5'inde doğum komplikasyonu bulunmazken %32,5'inde bulunduğu; bu komplikasyonun çoğunlukla %50'sinde zor doğum ve %35'inde uzamış travay olduğu belirlenmiştir. Olguların doğum sonrası ilk durumunun %88,3'ünün normal, %5,8'inin mor ve ağlıyor, %5,8'inin mor ve ağlamıyor olduğu ayrıca %35'i kuvöze alınırken %65'inin alınmadığı tespit edilmiştir. Olguların %44,2'sinde doğum sonrası patoloji bulunmazken %55,8'inde bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %73,1'inin sarılık, %13,4'ünün kardiyak patoloji ve %13,4'ünün solunum sıkıntısı olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi "Hafif" olguların perinatal özellikleri şu şekildedir: Olguların doğum ağırlığı ortalaması $2990,53 \pm 794,97$ g ve doğum boyu ortalaması $49,53 \pm 4,39$ cm olarak hesaplanmıştır. Olguların doğum tipinin %41,3'ünün normal, %58,7'sinin sezaryen olduğu ve doğum zamanının %71,4'ünün miad, %23,8'inin prematür ve %4,8'inin postmatür olduğu görülmüştür. Olguların %63,5'inde doğum komplikasyonu bulunmazken %36,5'inde bulunduğu; bu komplikasyonun çoğunlukla %17,5'inde zor doğum ve %12,7'sinde uzamış travay olduğu belirlenmiştir. Olguların doğum sonrası ilk durumunun %90,5'inin normal, %4,8'inin mor ve ağlıyor, %4,8'inin mor ve ağlamıyor olduğu ayrıca %38,1'i kuvöze alınırken %61,9'unun alınmadığı tespit edilmiştir. Olguların %44,4'ünde doğum sonrası patoloji bulunmazken %55,6'sında bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %74,3'ünün sarılık ve %17,1'inin solunum sıkıntısı olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi "Orta" olguların perinatal özellikleri şu şekildedir: Olguların doğum ağırlığı ortalaması $3044,63 \pm 664,95$ g ve doğum boyu ortalaması $47,85 \pm 5,19$ cm olarak hesaplanmıştır. Olguların doğum tipinin %51,7'sinin normal, %48,3'ünün sezaryen olduğu ve doğum zamanının %79,3'ünün miad, %13,8'inin prematür ve %6,9'unun postmatür olduğu görülmüştür. Olguların %62,1'inde doğum komplikasyonu bulunmazken %37,9'unda bulunduğu; bu komplikasyonun çoğunlukla %24,1'inde zor doğum ve %17,2'sinde uzamış travay olduğu belirlenmiştir. Olguların doğum sonrası ilk durumunun %86,2'sinin normal, %6,9'unun mor ve ağlıyor, %6,9'unun mor ve ağlamıyor olduğu ayrıca %34,5'i kuvöze alınırken %65,5'inin alınmadığı tespit edilmiştir. Olguların %48,3'ünde doğum sonrası patoloji bulunmazken %51,7'sinde bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %73,3'ünün sarılık, %13,3'ünün hipotiriodi ve %13,3'ünün epilepsi olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi "Ağır" olguların perinatal özellikleri şu şekildedir: Olguların doğum ağırlığı ortalaması $3065,24 \pm 731,49$ g ve doğum

boyu ortalaması $48,33 \pm 3,57$ cm olarak hesaplanmıştır. Olguların doğum tipinin %33,3'ünün normal, %66,7'sinin sezaryen olduğu ve doğum zamanının %71,4'ünün miad, %23,8'inin prematür ve %4,8'inin postmatür olduğu görülmüştür. Olguların %81'inde doğum komplikasyonu bulunmazken %19'unda bulunduğu; bu komplikasyonun çoğunlukla %14,3'ünde kordon dolanması ve %9,5'inde mekonyum aspirasyonu olduğu belirlenmiştir. Olguların doğum sonrası ilk durumunun %85,7'sinin normal, %9,5'inin mor ve ağlıyor, %4,8'inin mor ve ağlamıyor olduğu ayrıca %28,6'sı kuvöze alınırken %71,4'ünün alınmadığı tespit edilmiştir. Olguların %33,3'ünde doğum sonrası patoloji bulunmazken %66,7'sinde bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %71,4'ünün sarılık ve %21,4'ünün kardiyak patoloji olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi “Çok Ağır” olguların perinatal özellikleri şu şekildedir: Olguların doğum ağırlığı ortalaması $3525,00 \pm 795,95$ g ve doğum boyu ortalaması $50,00 \pm 0,00$ cm olarak hesaplanmıştır. Olguların doğum tipinin %14,3'ünün normal, %85,7'sinin sezaryen olduğu ve doğum zamanının tamamının miad olduğu görülmüştür. Olguların %85,7'sinde doğum komplikasyonu bulunmazken %14,3'ünde bulunduğu; bu komplikasyonun çoğunlukla %14,3'ünde zor doğum, %14,3'ünde uzamış travay, %14,3'ünde mekonyum aspirasyonu ve %14,3'ünde asfiksi olduğu belirlenmiştir. Olguların doğum sonrası ilk durumunun %85,7'sinin normal, %14,3'ünün mor ve ağlamıyor olduğu ayrıca %28,6'sı kuvöze alınırken %71,4'ünün alınmadığı tespit edilmiştir. Olguların %57,1'inde doğum sonrası patoloji bulunmazken %42,9'unda bulunduğu; bu patolojinin çoğunlukla %66,7'sinin sarılık, %33,3'ünün enfeksiyon ve %33,3'ünün kardiyak patoloji olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Perinatal özelliklere göre dağılımlar

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Doğum kilosu, gr,	2990,53	3044,63	3065,24	3525,00	3049,41
ort$\pm$SS	$\pm 794,97$	$\pm 664,95$	$\pm 731,49$	$\pm 795,95$	$\pm 755,89$
Doğum boyu, cm,	$49,53 \pm 4,39$	$47,85 \pm 5,19$	$48,33 \pm 3,57$	$50,00 \pm 0,00$	$48,89 \pm 4,38$
ort$\pm$SS					
Doğum tipi, n(%)					
Normal	26(41,3)	15(51,7)	7(33,3)	1(14,3)	49(40,8)
Sezaryen	37(58,7)	14(48,3)	14(66,7)	6(85,7)	71(59,2)
Doğum zamanı, n(%)					

Miad	45(71,4)	23(79,3)	15(71,4)	7(100)	90(75,0)
Prematür	15(23,8)	4(13,8)	5(23,8)	0(0,0)	24(20,0)
Postmatür	3(4,8)	2(6,9)	1(4,8)	0(0,0)	6(5,0)
Doğum komplikasyonu, n(%)					
Var	23(36,5)	11(37,9)	4(19,0)	1(14,3)	39(32,5)
Yok	40(63,5)	18(62,1)	17(81,0)	6(85,7)	81(67,5)
Doğum komplikasyonu tipi, n(%)					
Uzamış travay	8(12,7)	5(17,2)	0(0,0)	1(14,3)	14(35,0)
Mekonyum aspirasyonu	5(7,9)	1(3,4)	2(9,5)	1(14,3)	9(22,5)
Kordon dolanması	0(0,0)	1(3,4)	3(14,3)	0(0,0)	4(10,0)
Asfiksi	3(4,8)	2(6,9)	1(4,8)	1(14,3)	7(17,5)
Ters geliş	2(3,2)	1(3,4)	1(4,8)	0(0,0)	4(10,0)
Zor doğum	11(17,5)	7(24,1)	1(4,8)	1(14,3)	20(50,0)
Doğum sonrası ilk durum, n(%)					
Normal	57(90,5)	25(86,2)	18(85,7)	6(85,7)	106(88,3)
Mor, ağlıyor	3(4,8)	2(6,9)	2(9,5)	0(0,0)	7(5,8)
Mor, ağlamıyor	3(4,8)	2(6,9)	1(4,8)	1(14,3)	7(5,8)
Kuvöze alınma, n(%)					
Var	24(38,1)	10(34,5)	6(28,6)	2(28,6)	42(35,0)
Yok	39(61,9)	19(65,5)	15(71,4)	5(71,4)	78(65,0)
Doğum sonrası patoloji, n(%)					
Var	35(55,6)	15(51,7)	14(66,7)	3(42,9)	67(55,8)
Yok	28(44,4)	14(48,3)	7(33,3)	4(57,1)	53(44,2)
Doğum sonrası patoloji tipi, n(%)					
Sarılık	26(74,3)	11(73,3)	10(71,4)	2(66,7)	49(73,1)
Enfeksiyon	3(8,6)	0(0,0)	0(0,0)	1(33,3)	4(6,0)
İntrakraniyal hemoraji	1(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,5)
Hipoglisemi	0(0,0)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	1(1,5)
Hipotiriodi	1(2,9)	2(13,3)	0(0,0)	0(0,0)	3(4,5)
Hiponatremi	0(0,0)	1(6,7)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,5)
Hipotermi	0(0,0)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	1(1,5)
Dehidratasyon	1(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,5)
Kardiyak patoloji	2(5,7)	3(20,0)	3(21,4)	1(33,3)	9(13,4)

Solunum sıkıntısı	6(17,1)	3(20,0)	0(0,0)	0(0,0)	9(13,4)
Yapısal anomali	3(8,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(4,5)
Hidrosefali	1(2,9)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	2(3,0)
Epilepsi	0(0,0)	2(13,3)	0(0,0)	0(0,0)	2(3,0)
Brakial plexus zedelenmesi	1(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,5)

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 6’da postnatal özelliklere göre dağılımlar gösterilmiştir. Tüm olguların %93,3’ü anne sütü alırken %6,7’sinin almadığı, anne sütü alanların aldığı ay ortalamasının $15,60 \pm 11,30$ ay olduğu ve %97,5’inin aşıları tam iken %2,5’inin eksik olduğu görülmüştür. ZY düzeyi “Hafif” olguların %92,1’i anne sütü alırken %7,9’unun almadığı, anne sütü alanların aldığı ay ortalamasının $15,76 \pm 11,60$ ay olduğu ve tamamının aşılarının tam olduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi “Orta” olguların %93,1’i anne sütü alırken %6,9’unun almadığı, anne sütü alanların aldığı ay ortalamasının $15,52 \pm 12,57$ ay olduğu ve %96,6’sının aşıları tam iken %3,4’ünün eksik olduğu tespit edilmiştir. ZY düzeyi “Ağır” olguların %95,2’si anne sütü alırken %4,8’inin almadığı, anne sütü alanların aldığı ay ortalamasının $17,00 \pm 9,07$ ay olduğu ve %90,5’inin aşıları tam iken %9,5’inin eksik olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi “Çok Ağır” olguların tamamının anne sütü aldığı, aldığı ay ortalamasının $10,57 \pm 10,22$ ay olduğu ve tamamının aşılarının tam olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Postnatal özelliklere göre dağılımlar

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Anne sütü					
Aldı, n(%)	58(92,1)	27(93,1)	20(95,2)	7(100,0)	112(93,3)
Almadı, n(%)	5(7,9)	2(6,9)	1(4,8)	0(0,0)	8(6,7)
Anne sütü, ay, ort±SS	15,76±11,60	15,52±12,57	17,00±9,07	10,57±10,22	15,60±11,30
Aşı durumu, n(%)					
Tam	63(100,0)	28(96,6)	19(90,5)	7(100,0)	117(97,5)

Eksik	0(0,0)	1(3,4)	2(9,5)	0(0,0)	3(2,5)
-------	--------	--------	--------	--------	--------

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 7’de fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özelliklerine göre dağılımlar sunulmuştur. Tüm olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özellikleri şu şekildedir: Olguların %44,2’sinde fiziksel eş tanı bulunmazken %55,8’inde bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %67,2’sinin MSS ile doğrudan ilişkili olmayan diğer ek tanımlar ve %40’ının genetik tanı olduğu belirlenmiştir. 27 adet genetik tanı olgusunun 9’unu Down Sendromlu olgular oluşturduğu tespit edilmiştir. Olguların %43,3’ünde takipli olunan ek branş bulunmazken %56,7’sinde bulunduğu; bu branşların çoğunlukla %51,5’inin nöroloji ve %42,6’sının genetik olduğu tespit edilmiştir. Olguların %11,7’sinde psikiyatrik eş tanı bulunmazken %88,3’ünde bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %65,1’inin DEHB ve %57,5’inin OSB olduğu saptanmıştır. Olguların %31,7’si ilaç kullanmazken %68,3’ünün kullandığı; bu ilacın çoğunlukla %69,5’inin antipsikotik ve %40,2’sinin psikostimülan olduğu görülmüştür. Olguların %96,7’si yürüyebilirken %3,3’ünün yürüyemediği ve yürüyebilenlerin %65,5’i yürümede gecikme yaşarken %34,5’inin yaşamadığı belirlenmiştir. Olguların %16,7’sinin tek kelimeler ile %31,7’sinin basit cümle şeklinde ve %40,8’inin normal biçimde konuşurken %10,8’inin konuşmadığı ayrıca konuşabilenlerin %87,9’unun konuşmada gecikme yaşarken %12,1’inin yaşamadığı tespit edilmiştir. Olguların %79,2’sinde tuvalet eğitimi bulunurken %20,8’inde bulunmadığı ve tuvalet eğitimi olanların %66,3’ünde tuvalet eğitiminde gecikme yaşanırken %33,7’sinde yaşanmadığı saptanmıştır. ZY düzeyi “Hafif” olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özellikleri şu şekildedir: Olguların %54’ünde fiziksel eş tanı bulunmazken %46’sında bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %69’unun MSS ile doğrudan ilişkili olmayan diğer ek tanımlar ve %41,4’ünün epilepsi olduğu belirlenmiştir. Olguların %54’ünde takipli olunan ek branş bulunmazken %46’sında bulunduğu; bu branşların çoğunlukla %55,2’sinin nöroloji ve %27,6’sının genetik olduğu tespit edilmiştir. Olguların %9,5’inde psikiyatrik eş tanı bulunmazken %90,5’inde bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %70,2’sinin DEHB ve %54,4’ünün OSB olduğu saptanmıştır. Olguların %33,3’ü ilaç kullanmazken %66,7’sinin kullandığı; bu ilacın çoğunlukla %59,5’inin antipsikotik ve %50’sinin psikostimülan olduğu görülmüştür. Olguların %98,4’ü yürüyebilirken %1,6’sının yürüyemediği ve yürüyebilenlerin %53,2’si yürümede gecikme yaşarken %46,8’inin yaşamadığı belirlenmiştir. Olguların %7,9’unun tek kelimeler ile %22,2’sinin basit cümle şeklinde ve %68,3’ünün normal biçimde

konusurken %1,6'sının konuşmadığı ayrıca konuşabilenlerin %80,6'sı konuşmada gecikme yaşarken %19,4'ünün yaşamadığı tespit edilmiştir. Olguların %93,7'sinde tuvalet eğitimi bulunurken %6,3'ünde bulunmadığı ve tuvalet eğitimi bulunanların %59,3'ünde tuvalet eğitiminde gecikme yaşanırken %40,7'sinde yaşanmadığı saptanmıştır. ZY düzeyi “Orta” olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özellikleri şu şekildedir: Olguların %41,4'ünde fiziksel eş tanı bulunmazken %58,6'sında bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %61,1'inin MSS ile doğrudan ilişkili olmayan diğer ek tanımlar ve %52,9'unun genetik tanı olduğu belirlenmiştir. Olguların %37,9'unda takipli olunan ek branş bulunmazken %62,1'inde bulunduğu; bu branşların çoğunlukla %55,6'sının nöroloji ve %55,6'sının genetik olduğu tespit edilmiştir. Olguların %6,9'unda psikiyatrik eş tanı bulunmazken %93,1'inde bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %66,7'sinin DEHB ve %63'ünün OSB olduğu saptanmıştır. Olguların %31'i ilaç kullanmazken %69'unun kullandığı; bu ilacın çoğunlukla %85'inin antipsikotik ve %50'sinin psikostimülan olduğu görülmüştür. Olguların tamamının yürüdüğü ve %79,3'ü yürümede gecikme yaşarken %20,7'sinin yaşamadığı belirlenmiştir. Olguların %27,6'sının tek kelimeler ile %41,4'ünün basit cümle şeklinde ve %20,7'sinin normal biçimde konuşurken %10,3'ünün konuşmadığı ayrıca konuşabilenlerin %96,2'si konuşmada gecikme yaşarken %3,8'inin yaşamadığı tespit edilmiştir. Olguların %69'unda tuvalet eğitimi bulunurken %31'inde bulunmadığı ve tuvalet eğitimi olanların %75'inde tuvalet eğitiminde gecikme yaşanırken %25'inin yaşamadığı saptanmıştır. ZY düzeyi “Ağır” olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özellikleri şu şekildedir: Olguların %33,3'ünde fiziksel eş tanı bulunmazken %66,7'sinde bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %64,2'sinin genetik tanı ve %47,6'sının MSS ile doğrudan ilişkili olmayan diğer ek tanımlar olduğu belirlenmiştir. Olguların %33,3'ünde takipli olunan ek branşlar bulunmazken %66,7'sinde bulunduğu; bu branşların çoğunlukla %57,1'inin genetik, %35,7'sinin kardiyoloji ve %35,7'sinin göz olduğu tespit edilmiştir. Olguların %19'unda psikiyatrik eş tanı bulunmazken %81'inde bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %64,7'sinin OSB ve %58,8'inin DEHB olduğu saptanmıştır. Olguların %38,1'i ilaç kullanmazken %61,9'unun kullandığı; bu ilacın çoğunlukla %92,3'ünün antipsikotik, %15,4'ünün psikostimülan, %15,4'ünün antidepresan ve %15,4'ünün antiepileptik olduğu görülmüştür. Olguların tamamının yürüdüğü ve %76,2'si yürümede gecikme yaşarken %23,8'inin yaşamadığı belirlenmiştir. Olguların %23,8'inin tek kelimeler ve %52,4'ünün basit cümle şeklinde konuşurken %23,8'inin konuşmadığı ayrıca konuşabilenlerin tamamının konuşmada gecikme yaşadığı tespit edilmiştir. Olguların %71,4'ünde tuvalet eğitimi bulunurken %28,6'sında bulunmadığı ve tuvalet eğitimi olanların %80'inde tuvalet eğitiminde gecikme yaşanırken %20'sinde yaşanmadığı saptanmıştır. ZY

düzeyi “Çok Ağır” olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özellikleri şu şekildedir: Olguların tamamında fiziksel eş tanı bulunduğu; olguların tamamında epilepsi ve %57,1’inde MSS ile doğrudan ilişkili olmayan diğer ek tanıları olduğu belirlenmiştir. Olguların tamamında takipli olunan ek branşların bulunduğu; bu branşların çoğunlukla %85,7’sinin nöroloji, %42,9’unun genetik ve %42,9’unun endokrinoloji olduğu tespit edilmiştir. Olguların %28,6’sında psikiyatrik eş tanı bulunmazken %71,4’ünde bulunduğu; bu tanının çoğunlukla %60’ının DB ve %40’ının OSB olduğu saptanmıştır. Olguların tamamının ilaç kullandığı; bu ilacın çoğunlukla %85,7’sinin antiepileptik ve %42,9’unun antipsikotik olduğu görülmüştür. Olguların %57,1’i yürüyebilirken %42,9’unun yürüyemediği ve yürüyebilenlerin tamamının yürümede gecikme yaşadığı belirlenmiştir. Olguların %28,6’sının tek kelimeler ve %14,3’ünün basit cümle şeklinde konuşurken %57,1’inin konuşmadığı ayrıca konuşabilenlerin tamamının konuşmada gecikme yaşadığı tespit edilmiştir. Olguların %14,3’ünde tuvalet eğitimi bulunurken %85,7’sinde bulunmadığı ve tuvalet eğitimi olanların tamamının tuvalet eğitiminde gecikme yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 7. Olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120) n(%)
	Hafif (n=63) n(%)	Orta (n=29) n(%)	Ağır (n=21) n(%)	Çok Ağır (n=7) n(%)	
Fiziksel eş tanı					
Var	29(46,0)	17(58,6)	14(66,7)	7(100,0)	67(55,8)
Yok	34(54,0)	12(41,4)	7(33,3)	0(0,0)	53(44,2)
Fiziksel eş tanı tipi					
Epilepsi	12(41,4)	6(33,3)	1(7,1)	7(100,0)	26(38,8)
Serebral palsi	3(10,3)	2(11,1)	0(0,0)	3(42,9)	8(11,9)
Genetik tanı	6(20,5)	9(52,9)	9(64,2)	3(42,9)	27(40,0)
İşitme engeli	3(10,3)	3(16,7)	3(21,4)	0(0,0)	9(13,4)
Görme engeli	1(3,4)	0(0,0)	3(21,4)	2(28,6)	6(9,0)
MSS enfeksiyonu	0(0,0)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	1(1,5)
Hidrocefali	2(6,9)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	3(4,5)

Diğer tanımlar	20(69,0)	11(61,1)	10(47,6)	4(57,1)	45(67,2)
Takipli olunan ek branşlar					
Var	29(46,0)	18(62,1)	14(66,7)	7(100,0)	68(56,7)
Yok	34(54,0)	11(37,9)	7(33,3)	0(0,0)	52(43,3)
Takipli olunan ek branş tipi					
Nöroloji	16(55,2)	10(55,6)	3(21,4)	6(85,7)	35(51,5)
Metabolizma	3(10,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(4,4)
Kardiyoloji	3(10,3)	2(11,1)	5(35,7)	0(0,0)	10(14,7)
Genetik	8(27,6)	10(55,6)	8(57,1)	3(42,9)	29(42,6)
KBB	4(13,8)	3(16,7)	3(21,4)	0(0,0)	10(14,7)
Göz	3(10,3)	4(22,2)	5(35,7)	2(28,6)	14(20,6)
Göğüs	2(6,9)	1(5,6)	3(21,4)	0(0,0)	6(8,8)
Endokrinoloji	5(17,2)	3(16,7)	4(28,6)	3(42,9)	15(22,1)
Hematoloji	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	1(14,3)	2(2,9)
Ortopedi	2(6,9)	1(5,6)	2(14,3)	1(14,3)	6(8,8)
Gastroenteroloji	3(10,3)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	4(5,9)
Nefroloji	5(17,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(7,4)
İmmünoloji ve alerji	3(10,3)	1(5,6)	0(0,0)	1(14,3)	5(7,4)
Romatoloji	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,5)
FTR	2(6,9)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	3(4,4)
Beyin cerrahisi	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,5)
Psikiyatrik eş tanı					
Var	57(90,5)	27(93,1)	17(81,0)	5(71,4)	106(88,3)
Yok	6(9,5)	2(6,9)	4(19,0)	2(28,6)	14(11,7)
Psikiyatrik eş tanı tipi					
OSB	31(54,4)	17(63,0)	11(64,7)	2(40,0)	61(57,5)
DEHB	40(70,2)	18(66,7)	10(58,8)	1(20,0)	69(65,1)
KOKGB	7(12,3)	5(18,5)	4(23,5)	0(0,0)	16(15,1)
YAB	6(10,5)	2(7,4)	3(17,6)	0(0,0)	11(10,4)
AAB	8(14,0)	1(3,7)	0(0,0)	0(0,0)	9(8,5)
Özgül fobi	7(12,3)	1(3,7)	1(5,9)	0(0,0)	9(8,5)
Depresyon	1(1,8)	0(0,0)	1(5,9)	0(0,0)	2(1,9)
DB	4(7,0)	3(11,1)	1(5,9)	3(60,0)	11(10,4)
Tik bozukluğu	4(7,0)	3(11,1)	1(5,9)	0(0,0)	8(7,5)

Artikülasyon bozukluğu	7(12,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(6,6)
Enürezis	8(14,0)	2(7,4)	3(17,6)	0(0,0)	13(12,3)
Enkoprezis	2(3,5)	0(0,0)	2(11,8)	0(0,0)	4(3,8)
OKB	1(1,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,9)
Kekemelik	1(1,8)	1(3,7)	0(0,0)	0(0,0)	2(1,9)
İlaç kullanımı					
Var	42(66,7)	20(69,0)	13(61,9)	7(100,0)	82(68,3)
Yok	21(33,3)	9(31,0)	8(38,1)	0(0,0)	38(31,7)
İlaç tipi					
Antipsikotik	25(59,5)	17(85,0)	12(92,3)	3(42,9)	57(69,5)
Psikostimülan	21(50,0)	10(50,0)	2(15,4)	0(0,0)	33(40,2)
Antidepresan	4(9,5)	1(5,0)	2(15,4)	0(0,0)	7(8,5)
Antihistaminergik	3(7,1)	1(5,0)	1(7,7)	0(0,0)	5(6,1)
Hipnotik	0(0,0)	1(5,0)	0(0,0)	1(14,3)	2(2,4)
Antiepileptik	9(21,4)	2(10,0)	2(15,4)	6(85,7)	19(23,2)
Yürüme					
Var	61(98,4)	29(100,0)	21(100,0)	4(57,1)	116(96,7)
Yok	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	3(42,9)	4(3,3)
Yürüyebilenlerde gecikme					
Var	33(53,2)	23(79,3)	16(76,2)	4(100,0)	76(65,5)
Yok	29(46,8)	6(20,7)	5(23,8)	0(0,0)	40(34,5)
Konuşma					
Tek Kelimeler	5(7,9)	8(27,6)	5(23,8)	2(28,6)	20(16,7)
Basit Cümle	14(22,2)	12(41,4)	11(52,4)	1(14,3)	38(31,7)
Normal Konuşma	43(68,3)	6(20,7)	0(0,0)	0(0,0)	49(40,8)
Yok	1(1,6)	3(10,3)	5(23,8)	4(57,1)	13(10,8)
Konuşabilenlerde gecikme					
Var	50(80,6)	25(96,2)	16(100,0)	3(100,0)	94(87,9)
Yok	12(19,4)	1(3,8)	0(0,0)	0(0,0)	13(12,1)
Tuvalet eğitimi					
Var	59(93,7)	20(69,0)	15(71,4)	1(14,3)	95(79,2)
Yok	4(6,3)	9(31,0)	6(28,6)	6(85,7)	25(20,8)
Tuvalet eğitimi olanlarda gecikme					

Var	35(59,3)	15(75,0)	12(80,0)	1(100,0)	63(66,3)
Yok	24(40,7)	5(25,0)	3(20,0)	0(0,0)	32(33,7)

Tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak verilmiştir.

Tablo 8’de olguların eğitim durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Tüm olguların eğitim durumları şu şekildedir: Olguların %25,8’inin okuma yazma bildiği, %65,8’inin kısmen bildiği, %8,3’ünün bilmediği ayrıca okuma yazma bilenlerin %87,8’inde okuma yazmada gecikme yaşanırken %12,2’sinde yaşanmadığı görülmüştür. Olguların %83,3’ünün okula devam ettiği %16,7’sinin devam etmediği; devam edenlerin %3’ünün kreş, %22’sinin anasınıfı, %40’ının ilkokul, %21’inin ortaokul ve %14’ünün lisede olduğu, devam etmeyenlerin gittiği son eğitim kurumunun %10’unun kreş, %10’unun anasınıfı, %5’inin ilkokul, %5’inin lise olurken %70’inin hiç okula gitmediği belirlenmiştir. Okula giden olguların sınıf/okul tipi incelendiğinde %27,9’unun okul öncesi, %26’sının kaynaştırma, %32,7’sinin özel alt sınıf ve %13,5’inin özel eğitim okulu olduğu tespit edilmiştir. Olguların %89,2’si özel eğitim alırken %10,8’inin almadığı ve özel eğitime başlangıç yaşı ortalamasının $4,03 \pm 2,41$ yıl olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi “Hafif” olguların eğitim durumları şu şekildedir: Olguların %42,9’unun okuma yazma bildiği, %50,8’inin bilmediği ayrıca okuma yazma bilenlerin %87,1’inde okuma yazmada gecikme yaşanırken %12,9’unda yaşanmadığı görülmüştür. Olguların %90,5’inin okula devam ettiği %9,5’inin devam etmediği; devam edenlerin %3,5’inin kreş, %26,3’ünün anasınıfı, %35,1’inin ilkokul, %19,3’ünün ortaokul ve %15,8’inin lisede olduğu, devam etmeyenlerin gittiği son eğitim kurumunun %33,3’ünün kreş olurken %66,7’sinin hiç okula gitmediği belirlenmiştir. Okula giden olguların sınıf/okul tipi incelendiğinde %33,9’unun okul öncesi, %42,4’ünün kaynaştırma, %18,6’sının özel alt sınıf ve %5,1’inin özel eğitim okulu olduğu tespit edilmiştir. Olguların %81’i özel eğitim alırken %19’unun almadığı ve özel eğitime başlangıç yaşı ortalamasının $5,11 \pm 2,28$ yıl olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi “Orta” olguların eğitim durumları şu şekildedir: Olguların %13,8’inin okuma yazma bildiği, %17,2’sinin kısmen bildiği, %69’unun bilmediği ayrıca okuma yazma bilenlerin %88,9’unda okuma yazmada gecikme yaşanırken %11,1’inde yaşanmadığı görülmüştür. Olguların %86,2’sinin okula devam ettiği %13,8’inin devam etmediği; devam edenlerin %4’ünün kreş, %16’sının anasınıfı, %44’ünün ilkokul, %28’inin ortaokul ve %8’inin lisede olduğu, devam etmeyenlerin tamamının hiç okula gitmediği belirlenmiştir. Okula giden olguların sınıf/okul tipi incelendiğinde %20’sinin okul öncesi, %4’ünün kaynaştırma, %64’ünün özel alt sınıf ve %12’sinin özel eğitim okulu olduğu tespit edilmiştir. Olguların %96,6’sı özel eğitim alırken %3,4’ünün almadığı ve özel eğitime

başlangıç yaşı ortalamasının $3,12 \pm 2,03$ yıl olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi “Ağır” olguların eğitim durumları şu şekildedir: Olguların %4,8’inin kısmen okuma yazma bildiği, %95,2’sinin bilmediği ayrıca okuma yazma bilenlerin tamamında okuma yazmada gecikme yaşandığı görülmüştür. Olguların %81’inin okula devam ettiği %19’unun devam etmediği; devam edenlerin %17,6’sının anasınıfı, %47,1’inin ilkokul, %17,6’sının ortaokul ve %17,6’sının lisede olduğu, devam etmeyenlerin gittiği son eğitim kurumunun %50’sinin anasınıfı ve %25’inin ilkokul olurken %25’inin hiç okula gitmediği belirlenmiştir. Okula giden olguların sınıf/okul tipi incelendiğinde %22,2’sinin okul öncesi, %5,6’sının kaynaştırma, %33,3’ünün özel alt sınıf ve %38,9’unun özel eğitim okulu olduğu tespit edilmiştir. Olguların tamamının özel eğitim aldığı ve özel eğitime başlangıç yaşı ortalamasının $3,12 \pm 2,14$ yıl olduğu saptanmıştır. ZY düzeyi “Çok Ağır” olguların eğitim durumları şu şekildedir: Olguların tamamının okuma yazma bilmediği görülmüştür. Olguların %14,3’ünün okula devam ettiği %85,7’sinin devam etmediği; devam edenlerin tamamının ilkokulda olduğu, devam etmeyenlerin gittiği son eğitim kurumunun %16,7’sinin lise olurken %83,3’ünün hiç okula gitmediği belirlenmiştir. Okula giden olguların sınıf/okul tipi incelendiğinde %50’sinin özel alt sınıf ve %50’sinin özel eğitim okulu olduğu tespit edilmiştir. Olguların tamamının özel eğitim aldığı ve özel eğitime başlangıç yaşı ortalamasının $2,43 \pm 2,31$ yıl olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Olguların eğitim durumlarına göre dağılımları

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Okuma yazma, n(%)					
Var	27(42,9)	4(13,8)	0(0,0)	0(0,0)	31(25,8)
Yok	32(50,8)	20(69)	20(95,2)	7(100,0)	79(65,8)
Kısmen var	0(0,0)	5(17,2)	1(4,8)	0(0,0)	10(8,3)
Okuma yazması olanlarda gecikme, n(%)					
Var	27(87,1)	8(88,9)	1(100,0)	0(0,0)	36(87,8)
Yok	4(12,9)	1(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	5(12,2)
Okula devam durumu, n(%)					
Devam ediyor	57(90,5)	25(86,2)	17(81,0)	1(14,3)	100(83,3)
Devam etmiyor	6(9,5)	4(13,8)	4(19,0)	6(85,7)	20(16,7)

Devam ediyorsa eğitim düzeyi, n(%)					
Kreş	2(3,5)	1(4,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(3,0)
Anasınıfı	15(26,3)	4(16,0)	3(17,6)	0(0,0)	22(22,0)
İlkokul	20(35,1)	11(44,0)	8(47,1)	1(100,0)	40(40,0)
Ortaokul	11(19,3)	7(28,0)	3(17,6)	0(0,0)	21(21,0)
Lise	9(15,8)	2(8,0)	3(17,6)	0(0,0)	14(14,0)
Devam etmiyorsa son eğitim düzeyi, n(%)					
Kreş	2(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(10,0)
Anasınıfı	0(0,0)	0(0,0)	2(50,0)	0(0,0)	2(10,0)
İlkokul	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	0(0,0)	1(5,0)
Lise	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(16,7)	1(5,0)
Hiç gitmedi	4(66,7)	4(100,0)	1(25,0)	5(83,3)	14(70,0)
Sınıf/okul tipi, n(%)					
Okul öncesi	20(33,9)	5(20,0)	4(22,2)	0(0,0)	29(27,9)
Kaynaştırma sınıfı	25(42,4)	1(4,0)	1(5,6)	0(0,0)	27(26,0)
Özel alt sınıf	11(18,6)	16(64,0)	6(33,3)	1(50,0)	34(32,7)
Özel eğitim okulu	3(5,1)	3(12,0)	7(38,9)	1(50,0)	14(13,5)
Özel eğitim durumu, n(%)					
Var	51(81,0)	28(96,6)	21(100,0)	7(100,0)	107(89,2)
Yok	12(19,0)	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	13(10,8)
Özel eğitime başlangıç					
yaşı, yıl, ort±SS	5,11±2,28	3,12±2,03	3,12±2,14	2,43±2,31	4,03±2,41

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 9’da olguların fiziksel aktivite durumlarına göre dağılımları incelenmiştir. Tüm olguların %38,3’ü fiziksel aktivite yaparken %61,7’sinin yapmadığı, fiziksel aktivite yapanların çoğunlukla yaptıkları aktivitenin %41,3’ünün fizik tedavi ve %21,7’sinin yürüyüş olduğu, ortalama başlangıç yaşının 5,01±3,19 yıl olduğu ve ortalama 2,70±1,92 saat/hafta süresince fiziksel aktivite yapıldığı görülmüştür. ZY düzeyi “Hafif” olguların %28,6’sı fiziksel aktivite yaparken %71,4’ünün yapmadığı, fiziksel aktivite yapanların çoğunlukla yaptıkları aktivitenin %22,2’sinin fizik tedavi ve %22,2’sinin yürüyüş olduğu, ortalama başlangıç yaşının 7,00±2,74 yıl olduğu ve ortalama 2,69±1,63 saat/hafta süresince fiziksel aktivite yapıldığı belirlenmiştir. ZY düzeyi “Orta” olguların %48,3’ü fiziksel aktivite yaparken %51,7’sinin yapmadığı, fiziksel aktivite yapanların çoğunlukla yaptıkları aktivitenin

%42,9'unun fizik tedavi ve %21,4'ünün jimnastik olduğu, ortalama başlangıç yaşının $4,50 \pm 3,18$ olduğu ve ortalama $2,61 \pm 2,29$ saat/hafta süresince fiziksel aktivite yapıldığı tespit edilmiştir. ZY düzeyi “Ağır” olguların %33,3'ü fiziksel aktivite yaparken %66,7'sinin yapmadığı, fiziksel aktivite yapanların çoğunlukla yaptıkları aktivitenin %42,9'unun fizik tedavi ve %42,9'unun yürüyüş olduğu, ortalama başlangıç yaşının $3,78 \pm 2,15$ yıl olduğu ve ortalama $3,43 \pm 2,57$ saat/hafta süresince fiziksel aktivite yapıldığı saptanmıştır. ZY düzeyi “Çok Ağır” olguların tamamının fiziksel aktivite yaptığı, çoğunlukla yaptıkları aktivitenin %85,7'sinin fizik tedavi ve %14,3'ünün yürüyüş olduğu, ortalama başlangıç yaşının $2,43 \pm 2,55$ yıl olduğu ve ortalama $2,14 \pm 1,07$ saat/hafta süresince fiziksel aktivite yapıldığı görülmüştür.

Tablo 9. Olguların fiziksel aktive durumlarına göre dağılımları

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif	Orta	Ağır	Çok Ağır	
	(n=63)	(n=29)	(n=21)	(n=7)	
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, n(%)					
Var	18(28,6)	14(48,3)	7(33,3)	7(100)	46(38,3)
Yok	45(71,4)	15(51,7)	14(66,7)	0(0,0)	74(61,7)
Fiziksel aktivite tipi, n(%)					
Yürüyüş	4(22,2)	2(14,3)	3(42,9)	1(14,3)	10(21,7)
Koşu	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Futbol	2(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,3)
Voleybol	1(5,6)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,3)
Jimnastik	2(11,1)	3(21,4)	1(14,3)	0(0,0)	6(13,0)
Otizm spor merkezi	2(11,1)	2(14,3)	1(14,3)	0(0,0)	5(10,9)
Dövüş sporları	2(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,3)
Yüzme	2(11,1)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	3(6,5)
Binicilik	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Tenis	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Paten	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Bisiklet	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,2)
Fizik tedavi	4(22,2)	6(42,9)	3(42,9)	6(85,7)	19(41,3)
Ergoterapi	1(5,6)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	2(4,3)

Başlangıç yaşı, yıl,					
ort±SS	7,00±2,74	4,50±3,18	3,78±2,15	2,43±2,55	5,01±3,19
Saat/hafta, ort±SS	2,69±1,63	2,61±2,29	3,43±2,57	2,14±1,07	2,70±1,92

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 10’da olguların ekran maruziyetlerine göre dağılımları gösterilmiştir. Tüm olguların ekran maruziyetleri şu şekildedir: Olguların %94,2’sinde ekran maruziyeti bulunurken %5,8’inde bulunmadığı belirlenmiştir. Olguların %90,3’ünün telefon, %78,8’inin televizyon, %52,7’sinin tablet ve %26,8’inin bilgisayar kullandığı tespit edilmiştir. Olguların kullanım amaçlarına bakıldığında %61,1’inin oyun oynama, %99,1’inin film/dizi/video izleme, %9,7’sinin sosyal medya ve %61,1’inin iletişim olduğu saptanmıştır. Olguların günlük ortalama ekran süresinin 2,93±1,91 saat olarak hesaplanmıştır. ZY düzeyi “Hafif” olguların ekran maruziyetleri şu şekildedir: Olguların %98,4’ünde ekran maruziyeti bulunurken %1,6’sında bulunmadığı belirlenmiştir. Olguların %90,3’ünün telefon, %77,4’ünün televizyon, %46,8’inin tablet ve %29’unun bilgisayar kullandığı tespit edilmiştir. Olguların kullanım amaçlarına bakıldığında %67,7’sinin oyun oynama, tamamının film/dizi/video izleme, %14,5’inin sosyal medya ve %69,4’ünün iletişim olduğu saptanmıştır. Olguların günlük ortalama ekran süresinin 3,07±2,00 saat olarak hesaplanmıştır. ZY düzeyi “Orta” olguların ekran maruziyetleri şu şekildedir: Olguların %89,7’sinde ekran maruziyeti bulunurken %10,3’ünde bulunmadığı belirlenmiştir. Olguların %88,5’inin telefon, %88,5’inin televizyon, %53,8’inin tablet ve %36’sının bilgisayar kullandığı tespit edilmiştir. Olguların kullanım amaçlarına bakıldığında %53,8’inin oyun oynama, tamamının film/dizi/video izleme, %7,7’sinin sosyal medya ve %53,8’inin iletişim olduğu saptanmıştır. Olguların günlük ortalama ekran süresinin 2,62±1,99 saat olarak hesaplanmıştır. ZY düzeyi “Ağır” olguların ekran maruziyetleri şu şekildedir: Olguların tamamında ekran maruziyeti bulunduğu belirlenmiştir. Olguların %90,5’inin telefon, %76,2’sinin televizyon, %75’inin tablet ve %14,3’ünün bilgisayar kullandığı tespit edilmiştir. Olguların kullanım amaçlarına bakıldığında %52,4’ünün oyun oynama, %95,2’sinin film/dizi/video izleme ve %57,1’inin iletişim olduğu saptanmıştır. Olguların günlük ortalama ekran süresinin 2,88±1,67 saat olarak hesaplanmıştır. ZY düzeyi “Çok Ağır” olguların ekran maruziyetleri şu şekildedir: Olguların %57,1’inde ekran maruziyeti bulunurken %42,9’unda bulunmadığı belirlenmiştir. Olguların tamamının telefon, %50’sinin televizyon ve %25’inin tablet kullandığı tespit edilmiştir. Olguların kullanım amaçlarına bakıldığında %50’sinin oyun oynama ve tamamının

film/dizi/video izleme olduğu saptanmıştır. Olguların günlük ortalama ekran süresinin $3,25 \pm 1,50$ saat olarak hesaplanmıştır.

Tablo 10. Olguların ekran maruziyeti özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Ekran maruziyeti, n(%)					
Var	62(98,4)	26(89,7)	21(100,0)	4(57,1)	113(94,2)
Yok	1(1,6)	3(10,3)	0(0,0)	3(42,9)	7(5,8)
Kullanılan cihaz, n(%)					
Telefon	56(90,3)	23(88,5)	19(90,5)	4(100,0)	102(90,3)
Televizyon	48(77,4)	23(88,5)	16(76,2)	2(50,0)	89(78,8)
Tablet	29(46,8)	14(53,8)	15(75,0)	1(25,0)	59(52,7)
Bilgisayar	18(29,0)	9(36,0)	3(14,3)	0(0,0)	30(26,8)
Kullanım Amacı, n(%)					
Oyun oynama	42(67,7)	14(53,8)	11(52,4)	2(50,0)	69(61,1)
Film/dizi/video izleme	62(100,0)	26(100,0)	20(95,2)	4(100,0)	112(99,1)
Sosyal medya	9(14,5)	2(7,7)	0(0,0)	0(0,0)	11(9,7)
İletişim	43(69,4)	14(53,8)	12(57,1)	0(0,0)	69(61,1)
Günlük Ekran Süresi, saat, ort$\pm$SS	3,07 $\pm$ 2,00	2,62 $\pm$ 1,99	2,88 $\pm$ 1,67	3,25 $\pm$ 1,50	2,93 $\pm$ 1,91

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 11’de olguların uyku alışkanlığı özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Tüm olguların uyku durumları şu şekildedir: Olguların uykusunun %82,5’inde düzenli ve %17,5’inde düzensiz olduğu görülmüştür. Olguların uyku problemleri incelendiğinde %16,7’sinin dalmada güçlük, %15’inin sürdürümde güçlük ve %1,7’sinin faz kayması olduğu belirlenmiştir. Olguların uyku süresi ortalamasının 9,33 $\pm$ 1,32 saat olduğu hesaplanmıştır. Olguların %52,5’i tek başına uyurken %47,5’inin bakım verenle uyuduğu, bakım verenin olguların %97,5’inde anne, %1,7’sinde baba ve %0,8’inde anneanne olduğu tespit edilmiştir. ZY düzeyi “Hafif” olguların uyku alışkanlığı özellikleri şu şekildedir: Olguların uykusunun %88,9’unda düzenli ve %11,1’inde düzensiz olduğu görülmüştür. Olguların uyku problemleri

incelendiğinde %11,1'inin dalmada güçlük ve %11,1'inin sürdürümde güçlük olduğu belirlenmiştir. Olguların uyku süresi ortalamasının $9,35 \pm 1,21$ saat olduğu hesaplanmıştır. Olguların %46'sı tek başına uyurken %54'ünün bakım verenle uyuduğu, bakım verenin %95,2'sinde anne, %3,2'sinde baba ve %1,6'sında anneanne olduğu tespit edilmiştir. ZY düzeyi “Orta” olguların uyku alışkanlığı özellikleri şu şekildedir: Olguların uyku düzeninin %79,3'ünde düzenli ve %20,7'sinde düzensiz olduğu görülmüştür. Olguların uyku problemleri incelendiğinde %24,1'inin dalmada güçlük ve %6,8'inde sürdürümde güçlük olduğu belirlenmiştir. Olguların uyku süresi ortalamasının $9,40 \pm 1,08$ saat olduğu hesaplanmıştır. Olguların %55,2'si tek başına uyurken %44,8'inin bakım verenle uyuduğu, bakım verenin tamamında anne olduğu tespit edilmiştir. ZY düzeyi “Ağır” olguların uyku durumları şu şekildedir: Olguların uyku düzeninin %81'inde düzenli ve %19'unda düzensiz olduğu görülmüştür. Olguların uyku problemi incelendiğinde %14,3'ünün dalmada güçlük, %9,5'inin sürdürümde güçlük ve %4,8'inin faz kayması olduğu belirlenmiştir. Olguların uyku süresi ortalamasının $9,29 \pm 1,55$ saat olduğu hesaplanmıştır. Olguların %71,4'ü tek başına uyurken %28,6'sının bakım verenle uyuduğu, bakım verenin tamamında anne olduğu tespit edilmiştir. ZY düzeyi “Çok Ağır” olguların uyku durumları şu şekildedir: Olguların uyku düzeninin %42,9'unda düzenli ve %57,1'inde düzensiz olduğu görülmüştür. Olguların uyku problemleri incelendiğinde %42,9'unun dalmada güçlük, %57,1'inin sürdürümde güçlük ve %14,3'ünün faz kayması olduğu belirlenmiştir. Olguların uyku süresi ortalamasının $9,00 \pm 2,45$ saat olduğu hesaplanmıştır. Olguların %42,9'u tek başına uyurken %57,1'inin bakım verenle uyuduğu, bakım verenin tamamında anne olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11. Olguların uyku alışkanlığı özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif	Orta	Ağır	Çok Ağır	
	(n=63)	(n=29)	(n=21)	(n=7)	
Uyku düzeni, n(%)					
Düzenli	56(88,9)	23(79,3)	17(81,0)	3(42,9)	99(82,5)
Düzensiz	7(11,1)	6(20,7)	4(19,0)	4(57,1)	21(17,5)
Uyku problemi, n(%)					
Dalmada güçlük	7(11,1)	7(24,1)	3(14,3)	3(42,9)	20(16,7)
Sürdürümde güçlük	7(11,1)	2(6,8)	2(9,5)	4(57,1)	15(15,0)
Faz kayması	0(0,0)	0(0,0)	1(4,8)	1(14,3)	2(1,7)

Uyku süresi, saat,	9,35±1,21	9,40±1,08	9,29±1,55	9,00±2,45	9,33±1,32
ort±SS					
Kiminle uyduğu, n(%)					
Tek başına	29(46,0)	16(55,2)	15(71,4)	3(42,9)	63(52,5)
Bakım verenle	34(54,0)	13(44,8)	6(28,6)	4(57,1)	57(47,5)
Bakım veren, n(%)					
Anne	60(95,2)	29(100,0)	21(100,0)	7(100,0)	117(97,5)
Baba	2(3,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(1,7)
Anneanne	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,8)

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 12’de olguların ÇİYKÖ puanlarına göre tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 12. Olguların ÇİYKÖ puanlarına göre dağılımları

Ölçek ve Alt Boyutları	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Fiziksel	75,2±19,57	61,31±20,12	66,96±17,64	33,93±39,01	67,99±23,04
Sağlık	(9,37-100)	(15,62-100)	(18,75-96,87)	(0-93,75)	(0-100)
Duygusal	70,16±22,75	62,41±20,64	70±15,08	68,57±18,19	68,17±20,87
İşlevsellik	(10-100)	(20-100)	(45-100)	(45-90)	(10-100)
Sosyal	65,48±22,43	52,07±22,78	44,52±25,44	32,86±29,84	56,67±25,37
İşlevsellik	(15-100)	(10-100)	(0-100)	(5-90)	(0-100)
Okul	54,06±23,28	52,22±20,44	41,75±18,73	25,83±26,72	50,01±22,98
İşlevsellik	(0-100)	(5-90)	(10-85)	(0-70)	(0-100)
Psikososyal	63,45±20,34	55,35±16,62	52,02±14,8	43,21±20,16	58,31±19,35
Sağlık	(10-100)	(20-80)	(28,33-80)	(16,66-81,66)	(10-100)
Ölçek	67,58±17,67	57,56±14,95	57,37±14,19	39,78±25,04	61,75±18,29
Toplam	(29,34-98,61)	(26,08-83,33)	(29,34-80,43)	(10,86-82,6)	(10,86-98,61)
Puanı					

Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir.

Tablo 13'te olguların GGA puanlarına göre tanımlayıcı istatistikleri incelenmiştir.

Tablo 13. Olguların GGA puanlarına göre dağılımları

Ölçek ve Alt Boyutları	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Hiperaktivite	5,79±2,27 (0-10)	6,59±2,34 (2-10)	7,14±2,65 (0-10)	7,14±2,12 (5-10)	6,3±2,39 (0-10)
Duygusal Sorunlar	3,43±2,53 (0-10)	3,38±1,84 (0-6)	3,76±1,81 (0-6)	2,71±2,29 (0-6)	3,43±2,23 (0-10)
Davranış Sorunları	2,24±1,77 (0-8)	2,55±1,5 (0-6)	2,48±1,44 (0-5)	3±1,29 (1-5)	2,4±1,62 (0-8)
Akran Sorunları	3,7±1,74 (0-8)	4,28±1,81 (0-8)	4,62±1,75 (1-8)	4,14±1,21 (3-6)	4,03±1,75 (0-8)
Prososyal Davranış	6,79±2,36 (1-10)	5,86±2,05 (2-10)	4,05±2,85 (0-10)	2,14±1,68 (0-4)	5,82±2,69 (0-10)
İçe Atım Puanı	7,13±3,58 (1-16)	7,66±2,55 (0-12)	8,38±2,71 (2-13)	6,86±3,08 (3-12)	7,46±3,19 (0-16)
Dışa Yönelim Puanı	8,03±3,54 (0-17)	9,14±3,04 (2-14)	9,62±3,47 (3-15)	10,14±3,13 (6-14)	8,7±3,43 (0-17)
Toplam Güçlük Puanı	15,16±6,18 (4-31)	16,79±4,69 (4-25)	18±5,6 (8-26)	17±6,06 (10-26)	16,16±5,79 (4-31)
Etkilenme Puanı	2,33±2,72 (0-10)	2,11±2,6 (0-9)	4,43±3,74 (0-10)	6,14±2,61 (3-9)	2,87±3,08 (0-10)

Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir.

Tablo 14'te olguların primer bakım verenlerinin SCL-90-R puanlarına göre tanımlayıcı istatistikleri gösterilmiştir.

Tablo 14. Olguların primer bakım verenlerinin SCL-90-R puanlarına göre dağılımları

Ölçek ve Alt Boyutları	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
Somatizasyon	0,94±0,77 (0-3,08)	1,15±0,79 (0-2,75)	0,82±0,71 (0,16-2,66)	0,78±0,89 (0,16-2,75)	0,96±0,77 (0-3,08)
Anksiyete	0,67±0,78 (0-3,5)	0,73±0,73 (0-2,8)	0,5±0,5 (0-2)	0,54±0,53 (0,1-1,7)	0,65±0,71 (0-3,5)
Obsesif Kompulsif	0,9±0,73 (0-3)	1,04±0,84 (0-2,9)	0,9±0,66 (0-2,1)	0,91±0,72 (0,4-2,4)	0,94±0,74 (0-3)
Depresyon	1,03±0,88 (0-3,92)	1,15±0,94 (0-3,61)	0,85±0,64 (0-2,15)	0,89±0,8 (0,3-2,46)	1,02±0,85 (0-3,92)
Kişilerarası Duyarlılık	0,83±0,8 (0-2,66)	1,12±0,86 (0-3,11)	0,77±0,57 (0-2)	1,09±0,86 (0,33-2,66)	0,91±0,79 (0-3,11)
Psikotizm	0,43±0,52 (0-2,4)	0,63±0,69 (0-2,6)	0,39±0,57 (0-2)	0,41±0,46 (0-1,3)	0,47±0,57 (0-2,6)
Paranoid Düşünce	0,72±0,7 (0-2,5)	0,94±0,73 (0-2,66)	0,66±0,67 (0-2,16)	0,93±0,72 (0,16-2)	0,78±0,7 (0-2,66)
Öfke-Düşmanlık	0,63±0,73 (0-3,33)	0,77±0,89 (0-3,5)	0,58±0,67 (0-2,16)	0,4±0,38 (0-1)	0,64±0,74 (0-3,5)
Fobik Anksiyete	0,43±0,64 (0-2,71)	0,55±0,74 (0-2,42)	0,33±0,58 (0-2,14)	0,14±0,16 (0-0,42)	0,43±0,64 (0-2,71)
Ek Ölçek	0,89±0,78 (0-2,85)	1,09±0,89 (0-2,85)	0,71±0,6 (0-2)	0,85±0,82 (0-2,14)	0,91±0,78 (0-2,85)
Genel Semptom İndeksi	0,87±1,01 (0,01-7)	0,94±0,74 (0-2,92)	0,67±0,56 (0,06-1,97)	0,71±0,61 (0,22-1,98)	0,84±0,86 (0-7)

Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir.

Tablo 15'te olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarına göre tanımlayıcı istatistikleri sunulmuştur.

Tablo 15. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarına göre dağılımları

ZY Düzeyi

Ölçek ve Alt Boyutları	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	Toplam (n=120)
Fiziksel İşlevsellik	78,73±22,45 (20-100)	71,38±20,78 (30-100)	85,48±15,8 (45-100)	81,43±19,94 (40-100)	78,29±21,16 (20-100)
Fiziksel Rol	63,89±36,69 (0-100)	50±40,09 (0-100)	70,24±41,55 (0-100)	42,86±42,61 (0-100)	60,42±39,11 (0-100)
Bedensel Ağrı	61,31±24,03 (0-100)	51,12±23,93 (0-100)	64,64±27,41 (0-100)	66,79±31,91 (22,5-100)	59,75±25,29 (0-100)
Genel Sağlık	54,13±19,85 (10-95)	56,21±19,62 (20-95)	62,62±18,21 (30-85)	51,43±21,16 (20-80)	55,96±19,62 (10-95)
Canlılık	49,59±20,01 (0-90)	49,14±21,96 (5-95)	58,57±20,01 (15-85)	44,29±23,7 (0-70)	50,74±20,79 (0-95)
Sosyal İşlevsellik	68,06±23,31 (12,5-100)	54,74±15,46 (25-75)	70,24±28,08 (0-100)	58,93±33,63 (12,5-100)	64,69±23,8 (0-100)
Duygusal Rol	60,32±39,65 (0-100)	52,87±43,21 (0-100)	61,91±43,83 (0-100)	52,39±50,4 (0-100)	58,33±41,51 (0-100)
Ruh Sağlığı	58,35±17,94 (16-100)	57,52±19,93 (16-96)	66,86±16,6 (28-96)	65,71±20,51 (24-84)	60,07±18,49 (16-100)

Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir.

Tablo 16’da olguların SDKL puanlarına göre tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 16. Olguların SDKL puanlarına göre dağılımları

Ölçek ve Alt Boyutları	ZY Düzeyi				Toplam (n=120)
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)	
İrritabilite,	10,05±9,08	12,14±9,17	12,9±9,83	14±10,12	11,28±9,28
Ajitasyon, Ağlama	(0-35)	(0-34)	(0-33)	(0-27)	(0-35)
Letarji, Sosyal İçer	8,13±8,07	9,31±6,98	10,76±7,52	11,57±9,9	9,08±7,82
Çekilme	(0-34)	(0-26)	(0-26)	(1-29)	(0-34)
Stereotipik	3,79±4,45	4,9±4,69	5,05±3,29	7,14±6,82	4,48±4,52
Davranış	(0-17)	(0-21)	(0-13)	(0-17)	(0-21)

Hiperaktivite,	11,98±10,87	15,45±7,81	17,05±13,17	14,57±11,57	13,86±10,77
Uyum Sorunları	(0-43)	(1-31)	(0-48)	(0-32)	(0-48)
Uygunsuz Konuşma	2,75±2,39	3,03±2,69	2,4±2,84	0,86±2,27	2,65±2,55
	(0-9)	(0-9)	(0-10)	(0-6)	(0-10)

Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir.

Tablo 17’de verilen olguların demografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve karşılaştırılmaların incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş, Pearson Ki Kare, Fisher’s Exact ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Bonferroni analizi kullanılmıştır. Analizler sonucunda zeka testi türü ile ZY düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde WISC-R testinin hafif ve orta gruplarına uygulandığı gözlenmiştir. Olguların ZY düzeylerine göre tanı yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre hafif ile orta ve ağır grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p=0,014$ ve $p=0,005$). Hafif grubunun tanı yaşı orta ve ağır gruplarının tanı yaşlarından yüksektir.

Cinsiyet ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki; ZY düzeylerine göre yaş ve VKİ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 17. Olguların demografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ² /H/t	p
	Hafif	Orta	Ağır	Çok Ağır		
	(n=63)	(n=29)	(n=21)	(n=7)		
Cinsiyet, n(%)						
Kız	21(33,3)	9(31,0)	11(52,4)	1(14,3)	4,060	0,261 ^f
Erkek	42(66,7)	20(69,0)	10(47,6)	6(85,7)		
Zeka testi çeşidi, n(%)						
WISC-R	28(44,4)	2(6,9)	0(0,0)	0(0,0)	27,106	0,000^k
AGTE	35(55,6)	27(93,1)	21(100,0)	7(100,0)		
Yaş, yıl,	8	9,5	10	11,5	4,412	0,220 ^w

medyan (25-75p)	(5,5-12,5)	(6,25-12)	(7,5-12)	(10,5-14,5)		
Tanı yaşı yıl,medyan (25-75p)	4(3-6) ^a	3(1,5-4,25) ^b	2,5(1,5-4) ^b	2(1-6) ^{a,b}	17,386	0,001^w
SIQ,ort±SS	57,14±10,55	43,50±4,95	-	-	-	-
PIQ,ort±SS	61,36±13,22	39,50±4,95	-	-	-	-
TIQ,ort±SS	56,46±9,28	39,50±0,71	-	-	-	-
VKi, medyan (25-75p)	17,75 (15,72-20,83)	20,42 (16,67-23,96)	18,34 (16,31-25,8)	16,26 (15,28-17,85)	4,465	0,215 ^w

k: Pearson Ki Kare testi, f: Fisher's Exact testi, w: Kruskal Wallis H testi

X²: Ki Kare test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde), ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 18'de verilen olguların anne ve babalarının demografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve karşılaştırılmaların incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş, Pearson Ki Kare, Fisher's Exact ve Anova testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda anne ve babalarının demografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler ve farklılıklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 18. Anne ve babanın demografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ² /F/t	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Annenin yaşı, yıl, ort±SS	38,29±6,03	38,79±6,10	40,29±6,01	38,00±3,87	0,631	0,597 ^v
Annenin eğitim durumu, n(%)						
Okuryazar değil	1(1,6)	1(3,4)	2(9,5)	0(0,0)	7,281	0,920 ^f

Okuryazar	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
İlköğretim	36(57,1)	17(58,6)	10(47,6)	4(57,1)		
Lise	17(27)	8(27,6)	6(28,6)	3(42,9)		
Üniversite	8(12,7)	3(10,3)	3(14,3)	0(0,0)		
Annenin meslek durumu, n(%)						
Çalışmıyor	50(79,4)	27(93,1)	19(90,5)	6(85,7)	8,009	0,782 ^f
İşçi	4(6,3)	0(0,0)	1(4,8)	1(14,3)		
Kamu görevlisi	5(7,9)	1(3,4)	1(4,8)	0(0,0)		
Serbest meslek	3(4,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Emekli	1(1,6)	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)		
Annenin ruhsal hastalık durumu, n(%)						
Var	14(22,2)	4(13,8)	2(9,5)	2(28,6)	2,635	0,442 ^f
Yok	49(77,8)	25(86,2)	19(90,5)	5(71,4)		
Annenin bedensel hastalık durumu, n(%)						
Var	27(42,9)	10(34,5)	11(52,4)	2(28,6)	2,082	0,567 ^f
Yok	36(57,1)	19(65,5)	10(47,6)	5(71,4)		
Babanın yaşı, yıl,	42,50±3,37	43,83±7,32	44,38±7,28	41,86±4,41	0,616	0,606^v
ort±SS						
Babanın eğitim durumu, n(%)						
Okuryazar	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5,368	0,910 ^f
İlköğretim	35(55,6)	15(51,7)	11(52,4)	4(57,1)		
Lise	17(27,0)	8(27,6)	8(38,1)	3(42,9)		
Üniversite	9(14,3)	6(20,7)	2(9,5)	0(0,0)		
Babanın meslek durumu, n(%)						
Çalışmıyor	0(0,0)	1(3,4)	1(4,8)	0(0,0)	14,418	0,193 ^f
İşçi	43(68,3)	14(48,3)	10(47,6)	3(42,9)		
Kamu görevlisi	6(9,5)	5(17,2)	2(9,5)	0(0,0)		
Serbest meslek	11(17,5)	6(20,7)	6(28,6)	4(57,1)		
Emekli	2(3,2)	3(10,3)	2(9,5)	0(0,0)		
Babanın ruhsal hastalık durumu, n(%)						
Var	6(9,5)	2(6,9)	1(4,8)	1(14,3)	1,349	0,656 ^f
Yok	56(88,9)	27(93,1)	20(95,2)	6(85,7)		
Babanın bedensel hastalık durumu, n(%)						
Var	16(25,4)	7(24,1)	5(23,8)	3(42,9)	1,138	0,768 ^k

Yok 46(73,0) 22(75,9) 16(76,2) 4(57,1)

k: Pearson Ki Kare testi, f: Fisher's Exact testi, v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

X²: Ki Kare test istatistiği, F: F test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) ya da ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 19’da verilen olguların ailelerine ait özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve Fisher’s Exact testleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda ailelerine ait özellikler ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 19. Ailelerin sosyodemografik özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ²	p
	Hafif	Orta	Ağır	Çok Ağır		
	(n=63)	(n=29)	(n=21)	(n=7)		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Akrabalık						
Var	12(19,4)	10(34,5)	4(19,0)	2(28,6)	2,959	0,402 ^f
Yok	50(80,6)	19(65,5)	17(81,0)	5(71,4)		
Aile tipi						
Çekirdek aile	52(82,5)	23(79,3)	18(85,7)	6(85,7)	1,361	0,989 ^f
Geniş aile	5(7,9)	2(6,9)	1(4,8)	0(0,0)		
Parçalanmış aile	6(9,5)	4(13,8)	2(9,5)	1(14,3)		
Evde yaşayan kişi sayısı						
2-3 kişi	18(28,6)	7(24,1)	5(23,8)	1(14,3)	1,900	0,947 ^f
4-5 kişi	42(66,7)	20(69,0)	14(66,7)	6(85,7)		
6 kişi ve üzeri	3(4,8)	2(6,9)	2(9,5)	0(0,0)		
Kardeş sayısı						
Tek çocuk	20(31,7)	6(20,7)	3(14,3)	2(28,6)	4,114	0,657 ^f
1-2 kardeş	39(61,9)	20(69,0)	15(71,4)	5(71,4)		
3 kardeş ve üzeri	4 (6,3)	2(6,9)	3(14,3)	0(0,0)		
Kaçıncı çocuk						

1.çocuk	33(52,4)	10(34,5)	6(28,6)	2(28,6)	9,463	0,129 ^f
2.çocuk	21(33,3)	14(48,3)	8(38,1)	5(71,4)		
3.çocuk ve üstü	9(14,3)	5(17,2)	7(33,3)	0(0,0)		
Yaşanılan yer						
İl	52(82,5)	19(65,5)	12(57,1)	4(57,1)	10,967	0,055 ^f
İlçe	10(15,9)	10(34,5)	9(42,9)	3(42,9)		
Köy	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Gelir durumu						
0-6000TL	32(50,8)	16(55,2)	15(71,4)	4(57,1)	11,304	0,061 ^f
6001-10000TL	24(38,1)	8(27,6)	1(4,8)	3(42,9)		
10001 TL ve üstü	7(11,1)	5(17,2)	5(23,8)	0(0,0)		
Ev durumu						
Kendilerine ait	32(50,8)	18(62,1)	11(52,4)	4(57,1)	1,143	0,794 ^f
Kira	31(49,2)	11(37,9)	10(47,6)	3(42,9)		
Akrabalardaki zihinsel yetersizliğe sahip birey durumu						
Var	22(34,9)	11(37,9)	12(57,1)	4(57,1)	4,105	0,233 ^f
Yok	41(65,1)	18(62,1)	9(42,9)	3(42,9)		
Akrabalardaki zihinsel yetersizliğe sahip birey sayısı						
1 kişi	10(45,5)	7(63,6)	6(50,0)	4(100,0)	7,699	0,232 ^f
2-4 kişi	12(54,5)	4(36,4)	5(41,7)	0(0,0)		
50 kişi	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	0(0,0)		

f: Fisher's Exact testi

X²: Ki Kare test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) olarak verilmiştir.

Tablo 20'de verilen olguların prenatal özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve karşılaştırılmaların incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve Fisher's Exact testleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda maternal çevresel maruziyetlerden anemi durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde anemi görülen olguların tamamının orta ve ağır düzey grubunda olduğu görülmüştür.

Gebelik yaşı, yöntemi, izlemi, çoğul gebelik durumu, maternal çevresel maruziyet durumu ve maruziyet çeşitleri, anemi dışındaki maternal patolojiler ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 20. Prenatal özellikler ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X^2/H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Gebelik yaşı, yıl,	28	27	30	36	2,177	0,536
medyan (25-75p)	(25-34)	(25,5-35,5)	(25,5-35)	(24-29)		
Gebelik yöntemi, n(%)						
Doğal	59(93,7)	29(100,0)	21(100,0)	7(100,0)	2,326	0,518 ^f
IVF	4(6,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Gebelik izlemi, n(%)						
Var	62(98,4)	29(100,0)	20(95,2)	7(100,0)	2,478	0,469 ^f
Yok	1(1,6)	0(0,0)	1(4,8)	0(0,0)		
Çoğul gebelik, n(%)						
Var	4(6,3)	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	1,237	0,872 ^f
Yok	59(93,7)	28(96,6)	21(100,0)	7(100,0)		
Çevresel maruziyet, n(%)						
Var	40(63,5)	18(62,1)	13(61,9)	4(57,1)	0,282	1,000 ^f
Yok	23(36,5)	11(37,9)	8(38,1)	3(42,9)		
Çevresel maruziyet tipi, n(%)						
Sigara	8(20,0)	5(27,8)	4(30,8)	2(50,0)	2,509	0,456 ^f
Alkol	1(2,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,523	1,000 ^f
Radyasyon	0(0,0)	0(0,0)	1(7,7)	0(0,0)	4,771	0,230 ^f
İlaç	14(35,0)	6(33,3)	3(23,1)	0(0,0)	2,058	0,588 ^f
Stres	32(80,0)	16(88,9)	11(84,6)	3(75,0)	1,183	0,855 ^f
Maternal patoloji, n(%)						
Var	28(44,4)	7(24,1)	5(23,8)	3(42,9)	5,171	0,153 ^f
Yok	35(55,6)	22(75,9)	16(76,2)	4(57,1)		
Maternal patoloji tipi, n(%)						
Pre-eklampsi	6(21,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,188	0,547 ^f

Eklampsi	1(3,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,474	1,000 ^f
Gestasyonel diyabet	6(21,4)	1(14,3)	2(40,0)	2(66,7)	3,811	0,270 ^f
Enfeksiyon	10(35,7)	4(57,1)	2(40,0)	0(0,0)	2,735	0,506 ^f
Düşük tehdidi	2(7,1)	1(14,3)	0(0,0)	1(33,3)	3,167	0,331 ^f
Anemi	0(0,0)	2(28,6)	1(20,0)	0(0,0)	8,000	0,045^f
Ailevi akdeniz ateşi	1(3,6)	0(0,0)	1(20,0)	0(0,0)	3,337	0,368 ^f
Uterus yapısal anomalisi	1(3,6)	0(0,0)	1(20,0)	0(0,0)	3,337	0,368 ^f
Gebelik depresyonu	1(3,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,474	1,000 ^f
Hipotiroidi	2(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1,350	1,000 ^f
Oligohidramniyoz	1(3,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,474	1,000 ^f

f: Fisher's Exact testi, w: Kruskal Wallis H testi

X²: Ki Kare test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 21'de verilen olguların perinatal özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve karşılaştırmaların incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş, Fisher's Exact ve Kruskal Wallis H testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda kordon dolanması durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde kordon dolanması olan olguların tamamının orta ve ağır düzey grubunda olduğu tespit edilmiştir.

Doğum kilosu, boyu, tipi, zamanı, komplikasyon durumu, kordon dolanması hariç komplikasyonlar, doğum sonrası ilk durum, kuvöze alınma durumu, doğum sonrası patoloji varlığı ve patoloji çeşitleri ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler ve farklılıklar elde edilmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 21. Perinatal özellikler ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ² /H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Doğum kilosu, gr, medyan (25-	3325 (2750-	3000 (2640-	3150 (2650-	3300 (2975-	2,242	0,524 ^w

75p)	3537,5)	3420)	3300)	4500)		
Doğum boyu, cm,	51	49	49,5	50	5,088	0,165 ^w
medyan (25-75p)	(50-52)	(46,5-51)	(46,75-50,75)	(50-50)		
Doğum tipi, n(%)						
Normal	26(41,3)	15(51,7)	7(33,3)	1(14,3)	3,738	0,291 ^f
Sezaryen	37(58,7)	14(48,3)	14(66,7)	6(85,7)		
Doğum zamanı, n(%)						
Miad	45(71,4)	23(79,3)	15(71,4)	7(100)	3,482	0,751 ^f
Prematür	15(23,8)	4(13,8)	5(23,8)	0(0,0)		
Postmatür	3(4,8)	2(6,9)	1(4,8)	0(0,0)		
Doğum komplikasyonu, n(%)						
Var	23(36,5)	11(37,9)	4(19,0)	1(14,3)	3,382	0,347
Yok	40(63,5)	18(62,1)	17(81,0)	6(85,7)		
Doğum komplikasyonu tipi, n(%)						
Uzamış travay	8(12,7)	5(17,2)	0(0,0)	1(14,3)	4,035	0,226 ^f
Mekonyum aspirasyonu	5(7,9)	1(3,4)	2(9,5)	1(14,3)	5,533	0,104 ^f
Kordon dolanması	0(0,0)	1(3,4)	3(14,3)	0(0,0)	13,453	0,001^f
Asfiksi	3(4,8)	2(6,9)	1(4,8)	1(14,3)	4,328	0,242 ^f
Ters geliş	2(3,2)	1(3,4)	1(4,8)	0(0,0)	2,387	0,590 ^f
Zor doğum	11(17,5)	7(24,1)	1(4,8)	1(14,3)	2,699	0,449 ^f
Doğum sonrası ilk durum, n(%)						
Normal	57(90,5)	25(86,2)	18(85,7)	6(85,7)	3,071	0,797 ^f
Mor, ağlıyor	3(4,8)	2(6,9)	2(9,5)	0(0,0)		
Mor, ağlamıyor	3(4,8)	2(6,9)	1(4,8)	1(14,3)		
Kuvöze alınma, n(%)						
Var	24(38,1)	10(34,5)	6(28,6)	2(28,6)	0,749	0,889 ^f
Yok	39(61,9)	19(65,5)	15(71,4)	5(71,4)		
Doğum sonrası patoloji, n(%)						
Var	35(55,6)	15(51,7)	14(66,7)	3(42,9)	1,724	0,654
Yok	28(44,4)	14(48,3)	7(33,3)	4(57,1)		
Doğum sonrası patoloji tipi, n(%)						
Sarıklık	26(74,3)	11(73,3)	10(71,4)	2(66,7)	0,525	1,000 ^f
Enfeksiyon	3(8,6)	0(0,0)	0(0,0)	1(33,3)	4,659	0,152 ^f

İntrakraniyal hemoraji	1(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,648	1,000 ^f
Hipoglisemi	0(0,0)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	4,480	0,258 ^f
Hipotiriodi	1(2,9)	2(13,3)	0(0,0)	0(0,0)	3,281	0,349 ^f
Hiponatremi	0(0,0)	1(6,7)	0(0,0)	0(0,0)	4,342	0,483 ^f
Hipotermi	0(0,0)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	4,480	0,258 ^f
Dehidratasyon	1(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,648	1,000 ^f
Kardiyak patoloji	2(5,7)	3(20,0)	3(21,4)	1(33,3)	5,094	0,143 ^f
Solunum sıkıntısı	6(17,1)	3(20,0)	0(0,0)	0(0,0)	3,262	0,310 ^f
Yapısal anomali	3(8,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,127	0,482 ^f
Hidrosefali	1(2,9)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	2,329	0,493 ^f
Epilepsi	0(0,0)	2(13,3)	0(0,0)	0(0,0)	5,410	0,182 ^f
Brakial plexus zedelenmesi	1(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,648	1,000 ^f

f: Fisher's Exact testi, w: Kruskal Wallis H testi

X²: Ki Kare test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 22'de verilen olguların postnatal özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve karşılaştırmaların incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş, Fisher's Exact ve Kruskal Wallis H testleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda postnatal özellikler ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler ve farklılıklar elde edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 22. Postnatal özellikler ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ² /H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Anne sütü						
Aldı, n(%)	58(92,1)	27(93,1)	20(95,2)	7(100,0)	0,385	1,000 ^f
Almadı, n(%)	5(7,9)	2(6,9)	1(4,8)	0(0,0)		
Anne sütü, ay, medyan (25-75p)	14	12(5-24)	18	6	1,547	0,672 ^w

	(6-24)	(9,75-24)	(3-24)		
Aşı durumu, n(%)					
Tam	63(100,0)	28(96,6)	19(90,5)	7(100,0)	5,578 0,077 ^f
Eksik	0(0,0)	1(3,4)	2(9,5)	0(0,0)	

f: Fisher's Exact testi, w: Kruskal Wallis H testi

X²: Ki Kare test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 23'te verilen olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özelliklere göre dağılımları ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin araştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş ve Fisher's Exact testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda fiziksel eş tanı durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY durumu ağır ve çok ağır olan olguların çoğunluğunun fiziksel eş tanı var cevabını verdiği gözlenmiştir. Epilepsi durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi çok ağır olan olguların tamamında epilepsi olduğu ve hafif, orta ve ağır ZY olan olguların çoğunluğunda epilepsi olmadığı belirlenmiştir. Görme engeli durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde görme engeli olan olguların çoğunlukla ZY düzeyinin ağır ve ağır çok ağır olduğu tespit edilmiştir. Takipli ek branş durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi orta, ağır ve çok ağır olan olguların çoğunluğunun var cevabını verdiği; ZY düzeyi hafif olan olguların çoğunluğunun yok cevabını verdiği belirlenmiştir. Nöroloji tarafından takipli olma durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi çok ağır olan olguların çoğunluğunun nöroloji tarafından takip edildiği ve ağır ZY olan olguların nöroloji tarafından takip edilmediği gözlenmiştir. DB durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi çok ağır olan olguların çoğunluğunda DB olduğu ve hafif, orta ve ağır ZY olan olguların çoğunluğunda DB olmadığı belirlenmiştir. Antipsikotik ilaç kullanım durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi orta ve ağır

olan olguların çoğunluğunun ilaç kullandığı gözlenmiştir. Psikostimülan ilaç kullanım durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi ağır ve çok ağır olan olguların çoğunluğunun ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Antiepileptik ilaç kullanım durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi çok ağır olan olguların çoğunluğunun ilaç kullandığı saptanmıştır. Yürüme durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi hafif, orta ve ağır olan olguların çoğunluğunda yürümenin olduğu belirlenmiştir. Yürümede gecikme durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi orta, ağır ve çok ağır olan olguların çoğunluğunda yürümede gecikme durumu gözlenmiştir. Konuşma durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi hafif olan olguların çoğunluğunun basit cümle ve normal konuşma şeklinde konuştukları; orta, ağır ve çok ağır olan olguların çoğunluğunun basit cümle ve tek kelimeler şeklinde konuştukları belirlenmiştir. Tuvalet eğitim durumu ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi çok ağır olan olguların çoğunluğunda tuvalet eğitimi olmadığı gözlenmiştir.

Genetik tanı, işitme engeli, MS durumu, hidrocefali, diğer tanıları, nöroloji hariç tüm ek branşlar, psikiyatrik eş tanı durumu, DB hariç tüm tanıları, ilaç kullanım durumu, antidepresan, antihistaminergik, hipnotik, konuşmada gecikme durumu ve tuvalet eğitiminde gecikme durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 23. Olguların fiziksel eş tanı, takipli branş, psikiyatrik eş tanı, psikiyatrik tedavi ve psikomotor gelişim özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ²	p
	Hafif	Orta	Ağır	Çok Ağır		
	(n=63)	(n=29)	(n=21)	(n=7)		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Eş tanı						

Var	29(46,0)	17(58,6)	14(66,7)	7(100,0)	9,262	0,024^f
Yok	34(54,0)	12(41,4)	7(33,3)	0(0,0)		
Fiziksel eş tanı tipi						
Epilepsi	12(41,4)	6(33,3)	1(7,1)	7(100,0)	17,446	0,000^f
Serebral palsi	3(10,3)	2(11,1)	0(0,0)	3(42,9)	6,517	0,049^f
Genetik tanı	6(20,5)	9(52,9)	9(64,2)	3(42,9)	3,262	0,350 ^f
İşitme engeli	3(10,3)	3(16,7)	3(21,4)	0(0,0)	2,073	0,589 ^f
Görme engeli	1(3,4)	0(0,0)	3(21,4)	2(28,6)	7,645	0,025^f
MSS enfeksiyonu	0(0,0)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	3,696	0,311 ^f
Hidrosefali	2(6,9)	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	1,624	0,711 ^f
Diğer tanıları	20(69,0)	11(61,1)	10(47,6)	4(57,1)	0,710	0,924 ^f
Takipli olunan ek branşlar						
Var	29(46,0)	18(62,1)	14(66,7)	7(100,0)	8,587	0,019^f
Yok	34(54,0)	11(37,9)	7(33,3)	0(0,0)		
Takipli olunan ek branş tipi						
Nöroloji	16(55,2)	10(55,6)	3(21,4)	6(85,7)	8,431	0,039^f
Metabolizma	3(10,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,598	0,505 ^f
Kardiyoloji	3(10,3)	2(11,1)	5(35,7)	0(0,0)	5,211	0,135 ^f
Genetik	8(27,6)	10(55,6)	8(57,1)	3(42,9)	5,180	0,156 ^f
KBB	4(13,8)	3(16,7)	3(21,4)	0(0,0)	1,529	0,723 ^f
Göz	3(10,3)	4(22,2)	5(35,7)	2(28,6)	4,434	0,203 ^f
Göğüs	2(6,9)	1(5,6)	3(21,4)	0(0,0)	2,858	0,422 ^f
Endokrinoloji	5(17,2)	3(16,7)	4(28,6)	3(42,9)	2,891	0,431 ^f
Hematoloji	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	1(14,3)	3,368	0,304 ^f
Ortopedi	2(6,9)	1(5,6)	2(14,3)	1(14,3)	1,739	0,658 ^f
Gastroenteroloji	3(10,3)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	1,577	0,877 ^f
Nefroloji	5(17,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4,872	0,115 ^f
İmmünoloji ve alerji	3(10,3)	1(5,6)	0(0,0)	1(14,3)	2,162	0,647 ^f
Romatoloji	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,271	1,000 ^f
Fizik tedavi ve rehabilitasyon	2(6,9)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	1,212	1,000 ^f
Beyin cerrahisi	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,271	1,000 ^f
Psikiyatrik eş tanı						
Var	57(90,5)	27(93,1)	17(81,0)	5(71,4)	4,117	0,211 ^f

Yok	6(9,5)	2(6,9)	4(19,0)	2(28,6)		
Psikiyatrik eş tanı tipi						
OSB	31(54,4)	17(63,0)	11(64,7)	2(40,0)	1,590	0,674 ^f
DEHB	40(70,2)	18(66,7)	10(58,8)	1(20,0)	5,093	0,156 ^f
KOKGB	7(12,3)	5(18,5)	4(23,5)	0(0,0)	2,101	0,507 ^f
YAB	6(10,5)	2(7,4)	3(17,6)	0(0,0)	1,431	0,713 ^f
AAB	8(14,0)	1(3,7)	0(0,0)	0(0,0)	3,631	0,275 ^f
Özgül fobi	7(12,3)	1(3,7)	1(5,9)	0(0,0)	1,629	0,684 ^f
Depresyon	1(1,8)	0(0,0)	1(5,9)	0(0,0)	2,832	0,436 ^f
DB	4(7,0)	3(11,1)	1(5,9)	3(60,0)	9,004	0,018^f
Tik bozukluğu	4(7,0)	3(11,1)	1(5,9)	0(0,0)	0,818	0,920 ^f
Artikülasyon	7(12,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4,773	0,115 ^f
Enürezis	8(14,0)	2(7,4)	3(17,6)	0(0,0)	1,451	0,663 ^f
Enkoprezis	2(3,5)	0(0,0)	2(11,8)	0(0,0)	3,576	0,336 ^f
OKB	1(1,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,628	1,000 ^f
Kekemelik	1(1,8)	1(3,7)	0(0,0)	0(0,0)	1,907	0,710 ^f
İlaç kullanım durumu						
Var	42(66,7)	20(69,0)	13(61,9)	7(100,0)	3,704	0,314 ^f
Yok	21(33,3)	9(31,0)	8(38,1)	0(0,0)		
İlaç tipi						
Antipsikotik	25(59,5)	17(85,0)	12(92,3)	3(42,9)	9,608	0,017^f
Psikostimülan	21(50,0)	10(50,0)	2(15,4)	0(0,0)	10,642	0,011^f
Antidepresan	4(9,5)	1(5,0)	2(15,4)	0(0,0)	1,460	0,763 ^f
Antihistaminerjik	3(7,1)	1(5,0)	1(7,7)	0(0,0)	0,655	1,000 ^f
Hipnotik	0(0,0)	1(5,0)	0(0,0)	1(14,3)	5,196	0,099 ^f
Antiepileptik	9(21,4)	2(10,0)	2(15,4)	6(85,7)	14,146	0,001^f
Yürüme						
Var	61(98,4)	29(100,0)	21(100,0)	4(57,1)	13,524	0,001^f
Yok	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	3(42,9)		
Yürüyebilenlerde gecikme						
Var	33(53,2)	23(79,3)	16(76,2)	4(100,0)	9,027	0,021^f
Yok	29(46,8)	6(20,7)	5(23,8)	0(0,0)		
Konuşma						
Tek Kelimeler	5(7,9)	8(27,6)	5(23,8)	2(28,6)	59,783	0,000^f

Basit Cümle	14(22,2)	12(41,4)	11(52,4)	1(14,3)		
Normal Konuşma	43(68,3)	6(20,7)	0(0,0)	0(0,0)		
Yok	1(1,6)	3(10,3)	5(23,8)	4(57,1)		
Konuşabilenlerde gecikme						
Var	50(80,6)	25(96,2)	16(100,0)	3(100,0)	6,167	0,082 ^f
Yok	12(19,4)	1(3,8)	0(0,0)	0(0,0)		
Tuvalet eğitimi						
Var	59(93,7)	20(69,0)	15(71,4)	1(14,3)	25,638	0,000^f
Yok	4(6,3)	9(31,0)	6(28,6)	6(85,7)		
Tuvalet eğitimi olanlarda gecikme						
Var	35(59,3)	15(75,0)	12(80,0)	1(100,0)	3,487	0,310 ^f
Yok	24(40,7)	5(25,0)	3(20,0)	0(0,0)		

f: Fisher's Exact testi,

X²: Ki Kare test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) olarak verilmiştir.

Tablo 24'te verilen olguların eğitim durumları ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve farklılıkların analizleri için varsayımlar kontrol edilmiş, Fisher's Exact ve Kruskal Wallis H testleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda okuma yazma durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler ZY düzeyi orta, ağır ve çok ağır olan olguların çoğunluğunun okuma yazma bilmediği görülmüştür. Okula devam etme durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY durumu çok ağır olan olguların çoğunluğunun okula devam etmediği; ZY düzeyi hafif, orta ve ağır olan olguların çoğunluğunun okula devam ettiği tespit edilmiştir. Okula devam edilmediği durumda okunan son sınıf ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi ağır olan olguların çoğunluğunun en son anasınıfı ve ilkokula gittiği belirlenmiştir. Sınıf tipleri ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi ağır ve çok ağır olan olguların çoğunluğunun özel alt sınıf ve özel eğitim okulunda yer aldığı; ZY düzeyi hafif ve orta olan olguların çoğunluğunun okul öncesi ve kaynaştırma sınıfında yer aldığı saptanmıştır. Özel eğitim durumu ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi ağır ve çok ağır olan

olguların tamamının ve orta olan olguların çoğunluğunun özel eğitim aldığı tespit edilmiştir. Olguların ZY düzeylerine göre özel eğitime başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre hafif ile orta, ağır ve çok ağır grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,001$, $p=0,005$ ve $p=0,018$). Hafif grubunun özel eğitime başlama yaşları orta, ağır ve çok ağır gruplarının özel eğitime başlama yaşlarından yüksektir.

Okuma yazmada gecikme durumu ve okula devam edildiği durumdaki eğitim düzeyi ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 24. Olguların eğitim durumları ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ² /H	p
	Hafif	Orta	Ağır	Çok Ağır		
	(n=63)	(n=29)	(n=21)	(n=7)		
Okuma yazma, n(%)						
Var	27(42,9)	4(13,8)	0(0,0)	0(0,0)	25,532	0,000^f
Yok	32(50,8)	20(69)	20(95,2)	7(100,0)		
Kısmen	0(0,0)	5(17,2)	1(4,8)	0(0,0)		
Okuma yazması olanlarda gecikme, n(%)						
Var	27(87,1)	8(88,9)	1(100,0)	0(0,0)	0,821	1,000 ^f
Yok	4(12,9)	1(11,1)	0(0,0)	0(0,0)		
Okula devam durumu, n(%)						
Ediyor	57(90,5)	25(86,2)	17(81,0)	1(14,3)	18,665	0,000^f
Etmiyor	6(9,5)	4(13,8)	4(19,0)	6(85,7)		
Devam ediyorsa eğitim düzeyi, n(%)						
Kreş	2(3,5)	1(4,0)	0(0,0)	0(0,0)	7,958	0,947
Anasınıfı	15(26,3)	4(16,0)	3(17,6)	0(0,0)		
İlkokul	20(35,1)	11(44,0)	8(47,1)	1(100,0)		
Ortaokul	11(19,3)	7(28,0)	3(17,6)	0(0,0)		
Lise	9(15,8)	2(8,0)	3(17,6)	0(0,0)		
Devam etmiyorsa son eğitim düzeyi, n(%)						
Kreş	2(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	14,911	0,023^f
Anasınıfı	0(0,0)	0(0,0)	2(50,0)	0(0,0)		
İlkokul	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)	0(0,0)		

Lise	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(16,7)		
Hiç gitmedi	4(66,7)	4(100,0)	1(25,0)	5(83,3)		
Sınıf/okul tipi, n(%)						
Okul öncesi	20(33,9)	5(20,0)	4(22,2)	0(0,0)	38,425	0,000^f
Kaynaştırma	25(42,4)	1(4,0)	1(5,6)	0(0,0)		
Özel alt sınıf	11(18,6)	16(64,0)	6(33,3)	1(50,0)		
Özel eğitim okulu	3(5,1)	3(12,0)	7(38,9)	1(50,0)		
Özel eğitim durumu, n(%)						
Var	51(81,0)	28(96,6)	21(100,0)	7(100,0)	7,848	0,025^f
Yok	12(19,0)	1(3,4)	0(0,0)	0(0,0)		
Özel eğitime başlangıç yaşı, yıl, medyan (25-75p)						
	5(3,62-6) ^a	3(1,5-4) ^b	3(1-4,5) ^b	1,5(1-4) ^b	22,701	0,000^w

f: Fisher's Exact testi, w: Kruskal Wallis H testi

X²: Ki Kare test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 25'te verilen olguların fiziksel aktivite alışkanlıkları ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve farklılıkların analizleri için varsayımlar kontrol edilmiş, Fisher's Exact, Anova ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda fiziksela aktivite durumları ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi hafif ve ağır olan olguların çoğunluğunun fiziksel aktivite yapmadığı; ZY düzeyi çok ağır olan olguların tamamının fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Fizik tedavi uygulanma durumları ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi hafif olan olguların çoğunluğuna fizik tedavi uygulanmadığı; ZY düzeyi çok ağır olan olguların çoğunluğuna fizik tedavi uygulandığı tespit edilmiştir. Olguların ZY düzeylerine göre fiziksel aktiviteye başlama yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre hafif ile çok ağır grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,004$). Hafif grubunun fiziksel aktiviteye başlama yaşı çok ağır grubunun fiziksel aktiviteye başlama yaşından yüksektir.

Fizik tedavi hariç tüm fiziksel aktiviteler ve yapılan fiziksel aktivitenin süresi ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 25. Olguların fiziksel aktivite durumları ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ² /F/H	p
	Hafif	Orta	Ağır	Çok Ağır		
	(n=63)	(n=29)	(n=21)	(n=7)		
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, n(%)						
Var	18(28,6)	14(48,3)	7(33,3)	7(100)	15,033	0,001^f
Yok	45(71,4)	15(51,7)	14(66,7)	0(0,0)		
Fiziksel aktivite tipi, n(%)						
Yürüyüş	4(22,2)	2(14,3)	3(42,9)	1(14,3)	2,388	0,585 ^f
Koşu	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,322	1,000 ^f
Futbol	2(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,257	0,753 ^f
Voleybol	1(5,6)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	1,259	1,000 ^f
Jimnastik	2(11,1)	3(21,4)	1(14,3)	0(0,0)	1,782	0,756 ^f
Otizm spor merkezi	2(11,1)	2(14,3)	1(14,3)	0(0,0)	1,184	0,922 ^f
Dövüş sporları	2(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,257	0,753 ^f
Yüzme	2(11,1)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	1,203	1,000 ^f
Binicilik	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	2,825	0,610 ^f
Tenis	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,322	1,000 ^f
Paten	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,322	1,000 ^f
Bisiklet	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2,322	1,000 ^f
Fizik tedavi	4(22,2)	6(42,9)	3(42,9)	6(85,7)	8,185	0,037^f
Ergoterapi	1(5,6)	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	1,259	1,000 ^f
Başlangıç yaşı, yıl,	7,00±2,74	4,50±3,18	3,78±2,15	2,43±2,55	5,648	0,002^v
ort±SS						
Saat/hafta,	2	2	3	2	0,998	0,802 ^w
medyan (25-75p)	(1-4,25) ^a	(1,38-3) ^{a,b}	(1-7) ^{a,b}	(1-3) ^b		

f: Fisher's Exact testi, v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

X²: Ki Kare test istatistiği, F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde), ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 26’da verilen olguların ekran maruziyeti özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve farklılıkların analizleri için varsayımlar kontrol edilmiş, Fisher’s Exact ve Kruskal Wallis H testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda ekran maruziyeti özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi hafif, orta ve ağır olan olguların çoğunluğunun ekran maruziyeti olduğu tespit edilmiştir. İletişim kurma amacı ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi hafif, orta ve ağır olan olguların çoğunluğunun ekran kullanım amacının iletişim kurmak olduğu belirlenmiştir.

Kullanılan cihaz, ekran kullanım süresi ve iletişim kurma dışındaki kullanım amaçları ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 26. Olguların ekran maruziyeti özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ² /H	p
	Hafif	Orta	Ağır	Çok Ağır		
	(n=63)	(n=29)	(n=21)	(n=7)		
Ekran Maruziyeti, n(%)						
Var	62(98,4)	26(89,7)	21(100,0)	4(57,1)	13,292	0,001^f
Yok	1(1,6)	3(10,3)	0(0,0)	3(42,9)		
Kullanılan Cihaz, n(%)						
Telefon	56(90,3)	23(88,5)	19(90,5)	4(100,0)	0,397	1,000 ^f
Televizyon	48(77,4)	23(88,5)	16(76,2)	2(50,0)	3,690	0,277 ^f
Tablet	29(46,8)	14(53,8)	15(75,0)	1(25,0)	6,031	0,099 ^f
Bilgisayar	18(29,0)	9(36,0)	3(14,3)	0(0,0)	3,799	0,269 ^f
Kullanım Amacı, n(%)						
Oyun Oynama	42(67,7)	14(53,8)	11(52,4)	2(50,0)	2,834	0,435 ^f
Film/Dizi/Video	62(100,0)	26(100,0)	20(95,2)	4(100,0)	4,972	0,223 ^f
İzleme						

Sosyal Medya	9(14,5)	2(7,7)	0(0,0)	0(0,0)	3,652	0,237 ^f
İletişim	43(69,4)	14(53,8)	12(57,1)	0(0,0)	8,313	0,034^f
Günlük Ekran	3(1-4,25)	2(1-3,25)	3(1,5-4)	4(1,75-4)	1,801	0,615 ^w
Süresi, saat, medyan						
(25-75p)						

f: Fisher's Exact testi, w: Kruskal Wallis H testi

X²: Ki Kare test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 27'de verilen olguların uyku alışkanlığı özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkilerin ve farklılıkların analizleri için varsayımlar kontrol edilmiş, Fisher's Exact, Anova ve Kruskal Wallis H testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda uyku alışkanlığı özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi hafif, orta ve ağır olan olguların çoğunluğunun uykusunun düzenli olduğu görülmüştür. Uykuyu sürdürümde güçlük problemi ile ZY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). İlişkinin sebebi için gözlemler incelendiğinde ZY düzeyi hafif, orta ve ağır olan olguların çoğunluğunun sürdürümde güçlük problemi olmadığı tespit edilmiştir.

Uyku problemlerinden dalmada güçlük, uyku süresi, kiminle uyuduğu ve bakım veren kişi ile ZY düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 27. Olguların uyku alışkanlığı özellikleri ile ZY düzeyleri arasındaki ilişkiler ve farklılıklar

Özellikler	ZY Düzeyi				X ² /H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Uyku düzeni, n(%)						
Düzenli	56(88,9)	23(79,3)	17(81,0)	3(42,9)	8,265	0,030^f
Düzensiz	7(11,1)	6(20,7)	4(19,0)	4(57,1)		
Uyku problemi, n(%)						
Dalmada güçlük	7(11,1)	7(24,1)	3(14,3)	3(42,9)	5,889	0,102 ^f
Sündürümde güçlük	7(11,1)	2(6,8)	2(9,5)	4(57,1)	8,390	0,032^f

Faz kayması	0(0,0)	0(0,0)	1(4,8)	1(14,3)	-	-
Uyku süresi, saat,	10(9-10)	10(8,5-10)	10(8-10)	9(6-11)	0,072	0,995 ^w
medyan (25-75p)						
Kiminle uyuduğu, n(%)						
Tek başına	29(46,0)	16(55,2)	15(71,4)	3(42,9)	4,431	0,223 ^f
Bakım verenle	34(54,0)	13(44,8)	6(28,6)	4(57,1)		
Bakım veren, n(%)						
Anne	60(95,2)	29(100,0)	21(100,0)	7(100,0)	4,180	1,000 ^f
Baba	2(3,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
Anneanne	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		

f: Fisher's Exact testi, w: Kruskal Wallis H testi

X²: Ki Kare test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler frekans (yüzde) ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 28'de verilen olguların ZY düzeylerine göre ÇİYKÖ puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Bonferroni testleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda olguların ZY düzeylerine göre Fiziksel Sağlık Toplam Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bonferroni testlerine göre hafif ile orta ve çok ağır grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p = 0,008$ ve $p = 0,019$). Hafif grubunun puanı orta ve çok ağır grupları puanlarından yüksektir. Olguların ZY düzeylerine göre Sosyal İşlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bonferroni testlerine göre hafif ile ağır ve çok ağır grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p = 0,007$ ve $p = 0,015$). Hafif grubunun puanı ağır ve çok ağır grupları puanlarından yüksektir. Olguların ZY düzeylerine göre Okul İşlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bonferroni testlerine göre hafif ile çok ağır grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p = 0,021$). Hafif grubunun puanı çok ağır grubunun puanından yüksektir. Olguların ZY düzeylerine göre Psikososyal Sağlık Toplam Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bonferroni testleri uygulanmış ancak testler farkı ortaya çıkartamamıştır. Olguların ZY düzeylerine göre Ölçek Toplam Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bonferroni testlerine göre hafif ile orta ve çok ağır grupları arasında istatistiksel olarak

anlamli farklılıklar bulunmuştur ($p=0,039$ ve $p=0,011$). Hafif grubunun ölçek toplam puanı orta ve çok ağır grupları ölçek toplam puanlarından yüksektir.

ZY düzeylerine göre Duygusal İşlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 28. Olguların ZY düzeylerine ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	ZY Düzeyi				F/H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Fiziksel	78,12	59,37	71,87	15,62	16,823	0,001^w
Sağlık	(62,5-87,5) ^a	(50-75) ^b	(57,81-78,12) ^{a,b}	(0-84,37) ^b		
Duygusal	75	65	70	65	3,706	0,295 ^w
İşlevsellik	(55-85)	(45-77,5)	(60-80)	(50-85)		
Sosyal	65	50	40	25	18,559	0,000^w
İşlevsellik	(50-85) ^a	(35-70) ^{a,b}	(30-60) ^b	(5-50) ^b		
Okul	54,06±23,28	52,22±20,44	41,75±18,73	25,83±26,72	4,112	0,008^v
İşlevsellik	(0-100) ^a	(5-90) ^{a,b}	(10-85) ^{a,b}	(0-70) ^b		
Psikososyal	66,66	53,33	53,33	42,5	12,013	0,007^w
Sağlık	(48,33-78,33)	(43,33-72,5)	(37,08-62,5)	(28,33-46,66)		
Ölçek	70,65	57,6	59,78	35,86	16,837	0,001^w
Toplam	(55,43-81,52) ^a	(44,85-69,02) ^b	(45,65-69,02) ^{a,b}	(18,47-63,04) ^b		
Puanı						

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 29’da verilen olguların ZY düzeylerine göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Bonferroni testleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda olguların ZY düzeylerine göre Sosyal İşlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Bonferroni testlerine göre hafif ile orta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,042$). Hafif grubunun puanı orta grubunun puanından yüksektir.

ZY düzeylerine göre Fiziksel İşlevsellik, Fiziksel Rol, Bedensel Ağrı, Genel Sağlık, Canlılık, Duygusal Rol ve Ruh Sağlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 29. Olguların ZY düzeylerine göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları	ZY Düzeyi				F/H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Fiziksel İşlevsellik	85 (70-100)	75 (55-92,5)	90 (77,5-97,5)	85 (75-95)	6,629	0,085 ^w
Fiziksel Rol	75 (25-100)	50 (12,5-100)	100 (25-100)	25 (0-100)	4,995	0,172 ^w
Bedensel Ağrı	67,5 (45-80)	55 (35-67,5)	67,5 (52,5-90)	77,5 (22,5-90)	6,321	0,097 ^w
Genel Sağlık	54,13±19,85 (10-95)	56,21±19,62 (20-95)	62,62±18,21 (30-85)	51,43±21,16 (20-80)	1,119	0,344 ^v
Canlılık	49,59±20,01 (0-90)	49,14±21,96 (5-95)	58,57±20,01 (15-85)	44,29±23,7 (0-70)	1,352	0,261 ^v
Sosyal İşlevsellik	62,5 (50-87,5) ^a	50 (50-62,5) ^b	62,5 (56,25-93,75) ^{a,b}	75 (25-87,5) ^{a,b}	9,320	0,025^w
Duygusal Rol	66,7 (33,3-100)	66,7 (0-100)	66,7 (0-100)	66,7 (0-100)	0,815	0,846 ^w
Ruh Sağlığı	58,35±17,94 (16-100)	57,52±19,93 (16-96)	66,86±16,6 (28-96)	65,71±20,51 (24-84)	1,548	0,206 ^v

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 30’da verilen olguların ZY düzeylerine göre GGA puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis H testleri gerçekleştirilmiştir. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Bonferroni testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda olguların ZY düzeylerine göre Prososyal Davranış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre hafif ile ağır ve çok ağır grupları arasında; orta ile çok ağır grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,000$, $p=,000$ ve $p=0,016$). Hafif grubunun puanı ağır ve çok ağır grupları puanlarından ve orta grubunun puanı çok ağır grubunun puanından yüksektir. Olguların ZY düzeylerine göre Etkilenme Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre çok ağır ile hafif ve orta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0,015$ ve $p=0,019$). Çok ağır grubunun puanı hafif ve orta grupları puanlarından yüksektir.

ZY düzeylerine göre Hiperaktivite, Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları ve Akran Sorunları alt boyutları, İçer Atım, Dışa Yönelim ve Toplam Güçlük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 30. Olguların ZY düzeylerine göre GGA toplam puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	ZY Düzeyi				F/H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Hiperaktivite	6 (4-8)	7 (5-8,5)	7 (5,5-10)	6 (5-9)	7,440	0,059 ^w
Duygusal Sorunlar	3 (1-5)	4 (2-5)	4 (2,5-5)	2 (1-5)	1,947	0,584 ^w
Davranış Sorunları	2 (1-3)	3 (1,5-4)	2 (1-3)	3 (2-4)	3,143	0,370 ^w
Akran Sorunları	3,7±1,74 (0-8)	4,28±1,81 (0-8)	4,62±1,75 (1-8)	4,14±1,21 (3-6)	1,779	0,155 ^v
Prososyal Davranış	7 (5-9) ^{a,c}	6 (4-8) ^{c,d}	4 (2-6) ^{b,d}	2 (0-4) ^b	28,549	0,000^w

İçe Atım Puanı	7 (4-9)	8 (6-9)	9 (7-10,5)	6 (4-9)	5,007	0,171 ^w
Dışa Yönelim Puanı	8,03±3,54 (0-17)	9,14±3,04 (2-14)	9,62±3,47 (3-15)	10,14±3,13 (6-14)	1,909	0,132 ^v
Toplam Güçlük Puanı	15,16±6,18 (4-31)	16,79±4,69 (4-25)	18±5,6 (8-26)	17±6,06 (10-26)	1,521	0,213 ^v
Etkilenme Puanı	2 (0-4) ^a	1 (0-4,5) ^a	3 (1,5-9) ^{a,b}	6 (3-9) ^b	14,373	0,002^w

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 31’de verilen olguların ZY düzeylerine göre SCL-90-R puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş Kruskal Wallis H testleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda olguların ZY düzeylerine göre SCL-90-R puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 31. Olguların ZY düzeylerine göre primer bakım verenlerinin SCL-90-R puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	ZY Düzeyi				H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
Somatizasyon	0,75 (0,33-1,33)	1,08 (0,46-1,75)	0,5 (0,29-1,38)	0,5 (0,25-0,66)	3,407	0,333 ^w
Anksiyete	0,4 (0,1-1)	0,6 (0,15-1,2)	0,3 (0,2-0,6)	0,4 (0,3-0,5)	0,813	0,846 ^w
Obsesif Kompulsif Belirtiler	0,7 (0,3-1,4)	0,9 (0,3-1,85)	0,8 (0,4-1,5)	0,6 (0,4-1,2)	0,381	0,944 ^w
Depresyon	0,84 (0,3-1,53)	1 (0,35-1,73)	0,76 (0,3-1,38)	0,61 (0,3-1,46)	0,852	0,837 ^w
Kişilerarası	0,55	1	0,66	0,88	3,706	0,295 ^w

Duyarlılık	(0,22-1,33)	(0,33-1,66)	(0,22-1,17)	(0,44-1,88)		
Psikotizm	0,2 (0-0,6)	0,3 (0,15-1,1)	0,1 (0-0,75)	0,3 (0,1-0,7)	4,337	0,227 ^w
Paranoid Düşünce	0,66 (0,16-1,16)	1 (0,16-1,42)	0,5 (0,16-1,16)	0,5 (0,5-1,83)	3,598	0,308 ^w
Öfke-Düşmanlık	0,33 (0,16-0,83)	0,5 (0,08-1,25)	0,33 (0-0,92)	0,33 (0-0,66)	0,753	0,861 ^w
Fobik Anksiyete	0,14 (0-0,57)	0,14 (0-0,85)	0 (0-0,42)	0,14 (0-0,28)	2,246	0,523 ^w
Ek Ölçek	0,71 (0,14-1,57)	1 (0,28-1,64)	0,57 (0,21-1,07)	0,85 (0,14-1,57)	1,785	0,618 ^w
Genel Semptom İndeksi	0,62 (0,27-1,22)	0,86 (0,29-1,57)	0,52 (0,25-0,98)	0,5 (0,33-1)	1,365	0,714 ^w

w: Kruskal Wallis H testi

H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 32’de verilen olguların ZY düzeylerine göre SDKL puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş ve Kruskal Wallis H testleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda olguların ZY düzeylerine göre SDKL puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 32. Olguların ZY düzeylerine göre SDKL puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	ZY Düzeyi				H	p
	Hafif (n=63)	Orta (n=29)	Ağır (n=21)	Çok Ağır (n=7)		
İrritabilite, Ajitasyon, Ağlama	7(3-17)	9(6-18)	13(2,5-18)	15(2-24)	2,874	0,411 ^w
Letarji, Sosyal İçe Çekilme	6(2-11)	7(4,5-12,5)	10(4,5-16)	9(3-19)	4,044	0,257 ^w
Stereotipik Davranış	2(1-4)	5(0,5-8)	5(2-6,5)	6(1-15)	6,096	0,107 ^w
Hiperaktivite, Uyum Sorunları	7(4-19)	15(10,5-23)	12(8-28,5)	12(6-26)	7,676	0,053 ^w

Uygunsuz Konuşma	3(1-4)	3(0,5-4,5)	2(0-3)	0(0-0)	7,118	0,068 ^w
------------------	--------	------------	--------	--------	-------	--------------------

w: Kruskal Wallis H testi

H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 33'te verilen ÇİYKÖ puanları ile GGA puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve Spearman korelasyonları yapılmıştır. Analizler sonucunda Fiziksel İşlevsellik alt boyutu ile Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, İçer Atım Puanı, Toplam Güçlük Puanı ve Etkilenme Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler, Prososyal Davranış ile arasında ise pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Duygusal İşlevsellik alt boyutu ile Hiperaktivite, Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Akran Sorunları, İçer Atım Puanı, Dışa Yönelim Puanı, Toplam Güçlük Puanı ve Etkilenme Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli değişen ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$).

Sosyal İşlevsellik, Okul İşlevsellik, Psikososyal Sağlık ve Ölçek Toplam puanı ile Prososyal Davranış hariç tüm alt boyutlar arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli değişen ilişkiler, Prososyal davranış ile aralarında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 33. Olguların ÇİYKÖ puanları ile GGA puanları arasındaki ilişkiler

		GGA								
		Hiperaktivite	Duygusal Sorunlar	Davranış Sorunları	Akran Sorunları	Prososyal Davranış	İçer Atım Puanı	Dışa Yönelim Puanı	Toplam Güçlük Puanı	Etkilenme Puanı
Fiziksel	r	-0,119	-0,321	-0,198	-0,089	,216	-0,275	-0,172	-0,245	-0,184
Sağlık	p	0,195	0,000	0,031	0,333	0,018	0,002	0,061	0,007	0,045
Duygusal	r	-0,331	-0,619	-0,470	-0,214	0,155	-0,552	-0,452	-0,568	-0,360

İşlevsellik	p	0,000	0,000	0,000	0,019	0,091	0,000	0,000	0,000	0,000
Sosyal	r	-0,358	-0,482	-0,309	-0,395	,329	-0,558	-0,389	-0,534	-0,376
İşlevsellik	p	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Okul	r	-0,413	-0,435	-0,353	-0,232	,309	-0,447	-0,429	-0,503	-0,486
İşlevsellik	p	0,000	0,000	0,000	0,012	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
Psikososy	r	-0,421	-0,597	-0,428	-0,332	,313	-0,607	-0,486	-0,616	-0,478
al Sağlık	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Ölçek	r	-0,333	-0,546	-0,366	-0,260	,304	-0,530	-0,396	-0,518	-0,411
Toplam	p	0,000	0,000	0,000	0,004	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
Puanı										

r: Korelasyon katsayısı

Tablo 34’te verilen SF-36 puanları ile GGA puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve Spearman korelasyonları kullanılmıştır. Analizler sonucunda Fiziksel İşlevsellik alt boyutu ile Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, İçer Atım Puanı, Dışa Yönelim Puanı ve Toplam Güçlük Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler bulunmuştur ($p<0,05$).

Fiziksel Rol alt boyutu ile Duygusal Sorunlar ve Etkilenme Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyli ilişkiler elde edilmiştir ($p<0,05$).

Bedensel Ağrı alt boyutu ile Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, İçer Atım Puanı, Dışa Yönelim Puanı, Toplam Güçlük Puanı ve Etkilenme Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve çok zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$).

Genel Sağlık alt boyutu ile Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Akran Sorunları, İçer Atım Puanı, Toplam Güçlük Puanı ve Etkilenme Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve çok zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler belirlenmiştir ($p<0,05$).

Canlılık alt boyutu ile Hiperaktivite, Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Dışa Yönelim Puanı, Toplam Güçlük Puanı ve Etkilenme Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyli ilişkiler elde edilmiştir ($p<0,05$).

Sosyal İşlevsellik alt boyutu ile Hiperaktivite, Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, İçer Atım Puanı, Toplum Güçlük Puanı ve Etkilenme Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler; Prososyal Davranış arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Duygusal Rol alt boyutu ile Duygusal Sorunlar, İçer Atım Puanı, Toplam Güçlük Puanı ve Etkilenme Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve çok zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$)

Ruh Sağlığı alt boyutu ile Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, İçer Atım Puanı ve Toplam Güçlük Puanı arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler tespit edilmiştir ($p<0,05$)

Tablo 34. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanları ile olguların GGA puanları arasındaki ilişkiler

		GGA									
		Hiperaktivite	Duygusal Sorunlar	Davranış Sorunları	Akras Sorunları	Prososyal Davranış	İçe Atım Puanı	Dışa Yönelim	Toplum	Güçlük Puanı	Etkilenme Puanı
Fiziksel	r	-0,113	-0,420	-0,298	-0,099	0,081	-0,351	-0,198	-0,317	-0,170	
İşlevsellik	p	0,220	0,000	0,001	0,283	0,377	0,000	0,030	0,000	0,064	
Fiziksel	r	-0,015	-0,239	-0,120	0,066	0,059	-0,132	-0,038	-0,103	-0,232	
Rol	p	0,868	0,008	0,191	0,477	0,520	0,152	0,677	0,261	0,011	
Bedensel	r	-0,114	-0,388	-0,389	-0,054	0,111	-0,306	-0,241	-0,311	-0,279	
Ağrı	p	0,214	0,000	0,000	0,558	0,229	0,001	0,008	0,001	0,002	
Genel	r	-0,166	-0,358	-0,185	-0,194	0,080	-0,364	-0,177	-0,310	-0,184	
Sağlık	p	0,071	0,000	0,043	0,034	0,388	0,000	0,053	0,001	0,044	
Canlılık	r	-0,264	-0,291	-0,255	0,097	-0,066	-0,155	-0,281	-0,253	-0,287	
	p	0,004	0,001	0,005	0,293	0,473	0,091	0,002	0,005	0,001	
Sosyal	r	-0,305	-0,321	-0,368	0,000	0,193	-0,241	-0,376	-0,359	-0,314	
İşlevsellik	p	0,001	0,000	0,000	0,999	0,034	0,008	0,000	0,000	0,000	
Duygusal	r	-0,172	-0,329	-0,112	0,045	0,015	-0,209	-0,164	-0,215	-0,324	

Rol	p	0,061	0,000	0,224	0,626	0,873	0,022	0,074	0,018	0,000
Ruh	r	-0,326	-0,304	-0,282	-0,024	-0,027	-0,229	-0,342	-0,337	-0,171
Sağlığı	p	0,000	0,001	0,002	0,795	0,768	0,012	0,000	0,000	0,061

r: Korelasyon katsayısı

Tablo 35'te verilen ÇİYKÖ puanları ile SDKL puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve Spearman korelasyonları uygulanmıştır. Analizler sonucunda Fiziksel Sağlık, Sosyal İşlevsellik ve Okul İşlevsellik alt boyutları ile İrritabilite, Ajitasyon, Ağlama, Letarji, Sosyal İç Çekilme, Stereotipik Davranış ve Hiperaktivite, Uyum Sorunları alt boyutları arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler bulunmuştur ($p < 0,05$).

Duygusal İşlevsellik, Psikososyal Sağlık alt boyutları ve ölçek toplam puanı ile İrritabilite, Ajitasyon, Ağlama, Letarji, Sosyal İç Çekilme, Stereotipik Davranış, Hiperaktivite, Uyum Sorunları ve Uygunsuz Konuşma alt boyutları arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve çok zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler gözlenmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 35. Olguların ÇİYKÖ puanları ile SDKL puanları arasındaki ilişkiler

		SDKL				
		İrritabilite, Ajitasyon, Ağlama	Letarji, Sosyal İç Çekilme	Stereotipik Davranış	Hiperaktivite, Uyum Sorunları	Uygunsuz Konuşma
Fiziksel	r	-0,275	-0,327	-0,213	-0,276	-0,164
Sağlık	p	0,002	0,000	0,020	0,002	0,075
Duygusal	r	-0,631	-0,509	-0,431	-0,557	-0,358
İşlevsellik	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sosyal	r	-0,396	-0,447	-0,328	-0,411	-0,098
İşlevsellik	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,291
Okul	r	-0,338	-0,416	-0,254	-0,363	-0,070
İşlevsellik	p	0,000	0,000	0,006	0,000	0,462
Psikososyal	r	-0,530	-0,542	-0,392	-0,514	-0,202
Sağlık	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,027

Ölçek	r	-0,464	-0,509	-0,362	-0,464	-0,191
Toplam Puanı	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,038

r: Korelasyon katsayısı

Tablo 36’da verilen SF-36 puanları ile SDKL puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve Spearman korelasyonları kullanılmıştır. Analizler sonucunda Fiziksel İşlevsellik, Bedensel Ağrı, Genel Sağlık ve Ruh Sağlığı alt boyutları ile İrritabilite, Ajitasyon, Ağlama, Letarji, Sosyal İç Çekilme, Stereotipik Davranış, Hiperaktivite, Uyum Sorunları ve Uygunsuz Konuşma alt boyutları arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler bulunmuştur ($p<0,05$).

Canlılık, Sosyal İşlevsellik ve Duygusal Rol alt boyutları ile İrritabilite, Ajitasyon, Ağlama, Letarji, Sosyal İç Çekilme, Stereotipik Davranış ve Hiperaktivite, Uyum Sorunları alt boyutları arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ile orta düzey arasında değişen ilişkiler elde edilmiştir ($p<0,05$).

Fiziksel Rol alt boyutu ile İrritabilite, Ajitasyon, Ağlama, Letarji, Sosyal İç Çekilme ve Stereotipik Davranış alt boyutları arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf ile çok zayıf düzeyler arasında değişen ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 36. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanları ile olguların SDKL puanları arasındaki ilişkiler

		SDKL				
		İrritabilite, Ajitasyon, Ağlama	Letarji, Sosyal İç Çekilme	Stereotipik Davranış	Hiperaktivite, Uyum Sorunları	Uygunsuz Konuşma
Fiziksel	r	-0,406	-0,371	-0,183	-0,306	-0,320
İşlevsellik	p	0,000	0,000	0,046	0,001	0,000
Fiziksel Rol	r	-0,219	-0,187	-0,232	-0,177	-0,105
	p	0,016	0,041	0,011	0,053	0,254
Bedensel	r	-0,458	-0,392	-0,252	-0,330	-0,315

Ağrı	p	0,000	0,000	0,006	0,000	0,000
Genel	r	-0,382	-0,334	-0,293	-0,311	-0,298
Sağlık	p	0,000	0,000	0,001	0,001	0,001
Canlılık	r	-0,362	-0,246	-0,226	-0,303	-0,127
	p	0,000	0,007	0,013	0,001	0,169
Sosyal	r	-0,466	-0,351	-0,285	-0,351	-0,125
İşlevsellik	p	0,000	0,000	0,002	0,000	0,174
Duygusal	r	-0,325	-0,260	-0,277	-0,286	-0,139
Rol	p	0,000	0,004	0,002	0,002	0,133
Ruh Sağlığı	r	-0,353	-0,218	-0,272	-0,294	-0,217
	p	0,000	0,017	0,003	0,001	0,018

r: Korelasyon katsayısı

Tablo 37’de verilen SF-36 puanları ile SCL-90 puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve Spearman korelasyonları yapılmıştır. Analizler sonucunda SF-36 alt boyutları ile SCL-90-R alt boyutları arasında hesaplanan korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli ilişkiler elde edilmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 37. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanları ile SCL-90-R puanları arasındaki ilişkiler

		SF-36														
		Fiziksel	İşlevsellik	Fiziksel	Rol	Bedensel	Ağrı	Genel	Sağlık	Canlılık	Sosyal	İşlevsellik	Duygusal	Rol	Ruh	Sağlığı
Somatizasyon	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,437	0,471	0,556	0,509	0,541	0,409	0,579	0,527							
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Anksiyete	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,339	0,457	0,450	0,487	0,529	0,403	0,608	0,591							
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Obsesif Kompulsif	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,407	0,533	0,470	0,444	0,558	0,341	0,613	0,543							

	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Depresyon	r	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,367	0,510	0,496	0,495	0,598	0,443	0,686	0,645
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kişilerarası Duyarlılık	r	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,355	0,429	0,391	0,437	0,514	0,395	0,609	0,501
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Psikotizm	r	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,433	0,473	0,450	0,491	0,477	0,347	0,639	0,524
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Paranoid Düşünce	r	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,430	0,455	0,436	0,435	0,497	0,378	0,585	0,520
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Öfke-Düşmanlık	r	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,298	0,443	0,442	0,365	0,503	0,378	0,631	0,602
	p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Fobik Anksiyete	r	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,376	0,453	0,392	0,429	0,364	0,257	0,519	0,419
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000
Ek Ölçek	r	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,321	0,342	0,377	0,424	0,439	0,333	0,535	0,493
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Genel Semptom İndeksi	r	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,399	0,497	0,486	0,498	0,569	0,395	0,664	0,601
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

r: Korelasyon katsayısı

Tablo 38’de verilen olguların annelerinin ruhsal hastalık durumlarına göre ÇİYKÖ alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda annenin ruhsal hastalık durumuna göre Okul İşlevsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ruhsal hastalığı olmayan grubun puanı ruhsal hastalığı olan grubun puanından yüksektir.

Annenin ruhsal hastalık durumuna göre Fiziksel Sağlık, Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik, Psikososyal Sağlık alt boyutları ve Ölçek Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 38. Annenin ruhsal hastalık durumuna göre olguların ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Annenin ruhsal hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=22)	Yok (n=98)		
Fiziksel Sağlık	75,00(46,87-85,15)	71,87(55,47-85,15)	-0,092	0,927 ^m
Duygusal İşlevsellik	62,5(45-85)	72,5(60-85)	-1,269	0,204 ^m
Sosyal İşlevsellik	55(38,75-81,25)	60(35-75)	-0,258	0,796 ^m
Okul İşlevsellik	41,21±23,07	52,10±22,58	-2,026	0,045^s
Psikososyal Sağlık	53,27±19,27	59,45±19,28	-1,359	0,177 ^s
Ölçek Toplam Puanı	62,96(39,67-76,63)	64,67(48,91-77,17)	-0,906	0,365 ^m

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 39’da verilen annelerin ruhsal hastalık durumlarına göre SF-36 ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda annenin ruhsal hastalık durumuna göre **Genel Sağlık, Canlılık, Duygusal Rol ve Ruh Sağlığı** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Ruhsal hastalığı olmayan grubun puanları ruhsal hastalığı olan grubun puanlarından yüksektir.

Annenin ruhsal hastalık durumuna göre Fiziksel İşlevsellik, **Fiziksel Rol, Bedensel Ağrı** ve **Sosyal İşlevsellik** alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 39. Annenin ruhsal hastalık durumu göre olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Annenin ruhsal hastalık durumu	
--------------------------------	--

Ölçek ve Alt Boyutları	Var (n=22)	Yok (n=98)	Z/t	p
Fiziksel İşlevsellik	50(0-100)	75(25-100)	-0,639	0,523 ^m
Fiziksel Rol	51,25(22,5-67,5)	67,5(45-80)	-1,600	0,110 ^m
Bedensel Ağrı	42,5(25-60)	60(45-75)	-1,816	0,069 ^m
Genel Sağlık	42,73±18,43	58,93±18,71	-3,680	0,000^s
Canlılık	35,91±22,76	54,07±18,89	-3,920	0,007^s
Sosyal İşlevsellik	62,5(37,5-75)	62,5(50-87,5)	-1,771	0,077 ^m
Duygusal Rol	0(0-66,7)	66,7(33,3-100)	-3,289	0,001^s
Ruh Sağlığı	48,73±21,79	62,61±16,76	-3,314	0,001^s

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 40'ta verilen olguların babalarının ruhsal hastalık durumlarına göre ÇİYKÖ ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda babanın ruhsal hastalık durumu ile alt boyutlar ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 40. Babanın ruhsal hastalık durumu göre olguların ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Babanın ruhsal hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=10)	Yok (n=109)		
Fiziksel Sağlık	59,37(46,87-81,25)	70(55-85)	-1,353	0,176 ^m
Duygusal İşlevsellik	70(50-85)	60(37,5-77,5)	-0,338	0,736 ^m
Sosyal İşlevsellik	55(35-90)	50(35-68,75)	-0,173	0,863 ^m
Okul İşlevsellik	43,78±31,35	50,67±22,01	-0,711	0,492 ^s
Psikososyal Sağlık	55,17±22,87	58,63±19,05	-0,564	0,574 ^s
Ölçek Toplam Puanı	56,52(46,73-78,26)	85(62,5-95)	-0,728	0,601 ^m

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 41’de verilen babaların ruhsal hastalık durumlarına göre SF-36 ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda babanın ruhsal hastalık durumuna göre **Canlılık** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Ruhsal hastalığı olmayan grubun puanları ruhsal hastalığı olan grubun puanlarından yüksektir.

Babanın ruhsal hastalık durumuna göre Fiziksel İşlevsellik, **Fiziksel Rol**, **Bedensel Ağrı**, **Genel Sağlık**, **Sosyal İşlevsellik**, **Duygusal Rol** ve **Ruh Sağlığı** alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 41. Babanın ruhsal hastalık durumu göre olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Babanın ruhsal hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=10)	Yok (n=109)		
Fiziksel İşlevsellik	80(75-95)	75(25-100)	-0,188	0,851 ^m
Fiziksel Rol	50(25-100)	67,5(45-80)	-0,247	0,805 ^m
Bedensel Ağrı	55(45-67,5)	55(45-75)	-1,467	0,142 ^m
Genel Sağlık	46,82±17,79	56,88±19,64	-1,632	0,105 ^s
Canlılık	36,82±22,05	52,15±20,24	-2,376	0,019^s
Sosyal İşlevsellik	50(37,5-62,5)	66,7(16,65-100)	-1,388	0,165 ^m
Duygusal Rol	33,3(0-100)	64(52-72)	-1,279	0,201 ^m
Ruh Sağlığı	49,82±19,87	61,1±18,12	-1,952	0,053 ^s

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 42’de verilen annelerin fiziksel hastalık durumlarına göre SF-36 ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda annenin fiziksel hastalık durumuna göre **Genel Sağlık** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Fiziksel hastalığı olmayan grubun puanları fiziksel hastalığı olan grubun puanlarından yüksektir.

Annelerin fiziksel hastalık durumuna göre Fiziksel İşlevsellik, **Fiziksel Rol**, **Bedensel Ağrı**, **Canlılık**, **Sosyal İşlevsellik**, **Duygusal Rol** ve **Ruh Sağlığı** alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 42. Annenin fiziksel hastalık durumu göre olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Annenin fiziksel hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=50)	Yok (n=70)		
Fiziksel İşlevsellik	80(58,75-95)	87,5(73,75-100)	-2,142	0,032 ^m
Fiziksel Rol	75(25-100)	75(25-100)	-0,025	0,980 ^m
Bedensel Ağrı	57,5(35-71,875)	67,5(45-80)	-1,645	0,100 ^m
Genel Sağlık	51,2±20,52	59,36±18,35	-2,285	0,024^s
Canlılık	49,8±21,88	51,41±20,11	-0,418	0,677 ^s
Sosyal İşlevsellik	62,5(50-78,125)	62,5(50-87,5)	-0,343	0,732 ^m
Duygusal Rol	66,7(33,3-100)	66,7(0-100)	-0,364	0,716 ^m
Ruh Sağlığı	60(47-77)	60(52-68)	0,086	0,931 ^s

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 43'te verilen babaların fiziksel hastalık durumlarına göre SF-36 ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda babanın fiziksel hastalık durumuna göre **Bedensel** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir ($p<0,05$). Fiziksel hastalığı olmayan grubunun puanları fiziksel hastalığı olan grubun puanlarından yüksektir.

Babanın fiziksel hastalık durumuna göre Fiziksel İşlevsellik, **Fiziksel Rol**, **Canlılık**, **Genel Sağlık**, **Sosyal İşlevsellik**, **Duygusal Rol** ve **Ruh Sağlığı** alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 43. Babanın fiziksel hastalık durumuna göre olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Babanın fiziksel hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=31)	Yok (n=88)		
Fiziksel İşlevsellik	75(40-95)	87,5(70-95)	-1,921	0,055 ^m
Fiziksel Rol	50(0-100)	75(25-100)	-1,942	0,052 ^m
Bedensel Ağrı	55(35-67,5)	67,5(45-80)	-1,977	0,048^m
Genel Sağlık	57,74±21,36	55,51±19,1	0,542	0,589 ^s
Canlılık	50,48±21,54	51,13±20,58	-0,147	0,883 ^s
Sosyal İşlevsellik	62,5(50-75)	62,5(50-87,5)	-0,009	0,993 ^m
Duygusal Rol	66,7(33,3-100)	66,7(0-100)	-0,096	0,924 ^m
Ruh Sağlığı	61,03±19,65	60,05±18,03	0,256	0,798 ^s

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 44'te verilen olguların fiziksel hastalık durumlarına göre ÇİYKÖ ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda fiziksel hastalık durumuna göre Fiziksel Sağlık, Okul İşlevsellik ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Fiziksel hastalığı olmayan grubun puanı fiziksel hastalığı olan grubun puanından yüksektir.

Olguların fiziksel hastalık durumuna göre Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik ve Psikososyal Sağlık alt boyutları toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 44. Olguların fiziksel eş tanı durumu göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Fiziksel hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=67)	Yok (n=53)		
Fiziksel Sağlık	68,75(46,87-81,25)	78,12(65,62-87,5)	-3,070	0,002^m

Duygusal İşlevsellik	70(50-85)	75(60-85)	-1,310	0,190 ^m
Sosyal İşlevsellik	55(35-75)	60(35-80)	-0,673	0,501 ^m
Okul İşlevsellik	45,93±23,41	55,51±21,41	-2,249	0,026^s
Psikososyal Sağlık	53,33(41,66-70)	65(51,665-75)	-1,853	0,064 ^m
Ölçek Toplam Puanı	59,78(43,47-70,65)	69,56(55,975-80,145)	-2,707	0,007^m

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 45'te verilen olguların fiziksel hastalık durumlarına göre SF-36 ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda fiziksel hastalık durumuna göre **Fiziksel Rol** toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Fiziksel hastalığı olmayan grubun puanları fiziksel hastalığı olan grubun puanlarından yüksektir.

Olguların fiziksel hastalık durumuna göre Fiziksel İşlevsellik, **Canlılık**, **Bedensel Ağrı**, **Genel Sağlık**, **Sosyal İşlevsellik**, **Duygusal Rol** ve **Ruh Sağlığı** alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 45. Olguların fiziksel hastalık durumu göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Fiziksel hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=67)	Yok (n=53)		
Fiziksel İşlevsellik	85(60-95)	90(70-100)	-1,914	0,056 ^m
Fiziksel Rol	50(0-100)	75(50-100)	-2,146	0,032^m
Bedensel Ağrı	67,5(45-80)	60(45-77,5)	-0,167	0,867 ^m
Genel Sağlık	54,85±20,13	57,36±19,05	-0,694	0,489 ^s
Canlılık	49,01±22,9	52,92±17,74	-1,054	0,294 ^s
Sosyal İşlevsellik	62,5(50-87,5)	62,5(50-87,5)	-0,871	0,384 ^m
Duygusal Rol	66,7(0-100)	66,7(33,3-100)	-1,658	0,097 ^m
Ruh Sağlığı	59,1±19,33	61,28±17,47	-0,639	0,524 ^s

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 46’da verilen olguların ruhsal hastalık durumlarına göre ÇİYKÖ ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda olguların ruhsal hastalık durumuna göre alt boyutlar ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 46. Olguların ruhsal hastalık durumuna göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Olguların ruhsal hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=106)	Yok (n=14)		
Fiziksel Sağlık	71,87(53,12-84,37)	79,685(53,905-94,53)	-0,970	0,332 ^m
Duygusal İşlevsellik	70(50-85)	77,5(65-90)	-1,846	0,065 ^m
Sosyal İşlevsellik	60(35-80)	65(38,75-75)	-0,102	0,918 ^m
Okul İşlevsellik	50,31±22,74	47,69±25,63	0,385	0,701 ^s
Psikososyal Sağlık	57,9±19,7	61,43±16,77	-0,639	0,524 ^s
Ölçek Toplam Puanı	64,13(46,73-75,27)	69,46(54,07-79,345)	-0,895	0,371 ^m

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 47’de verilen olguların ruhsal hastalık durumlarına SF-36 ve alt boyutları toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Bağımsız Örneklem T ve Mann Whitney U testleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda olguların ruhsal hastalık durumuna göre **Genel Sağlık ve Ruh Sağlığı** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Ruhsal hastalığı olmayan grubun puanları ruhsal hastalığı olan grubun puanlarından yüksektir.

Olguların ruhsal hastalık durumuna göre Fiziksel İşlevsellik, **Fiziksel Rol**, **Bedensel Ağrı**, **Canlılık**, **Sosyal İşlevsellik ve Duygusal Rol** alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 47. Olguların ruhsal hastalık durumu göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Olguların ruhsal hastalık durumu		Z/t	p
	Var (n=106)	Yok (n=14)		
Fiziksel İşlevsellik	80(63,75-95)	90(85-95)	-1,145	0,252 ^m
Fiziksel Rol	50(25-100)	87,5(18,75-100)	-0,717	0,474 ^m
Bedensel Ağrı	57,5(45-78,125)	67,5(60-80,625)	-1,282	0,200 ^m
Genel Sağlık	54,39±19,68	67,86±14,9	-2,465	0,015^s
Canlılık	49,57±21,01	59,64±17,15	-1,718	0,088 ^s
Sosyal İşlevsellik	62,5(50-87,5)	68,75(50-78,125)	-0,070	0,944 ^m
Duygusal Rol	66,7(0-100)	100(58,35-100)	-1,459	0,145 ^m
Ruh Sağlığı	58,64±18,62	70,86±13,63	-2,368	0,019^s

m: Mann Whitney U testi, s: Bağımsız Örneklem t testi

Z: Mann Whitney U test istatistiği, t: t test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 48’de verilen olguların kardeş sayılarına göre SF-36 ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda kardeş sayılarına göre **alt boyut** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 48. Olguların kardeş sayısına göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Kardeş sayısı			F/H	p
	Tek çocuk (n=31)	1-2 kardeş (n=79)	3 ve üzeri (n=9)		
Fiziksel İşlevsellik	80(65-100)	85(70-95)	75(40-87,5)	4,006	0,135 ^w
Fiziksel Rol	75(25-100)	75(25-100)	50(12,5-100)	0,564	0,754 ^w
Bedensel Ağrı	67,5(45-80)	67,5(45-80)	45(22,5-56,25)	5,083	0,079 ^w
Genel Sağlık	54,03±19,81	57,28±19,21	53,33±23,72	0,400	0,671 ^v

Canlılık	47,26±22,5	52,77±19,8	46,67±23,85	0,979	0,379 ^v
Sosyal İşlevsellik	62,5(50-100)	62,5(50-87,5)	50(43,75-62,5)	3,901	0,142 ^w
Duygusal Rol	66,7(33,3-100)	66,7(0-100)	33,3(16,65-100)	0,025	0,988 ^w
Ruh Sağlığı	58,19±20,44	60,81±17,8	60±20,2	0,218	0,804 ^v

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 49’da verilen anelerin eğitim durumlarına göre SF-36 ve alt boyutları toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis H testleri yapılmıştır. Annelerin eğitim durumuna göre alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 49. Annenin eğitim durumuna göre primer bakım verenin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Annenin eğitim durumu				F/H	p
	Okuryazar değil (n=4)	İlköğretim (n=68)	Lise (n=34)	Üniversite (n=14)		
Fiziksel	75	80	92,5	87,5	8,272	0,050 ^w
İşlevsellik	(67,5-78,75)	(56,25-95)	(78,75-100)	(77,5-95)		
Fiziksel Rol	75	75	50	87,5	0,627	0,890 ^w
	(12,5-100)	(25-100)	(18,75-100)	(18,75-100)		
Bedensel	45	65	67,5	67,5	5,391	0,145 ^w
Ağrı	(11,25-45)	(36,25-80)	(54,37-81,87)	(45-77,5)		
Genel Sağlık	32,5±15,55	52,79±20,94	51,03±20,81	45,29±19,64	1,595	0,195 ^v
Canlılık	27,5	55	55	45	4,697	0,195 ^w
	(21,25-48,75)	(36,25-70)	(38,75-65)	(28,5-65)		
Sosyal İşlevsellik	62,5	62,5	62,5	56,25	2,048	0,562 ^w
	(62,5-62,5)	(50-87,5)	(50-87,5)	(46,87-65,62)		
Duygusal	100	66,7	66,7	83,35	3,465	0,325 ^w

Rol	(75,025-100)	(8,325-100)	(0-100)	(24,975-100)		
Ruh	60±8,64	60,71±19,31	59,65±18,14	58±18,61	0,089	0,966 ^v
Sağlığı						

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 50’de verilen babaların eğitim durumlarına göre SF-36 ve alt boyutları toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Babaların eğitim durumuna göre alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 50. Babanın eğitim durumuna göre primer bakım verenin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Babanın eğitim durumu			F/H	p
	İlköğretim (n=66)	Lise (n=36)	Üniversite (n=17)		
Fiziksel İşlevsellik	80(60-95)	90(65-95)	85(70-100)	2,244	0,326 ^w
Fiziksel Rol	50(25-100)	75(25-100)	75(0-100)	0,284	0,868 ^w
Bedensel Ağrı	57,5 (43,75-78,125)	67,5 (45-77,5)	57,5 (50-85)	0,731	0,694 ^w
Genel Sağlık	56,14±19,92	57,78±18,61	52,35±21,37	0,436	0,648 ^v
Canlılık	53,89±18,71	47,59±21,94	50,96±20,74	0,621	0,539 ^v
Sosyal İşlevsellik	62,5 (50-78,125)	68,75 (53,125-87,5)	62,5 (43,75-81,25)	1,854	0,396 ^w
Duygusal Rol	66,7(0-100)	66,7(33,3-100)	66,7(0-100)	0,240	0,887 ^w
Ruh Sağlığı	60,24±19,15	62±16,24	56,94±20,18	0,434	0,649 ^v

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 51’de verilen olguların fiziksel aktivite durumlarına göre ÇİYKÖ ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Bonferroni testleri gerçekleştirilmiştir. Analizler sonucunda olguların fiziksel aktivite durumuna göre ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre fiziksel aktivite yapmayan grup ile fizik tedavi yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,041$). Buna göre fiziksel aktivite yapmayan grubun toplam puanı fizik tedavi uygulanan grubun toplam puanından yüksektir.

Tablo 51. Olguların fiziksel aktivite durumuna göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Fiziksel Aktivite Durumu			F/H	p
	Diğer (n=27)	Fizik Tedavi (n=19)	Fiziksel Aktivite Yapmıyor (n=74)		
Fiziksel Sağlık	71,87 (62,5-87,5)	50 (15,62-81,25)	75 (58,56-87,5)	6,107	0,050 ^w
Duygusal İşlevsellik	70 (50-85)	65 (45-85)	72,5 (55-85)	0,332	0,868 ^w
Sosyal İşlevsellik	54,26±27,31	49,21±29,21	59,46±23,42	1,400	0,251 ^v
Okul İşlevsellik	52,71±23,68	42,63±24,17	51,06±22,35	1,226	0,397 ^v
Psikososyal Sağlık	58,89±20,3	51,41±19,16	59,88±18,92	1,473	0,233 ^v
Ölçek Toplam Puanı	65,21 (52,77-73,91) ^{a,b}	48,91 (33,69-68,47) ^a	66,845 (50-78,26) ^b	6,186	0,045^w

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 52’de verilen olguların fiziksel aktivite yapma durumlarına göre SF-36 ve alt boyutları toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş,

Anova ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda fiziksel aktivite yapma durumuna göre **alt boyut** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 52. Olguların fiziksel aktivite yapma durumuna göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Fiziksel Aktivite Durumu			F/H	p
	Diğer (n=27)	Fizik Tedavi (n=19)	Fiziksel Aktivite Yapmıyor (n=74)		
Fiziksel İşlevsellik	85(70-100)	85(55-95)	85(65-95)	2,237	0,327 ^w
Fiziksel Rol	75(25-100)	50(0-100)	75(25-100)	1,396	0,497 ^w
Bedensel Ağrı	60(45-77,5)	77,5(25-90)	57,5(45-77,5)	1,685	0,431 ^w
Genel Sağlık	55,19±20,59	56,32±21,14	56,15±19,13	0,027	0,973 ^v
Canlılık	52,96±20,11	52,11±23,88	49,58±20,4	0,307	0,736 ^v
Sosyal İşlevsellik	62,5 (37,5-75)	75 (37,5-87,5)	62,5 (50-87,5)	0,685	0,710 ^w
Duygusal Rol	66,7 (33,3-100)	66,7 (0-100)	66,7 (0-100)	0,125	0,939 ^w
Ruh Sağlığı	68(48-80)	68(56-80)	60(48-68)	4,353	0,113 ^v

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 53'te verilen olguların gittikleri sınıf ve okul türlerine göre ÇİYKÖ ve alt boyutları toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Bonferroni testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda olguların sınıf ve okul türlerine göre Fiziksel Sağlık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre kaynaştırma sınıfı grubu ile özel eğitim okulu, özel alt sınıf ve okul öncesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmiştir ($p=0,015$, $p=0,005$ ve $p=0,031$). Buna göre kaynaştırma sınıfı grubun puanı özel eğitim okulu, özel alt sınıf ve okul öncesi sınıfları gruplarının puanından yüksektir. Olguların sınıf ve okul türlerine göre Sosyal İşlevsellik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak

anlamalı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre kaynaştırma sınıfı grubu ile özel eğitim okulu grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmiştir ($p=0,044$). Buna göre kaynaştırma sınıfı grubun puanı özel eğitim okulu grubunun puanından yüksektir. Olguların sınıf ve okul türlerine göre ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre özel eğitim okulu grubu ile okul öncesi ve kaynaştırma sınıfı grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar belirlenmiştir ($p=0,014$ ve $p=0,001$). Buna göre okul öncesi ve kaynaştırma sınıfı grubun ölçek toplam puanı özel eğitim okulu grubunun ölçek toplam puanından yüksektir.

Tablo 53. Olguların sınıf/okul tiplerine göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Sınıf/Okul Tipi					F/H	p
	Okul öncesi (n=29)	Kaynaştırma (n=28)	Özel alt sınıf (n=35)	Özel Eğitim Okulu (n=14)	Hiç gitmedi (n=14)		
Fiziksel	71,87	84,37	71,87	68,75	73,44	10,07	0,039
Sağlık	(51,56- 84,38) ^b	(69,53- 90,62) ^a	(50-81,25) ^b	(49,22- 79,68) ^b	(25-93,75) ^{a,b}	1	^w
Duygusal	68,33	66,67	56,66	44,16	49,29	8,585	0,072
İşlevsellik	(48,33-76,66)	(53,75-77,5)	(41,66-66,66)	(35-60,83)	(39,58-76,25)		^w
Sosyal	61,21±24,23 ^a	67,5±21,92 ^a	55,14±24,72 ^a	35,71±22,61	50,36±26,42 ^a	4,654	0,002^v
İşlevsellik	^b		^b	^b	^b		
Okul	55,06±22,25	52,04±22,07	50,57±21,95	42,86±23,26	37,99±28,31	1,453	0,221 ^v
İşlevsellik							
Psikososya	90	85	75	85	92,5	11,13	0,025
l	(70-97,5)	(66,25-100)	(55-90)	(70-95)	(78,75-95)	2	^w
Sağlık							
Ölçek	64,22±17,47 ^a	69,46±15,73 ^a	59,16±16,16 ^a	52,4±14,98 ^b	57,02±26,59 ^a	2,870	0,026
Toplam		^b			^b		^w

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Aynı satırdaki benzer harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tablo 54’te verilen olguların sınıf ve okul türlerine göre SF-36 ve alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda sınıf ve okul türlerine göre **alt boyutlar** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 54. Olguların sınıf/okul tiplerine göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Sınıf/Okul Tipi					F/H	p
	Okul öncesi (n=29)	Kaynaştırma (n=28)	Özel alt sınıf (n=35)	Özel eğitim okulu (n=14)	Hiç gitmedi (n=14)		
Fiziksel	90	85	75	85	92,5	6,774	0,148 ^w
İşlevsellik	(70-97,5)	(66,25-100)	55-90)	(70-95)	(78,75-95)		
Fiziksel	75	50	50	75	62,5	0,836	0,934 ^w
Rol	(25-100)	(25-100)	(25-100)	(18,75-100)	(25-100)		
Bedensel	67,5	57,5	55	67,5	82,5	8,479	0,076 ^w
Ağrı	(50-80)	(30-77,5)	(35-67,5)	(51,25-67,5)	(52,5-92,5)		
Genel	55	57,5	45	70	57,5	4,317	0,365 ^w
Sağlık	(42,5-72,5)	(45-75)	(35-65)	(45-81,25)	(46,25-75)		
Canlılık	52,55±21,91	51,96±21,53	47,71±18,72	56,43±24,29	46,43±19,06	0,670	0,614 ^v
Sosyal	62,5	75	62,5	62,5	62,5	2,535	0,638 ^w
İşlevsellik	(50-100)	(50-87,5)	(50-75)	(50-87,5)	(46,88-90,63)		
Duygusal	66,7	66,7	66,7	66,7	50	0,418	0,981 ^w
Rol	(16,65-100)	(8,33-100)	(33,3-100)	(0-100)	(0-100)		
Ruh	61,1±17,82	61,29±20,02	57,14±18,7	63,14±18,71	59,71±17,57	0,362	0,835 ^v
Sağlığı							

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 55’te verilen ÇİYKÖ toplam puanları ile özel eğitime başlangıç yaşları ve günlük erken süreleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve

Spearman korelasyonları uygulanmıştır. Analizler sonucunda Fiziksel Sağlık alt boyutu ile eğitime başlama yaşı arasında hesaplanan 0,237 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal İşlevsellik alt boyutu ile eğitime başlama yaşı arasında hesaplanan 0,217 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyli bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). Psikososyal Sağlık alt boyutu ile eğitime başlama yaşı arasında hesaplanan 0,204 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyli bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölçek Toplam puanı ile eğitime başlama yaşı arasında hesaplanan 0,243 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 55. Olguların ÇİYKÖ puanları ile özel eğitime başlangıç yaşları ve ekran süresi arasındaki ilişkiler

Ölçek ve Alt Boyutları	Özel Eğitime Başlama Yaşı		Ekran Süresi	
	r	p	r	p
Fiziksel Sağlık	0,237	0,014	0,056	0,553
Duygusal İşlevsellik	0,100	0,303	0,105	0,268
Sosyal İşlevsellik	0,214	0,026	0,023	0,806
Okul İşlevsellik	0,149	0,130	-0,089	0,355
Psikososyal Sağlık	0,204	0,034	0,021	0,826
Ölçek Toplam Puanı	0,243	0,011	0,034	0,723

r: Korelasyon katsayısı

Tablo 56’da verilen SF-36 puanları ile özel eğitime başlangıç yaşları ve günlük ekran kullanım süreleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiş ve Spearman korelasyonları uygulanmıştır. Analizler sonucunda SF-36 alt boyutları ile eğitime başlama yaşı ve günlük ekran kullanım süreleri istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 56. Olguların primer bakım verenlerinin SF-36 puanları ile özel eğitime başlangıç yaşları ve ekran süreleri arasındaki ilişkiler

Ölçek ve Alt Boyutları	Özel Eğitime Başlama Yaşı		Ekran Süresi	
	r	p	r	p
Fiziksel İşlevsellik	-0,049	0,618	0,043	0,654
Fiziksel Rol	0,140	0,147	-0,096	0,312
Bedensel Ağrı	0,093	0,340	-0,087	0,359
Genel Sağlık	-0,140	0,149	0,048	0,610
Canlılık	0,039	0,688	0,098	0,300
Sosyal İşlevsellik	0,115	0,235	0,091	0,337
Duygusal Rol	0,094	0,334	0,046	0,625
Ruh Sağlığı	-0,036	0,711	0,106	0,265

r: Korelasyon katsayısı

Tablo 57’de ailelerin gelir durumlarına göre ÇİYKÖ alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda kişilerin gelir durumuna göre ölçek ve alt boyutları toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 57. Olguların ailelerinin gelir durumlarına göre ÇİYKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Gelir Durumu			F/H	p
	0-6000TL (n=67)	6001-10000TL (n=36)	10001 TL ve üstü (n=17)		
Fiziksel İşlevsellik	71,87(53,12-84,37)	75(50-86,7175)	71,87(57,81-90,625)	0,175	0,916 ^w
Duygusal İşlevsellik	70(60-85)	75(45-85)	75(52,5-82,5)	0,031	0,984 ^w
Sosyal İşlevsellik	56,27±26,63	56,81±24,88	57,94±22,43	0,030	0,971 ^v
Okul İşlevsellik	51,45±23,45	45,79±21,83	53,85±23,68	0,955	0,388 ^v
Psikososyal Sağlık	58,8±19,7	56,56±19,17	60,11±19,19	0,240	0,787 ^v
Toplam Puan	61,99±18,05	60,38±19,21	63,7±18,14	0,200	0,819 ^v

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

Tablo 58’de ailelerin gelir durumlarına göre SF-36 alt boyutları puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması için varsayımlar kontrol edilmiş, Anova ve Kruskal Wallis H

testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda kişilerin gelir durumlarına göre **Sosyal İşlevsellik** alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni testlerine göre 60001-100000TL ile 10001TL ve üzeri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmiştir ($p=0,019$). Buna göre 10001TL ve üzeri grubun puanı 60001-100000TL grubunun puanından yüksektir.

Tablo 58. Olguların ailelerinin gelir durumlarına göre primer bakım verenlerinin SF-36 puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Gelir Durumu			F/H	p
	0-60000TL (n=67)	6001-100000TL (n=36)	10001 TL ve üstü (n=17)		
Fiziksel İşlevsellik	85(60-95)	80(65-95)	95(85-100)	4,882	0,087 ^w
Fiziksel Rol	75(25-100)	50(6,25-100)	100(37,5-100)	4,101	0,111 ^w
Bedensel Ağrı	67,5(45-77,5)	57,5(45-75)	77,5(50-90)	4,858	0,088 ^w
Genel Sağlık	57,69±20,77	50,42±17,66	60,88±17,16	2,279	0,107 ^v
Canlılık	50,75±19,93	46,92±23,7	58,82±15,67	1,923	0,151 ^v
Sosyal İşlevsellik	62,5(50-87,5) ^{a,b}	62,5(50-75) ^a	87,5(62,5-100) ^b	7,459	0,024^w
Duygusal Rol	66,7(33,3-100)	33,3(0-100)	100(16,65-100)	4,052	0,132 ^w
Ruh Sağlığı	64(52-68)	56(36-72)	60(56-76)	3,508	0,173 ^w

v: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), w: Kruskal Wallis H testi

F: F test istatistiği, H: H test istatistiği

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ya da medyan (%25-%75 çeyreklikler) olarak verilmiştir.

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, ZY tanılı olgu ve primer bakım verenlerinin yaşam kaliteleri ve ZY düzeyleri ile olguların özgeçmiş-soygeçmiş (prenatal, perinatal, postnatal ve ailesel özellikler) ve klinik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla elde edilen bulgular mevcut literatür verileriyle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1 ZY düzeyi ile tanı alma yaşı arasındaki ilişkinin incelenmesi ve epidemiyolojik verilerin değerlendirilmesi

Literatürde ZY'nin dünyada %1-3 arasında değişen oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (4). ZY olan bireyler arasında hafif, orta, ağır ve çok ağır ZY'nin sırasıyla nüfusun %85, %10, %4 ve %2'sini etkilediği bildirilmiştir (5). ZY'nin 10 ila 14 yaşları arasında zirve yaptığı ve erkeklerde kızlardan daha yaygın olduğu bildirilmiştir (6,127,128).

Çocukluk döneminin, özellikle okul çağında artan akademik beklenti nedeniyle daha fazla vakanın tespit edildiği bir dönem olduğu ancak bu oranların, erken erişkinlik döneminde, akademik beklentinin olmaması ve ilerleyen dönemlerde de ağır ZY'li bireylerin erken ölümü nedeniyle düştüğü belirtilmiştir (4).

ZY gelişimsel dönemde ortaya çıkmakla birlikte, tanı yaşı ve belirtilerin ZY'nin etiyojisine ve ciddiyetine bağlı olduğu bilinmektedir. Ağır-çok ağır ZY'li olgularda yaşamın ilk 2 yılında motor, dil, sosyal beceri alanlarında gecikmeler saptanırken, hafif ZY'li olguların akademik öğrenmede güçlüklerin ortaya çıktığı okul çağına kadar tespit edilemeyebileceği belirtilmektedir (2).

Çalışmamıza 4-18 yaş arasında 63 hafif düzeyde (%52,5), 29 orta düzeyde (%24,2), 21 ağır düzeyde (%17,5) ve 7 çok ağır düzeyde ZY'li olgu (%5,8) olmak üzere toplam 120 ZY tanılı olgu dahil edilmiştir. Bizim olgularımızda da epidemiyolojik verilere paralel olarak ZY düzeyi ağırlaştıkça olgu sayısı azalmakla birlikte, çalışmanın 3. basamak üniversite hastanesi polikliniğinde yapılması sebebiyle organik etiyojilere bağlı orta-ağır-çok ağır düzeyde ZY'li olguların oranının toplum verilerine göre daha yüksek bulunduğu düşünülmüştür. Örneklemin %35'ini (n=42) kız, %65'ini (n=78) erkek olgular oluşturmuş ve yazındaki erkek cinsiyet baskınlığı çalışmamızda da gözlenmiştir.

Olguların ilk tanı yaşı (yıl) ortalaması hafif ZY'li olgular için $4,66 \pm 2,39$; orta için $2,88 \pm 1,75$; ağır için $2,86 \pm 1,83$ ve çok ağır için $2,86 \pm 2,46$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak ZY şiddeti arttıkça tanı yaşı küçülmüş, hafif ile orta ve ağır grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p=0,014$ ve $p=0,005$). Çok ağır grubunun örneklem küçüklüğü, hafif ile çok ağır grup arasında anlamlı fark çıkmamasının sebebi olarak düşünülmüştür.

5.2 ZY tanılı olgularda psikiyatrik komorbiditelerin incelenmesi

Literatürde psikiyatrik bozuklukların ZY'li çocuklarda, tipik gelişim gösteren çocuklardan en az üç kat daha sık görüldüğü bildirilmektedir (20,21). ZY olan ve olmayan çocuklarda ruhsal bozuklukların değerlendirildiği çalışmaları içeren bir sistematik derleme

yazısında ZY’li çocukların %30-50’sinde, tipik gelişim gösteren çocukların ise %8-18’inde ruhsal bozukluk saptandığı, ZY ile ilişkili ruhsal bozukluk için rölatif riskin 2,8 ila 4,5 arasında değiştiği bildirilmiştir (22).

Ülkemizde yapılan, sınır düzeyde mental kapasitenin de dahil edildiği 112 ZY’li çocuğun psikiyatrik komorbiditelerinin değerlendirildiği bir çalışmada olguların %81.2’sinde ek psikiyatrik hastalık saptanmış olup, en sık görülen tanılar DB, DEHB ve OSB olarak bildirilmiştir (129). Yine ülkemizde yapılan ve sınır düzeyde olguların da dahil edildiği 167 ZY tanılı olgu içeren, DEHB, KOKGB ve DB komorbiditelerinin değerlendirildiği bir çalışmada olguların %41,7’sinde DEHB, %28.7’sinde KOKB, %13.3’ünde DB görüldüğü bildirilmiştir (130).

Literatürde en yaygın görülen bozukluklar, KOKGB, DEHB, OSB, Anksiyete Bozukluğu, Depresif Bozukluk ve DB olarak bildirilmiştir (20,21,23). Ciddi davranım problemlerinin; ZY olan çocuklarda tipik gelişim gösteren çocuklara kıyasla, 2,5 ila 4 kat daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir (24–26).

ZY’li çocuklarda görülen kronik sağlık problemlerinin değerlendirildiği bir başka sistematik derleme yazısında epilepsi, serebral palsi, Down Sendromu gibi fiziksel hastalıklarının yanı sıra anksiyete bozuklukları (%17.1), KOKGB (%12.4) ve OSB (%10.1)’nin de sık görülen kronik sağlık problemleri arasında olduğu bildirilmiştir (131).

ZY’li ergenlerde OSB prevalansına bakılan 255 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada OSB prevalansı %28 olarak bildirilmiştir (132). Farklı psikometrik ölçekler kullanılarak yapılan 825 olgunun dahil edildiği benzer bir başka çalışmada ise ölçeğin çeşidine göre bu oranın %7,8 ila %19,8 arasında değiştiği ancak en güvenilir sonucun %16,7 ile DSM’ye göre konulan tanı oranının olduğu bildirilmiştir. Daha güvenilir olmasının sebebi olarak da farklı bilgi kaynaklarından farklı zaman dilimleri için bilgi alınmış olması gösterilmiştir (133).

Herhangi bir anksiyete bozukluğu için tanı kriterlerini karşılayan olguların oranı tipik gelişim gösteren olgular için %3-7 arasında iken, ZY’li olgularda bu oranın %10-22 arasında değiştiği bildirilmiştir (21,24,134). 2015 yılında yayınlanan, ZY’li olgularda anksiyete bozukluğu prevalansının değerlendirildiği 7 çalışmanın değerlendirildiği bir gözden geçirme yazısında bu oranların %3 ila %22 arasında değiştiği bildirilmiştir (135). ZY’li 74 olgu ve tipik gelişim gösteren 116 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada ZY’li olguların 5 yaş civarında tipik gelişim gösteren yaşıtlarına oranla ayrılık anksiyetesi tanı kriterlerini 4 kat

fazla karşıladıkları, yaşları ilerledikçe de diğer anksiyete bozuklukları için tipik gelişim gösterenlere oranla 2-3 kat daha fazla risk altında oldukları bildirilmiştir (136).

2018 yılına ait bir meta analizde ZY'li olgularda anksiyete bozuklukları için prevalans %5,4 olarak bildirilirken, depresif bozukluklar için %2,8 olarak bildirilmiştir (137). Aynı yıl yapılan ZY'li olgularda depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin incelendiği 423 olguluk bir çalışmada olguların %33,9'unda anksiyete bozukluğu, %15,4'ünde depresyon bildirilmiştir. Diğer eşlik eden ruhsal hastalıkların görülme oranları ise OSB %42 ve ADHD %39,6 olarak bildirilmiştir (138).

Çalışmamızda, Türkiye'de yapılan çalışmalara (129,130) benzer şekilde en az bir psikiyatrik komorbidite görülme oranı yüksek (%88,33) saptanmıştır. Çalışmamızda saptanan psikiyatrik komorbiditeler görülme sıklığına göre DEHB (n=69, %57,5), OSB (n=61, %50,8), Anksiyete Bozuklukları (n=29, %24,2), KOKGB (n=16, %13,3), Enürezis (n=13, %10,8), DB (n=11, %9,2), Tik Bozukluğu (n=8, %6,7), Artikülasyon Bozukluğu (n=7, %5,8), Enkoprezis (n=4, %3,3), Depresif Bozukluk (n=2, %1,7), Kekemelik (n=2, %1,7) ve OKB (n=1, %0,8) olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarını grubunu ise YAB (n=11, %9,2), AAB (n=9, %7,5) ve Özgül Fobi (n=9, %7,5) tanılarının oluşturduğu görülmüştür.

Çalışmamızda en sık görülen komorbiditeler literatürle paralellik göstermekte ancak literatürde değişken oranlar bildirilen anksiyete bozukluklarının bizim çalışmamızda KOKGB ve DB'nin önüne geçtiği görülmektedir. Yoğun davranım problemleri olan olguların bakım verenlerinin olguyu kontrol etmekte güçlük çektikleri için çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri sebebiyle KOKGB ve DB'nin sıralamada geride kalmış olabileceği düşünülmüştür. Sosyal defisitleri sebebiyle anksiyete bozuklukları için yüksek risk altında olan OSB (139) eş tanılı olguların çalışmamızda %57,5 gibi yüksek bir oranda görülmüş olmasının da anksiyete bozukluklarının öne çıkmasına sebep olduğu düşünülmüştür. Depresif bozukluk komorbiditesi literatürde çok değişen oranlarda bildirilmekte olup çalışmamızda da %1,7 gibi düşük bir oranda görülmüştür. Bu durum kendilerini ifade etme becerilerinin yetersizliğinden dolayı bazı olguların tanılarının atlanmış olabileceği ihtimalini düşündürmektedir.

5.3 ZY düzeyi ile ZY'li olguların prenatal/perinatal/postnatal risk faktörleri ve sosyodemografik verileri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Prenatal döneme ait gelişimsel duyarlılık terimi ile anne karnındaki enfeksiyon ve toksin maruziyetlerine dikkat çekilmektedir. ZY düzeyinin, merkezi sinir sisteminin bu risk faktörlerine maruz kalma zamanına ve şiddetine bağlı olduğu bildirilmiştir (13).

ZY ile ilgili prenatal-perinatal risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmalarda anneye dair; siyah ırk, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, sigara ve alkol tüketimi, diyabet, hipertansiyon, epilepsi, astım, hipotiroidi, idrar yolu enfeksiyonu, gebelik öncesi obezite, 3 ve üzeri doğum sayısı, malnütrisyon, vitamin ve mineral eksiklikleri, preterm doğum, umbilikal kord prolapsusu, plasental yetmezlik, erken membran rüptürü, eklampsi, preeklampsi, vajinal hemoraji, plasenta previa, uzamış doğuma bağlı gelişebilen neonatal anoksi/asfiksi, uygunsuz forseps kullanımı, yanlış uygulanmış Kristeller manevrası, bebeğin intra-uterin malnütrisyonu, düşük doğum ağırlığı, intrakranial hemoraji, hipoglisemi, erkek cinsiyet gibi faktörlerin artmış ZY riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (14,64–74)

214 olgulu, ZY ile ilişkili prenatal ve perinatal risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada poli/oligohidramniyoz, ileri anne-baba yaşı, prematürite, fetal distress, prematür membran rüptürü, sezaryen doğum, düşük doğum ağırlığı, 30 dk'dan uzun solunum desteği, düşük Apgar skoru, konjenital enfeksiyon ve düşük sosyoekonomik durumun ZY ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Total IQ düzeyleri 50'nin altı ve üstü şeklinde ikiye ayrılarak yapılan karşılaştırmada ise hafif olan olgularda anlamlı bir şekilde daha fazla uterin kanama, ağır olan olgularda ise daha fazla ileri anne yaşı, poli/oligohidramniyoz, prematürite, prematür membran rüptürü, makat doğum, konjenital enfeksiyon, düşük doğum ağırlığı görüldüğü bildirilmiştir (140).

2019 yılında prenatal maternal anemi ile nörogelişimsel bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada gebeliğin ilk 30 haftasında tespit edilen maternal aneminin artmış ZY, OSB ve DEHB riski ile ilişkili olduğu, en güçlü ilişkinin ise OSB eşlik etmeyen ZY grubunda görüldüğü bildirilmiştir (141).

Yalnızca hafif ZY olgularıyla yapılan bir çalışmada attı yatan temel sebeplerin olguların %22'sinde gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlığı ve multifaktöriyel kalıtım, %28'inde sosyal kaynaklara erişimde yetersizlik ve malnütrisyon olduğu; %50'sinde ise sebep belirlenemediği bildirilmiştir (142).

2000 yılındaki bir başka çalışmada ZY'li olgular hafif ve ciddi olarak gruplandırılmış olup; ağır grubun, maternal guatr öyküsü, düşük doğum ağırlığı, neonatal komplikasyonlar, anne sütü almama, postnatal beyin enfeksiyonları ile ilişkili olduğu, hafif grubun ise düşük

doğum ağırlığı, evde doğum, neonatal enfeksiyon, anne sütü alamama, diyare ve dehidratasyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (143).

ZY için risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada tüm olguların %50,6'sında risk faktörü tespit edildiği bildirilmiştir. ZY düzeyine göre ayrı ayrı bakıldığında ise ağır ZY'li olguların %86,7'sinde, ortaların %45,4'ünde, hafiflerin ise %30,9'unda risk faktörü belirlenebildiği bildirilmiştir. Prenatal risk faktörlerinin en çok ağır ZY (%64) ile ilişkili olduğu, perinatal risk faktörlerinin ise hafif ZY (%27) sınır düzeyde zihinsel işlevsellik (%18) ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (144).

ZY için maternal ve neonatal risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ailenin düşük sosyoekonomik durumunun ZY'li olguların %44-50'sinde, düşük anne eğitim düzeyinin ise %20'sinde tespit edildiği; gebelikte maternal aneminin siyah ırkta ZY etiyojisinin %14'ünü, idrar yolu enfeksiyonlarının ise beyaz ırktaki ZY etiyojisinin %6'sını oluşturduğu bildirilmiştir (145).

2022 yılında ZY ile gestasyonel yaş arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan popülasyon temelli bir kohort çalışmasında hem preterm hem postterm dönem için geçerli olmak üzere doğum tarihi 40. haftadan uzaklaştıkça ZY riskinin arttığı bildirilmiştir. Bu ilişkinin tüm ZY düzeyleri için geçerli olduğu ancak ağır/çok ağır ZY'de daha belirgin olduğu bildirilmiştir (146).

ZY ve hamilelik sırasındaki maternal sosyodemografik risk faktörleri arasındaki ilişkinin 20 yıl içerisindeki değişimini değerlendirmek için 1966 ve 1986 yılındaki 2 kohort çalışmasının incelendiği bir yayında ağır ZY olguları için 1966 yılında ileri anne yaşı, multiparlık, bekar anne, kırsalda yaşama risk faktörlerinin 1986'da yerini düşük sosyoekonomik düzey ve nulliparlığa bıraktığı, hafif ZY olguları içinse 1966'da düşük maternal VKİ ve çiftçi olma risk faktörlerinin yerini obezite, multiparlık ve çiftçi/kalifiye olmayan çalışan risk faktörlerine bıraktığı bildirilmiştir (147).

Örneklerini verdiğimiz üzere prenatal döneme ait sosyodemografik veriler literatürde sıkça incelenmiştir. Bizim çalışmamızda tüm olguları içeren sosyodemografik verilere bakıldığında anne yaş ortalaması $38,74 \pm 5,92$ iken baba yaş ortalamasının daha yüksek $43,12 \pm 6,66$ olduğu görülmüştür. Olguların yarısından fazlasında hem anne hem babaların eğitim düzeyleri ilköğretim ve altındadır. Babaların yalnızca %1,7'si çalışmıyorken annelerde bu oran çocuğun bakımından sorumlu olmaları sebebiyle %85'e çıkmaktadır.

Yazında ailede ZY öyküsü varlığının ve akraba evliliğinin bir arada bulunduğu durumlarda ZY'li çocuk sahibi olma riskinin anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir (148). Bizim çalışmamızda da akrabalarda ZY'li birey varlığı olguların %40,8'inde ve akraba evliliği varlığı olguların %23,5'i gibi yüksek oranlarda saptanmıştır.

Çalışmamızda olguların büyük çoğunluğunun (%82,5) çekirdek aile olarak yaşadığı, yarısından fazlasında (%68,5) ailenin 4-5 kişiden oluştuğu ve yine buna benzer oranda (%65,8) olgunun 1 veya 2 kardeşi olduğu belirlenmiştir. Olguların %42,5'ini ilk çocuk, %40'ını 2. çocuk ve %17,5'ini 3. çocuk ve üstü oluşturmaktadır. Çalışmamızda yalnızca 1 olgunun köyde yaşadığı, diğer bütün olguların il merkezinde ve ilçelerde yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmanın ülkenin 3. büyük ilinde ve 3. basamak üniversite hastanesinde yapılmış olması sebebiyle köyde yaşayan olguların genellikle kendilerine daha yakın sağlık kurumlarına başvurabilecekleri ve kurumumuza başvuran köyde yaşayan ailelerin eğitim düzeylerinin düşüklüğünün çalışmaya katılma motivasyonlarını negatif yönde etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Olguların yarısından fazlasının (%55,8) düşük gelir düzeyine (0-6000 TL) sahip olduğu ancak kendilerine ait evde ve kiralık evde yaşama (%54,2 ve %45,8) arasında belirgin fark olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda prenatal gebelik dönemine baktığımızda ortalama gebelik yaşının $29,27 \pm 5,45$ olduğu, yalnızca 4 olguda gebelik için IVF yöntemi kullanıldığı, 2 olguda gebelik izlemi yapılmadığı ve 5 olguda çoğul gebelik gerçekleştiği belirlenmiştir. Bu dönemde olguların %62,5'inin en az bir çevresel maruziyet yaşadığı; bu maruziyetlerin en sık stres, ilaç kullanımı ve sigara olduğu görülmüştür. Literatürdeki eski bilgilerin aksine 2022 yılında yapılan bir çalışmada maternal sigara kullanımı ile ZY riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (149). Avustralya'da yapılan bir çalışmada da ZY etiyolojisinin, olguların en az %3,8'inde maternal alkol kullanımına bağlı önlenebilir bir durum olduğu bildirilmiştir (150). Ancak bizim çalışmamızda bu oran 1 olguyla %0,8 oranında kalmıştır. Örneklem büyüklüğünün ve ülkeler arasındaki cinsiyet-din-alkol tüketimi ilişkisinin bu durum üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki olguların %35,8'inde gebelik döneminde en az bir adet maternal patoloji bildirilmiştir. En sık görülen maternal patolojiler literatürle uyumlu olarak enfeksiyon (özellikle idrar yolu enfeksiyonu), gestasyonel diyabet ve preeklampsi olarak bulunmuştur.

Çalışmamızın perinatal döneme ait verilerinden doğum kilosu ortalaması $3049,41 \pm 755,89$ gr ve doğum boyu ortalaması $48,89 \pm 4,38$ cm olarak hesaplanmıştır. Olguların yarısından fazlası (%59,2) sezaryenle doğmuştur. Önemli bir risk faktörü olarak literatürdeki örneklerini sunduğumuz prematür doğum, olguların %20'sini, postmatür doğum ise %5'ini oluşturmaktadır. Olgularımızın %32,5'inde (n=39) en az bir adet doğum komplikasyonu saptanmış olup bunlar sıklık sırasına göre zor doğum (n=20), uzamış travay (n=14), mekonyum aspirasyonu (n=9), asfiksi (n=7), kordon dolanması (n=4) ve ters geliş (n=4) olarak tespit edilmiştir. Doğum sırasında bebeğin asfiksi yaşadığı bilgisini doktorundan almış olan ebeveynlerin sayısı 7 olmakla birlikte diğer komplikasyonların dolaylı etkisiyle birlikte asfiksinin olgularımızın ZY etiolojisinde aslında daha fazla yer kaplamış olabileceği düşünülmüştür. Olguların 7'sinin doğumun hemen sonrasında ağlamadığı ve mor görünümde olduğu, 7'sinin yine mor görünümde ancak ağladığı, kalan olguların ise normal olarak gözlemlendiği belirlenmiştir. Olguların %35'i doğum sonrasında kuvöz ihtiyacı duymuştur. Doğum sonrasında olguların %55,8'inde (n=67) en az bir patoloji saptanmıştır. Bu patolojilerin en sık görülenleri sarılık (n=49), kardiyak patoloji (n=9) ve solunum sıkıntısı (n=9) olarak belirlenmiştir. Bildirilen sarılık öyküsünün fizyolojik-patolojik ayrımı için ebeveynlerden sağlıklı bilgi alınamadığı ve olgu sayısı her ikisini de içerdiği için bu haliyle sarılığın olgularımızın etiolojisindeki yerinin değerinin azaldığı düşünülmüştür.

ZY'nin gelişimsel evrede ortaya çıkma kriteri gereği, ergenlik dönemi dahil olmak üzere kafa travması, boğulma tehlikesi ve diğer bütün bilinç kaybıyla sonuçlanan kazalar, menenjit ve ensefalit gibi enfeksiyonlar, beyin tümörleri veya inatçı epilepsi gibi tıbbi durumlar, bazı cerrahi, radyasyon veya kemoterapi tedavileri, kurşun veya diğer toksik maddelere maruziyet, ciddi çevresel yoksunluk, malnütrisyon ve çocuk istismarı gibi tüm postnatal risk faktörlerinin ZY ile sonuçlanabileceği bildirilmiştir (14,75).

Çalışmamızdaki olguların yalnızca 8 tanesinin anne sütü almadığı, anne sütü alanlarda ortalama $15,60 \pm 11,30$ ay emzirmeye devam edildiği, 3 olgu hariç tüm olguların sağlık bakanlığı aşı takvimine uygun şekilde aşılarının tamamlandığı belirlenmiştir. Bu 3 olgudan 2'sinde tıbbi gerekçelerle eksik aşı olduğu, 1'inde ise ebeveynin aşı karşıtı olduğu belirlenmiş olup olguların temel sağlık hizmetine erişimde sıkıntı yaşamadığı düşünülmüştür.

Olgularımızın ZY etiolojisiyle ilişkili olabilecek fiziksel eş tanıları bir sonraki hipotezde incelenmiş olup zamansal ilişki ile ilgili net bilgi alınamadığından bu risk faktörlerinin perinatal-postnatal ayrımı 1 olgu hariç yapılamamıştır. Söz konusu 1 olgunun yaşına uygun tipik bir gelişim gösterirken okul çağında geçirdiği herpes simplex virüsü

ensefaliti sonrası ağır düzeyde ZY tanısı ile tarafımızca takip edilmeye başlandığı tespit edilmiştir. Diğer olgularda tarafımızca postnatal döneme ait olduğu kesin olarak bilinen bir etiyoloji saptanmamakla birlikte daha önce belirttiğimiz sosyodemografik veriler literatürde de belirtildiği üzere bu dönemde de etkili olabilmektedir.

2009 yılında, Türkiye’de 100 hafif, 71 orta, 29 ağır ZY’li olguyla yapılan bir tez çalışmasında risk faktörleriyle ZY düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da anne eğitim süresi azaldıkça yetersizlik düzeyinin arttığı vurgulanmıştır (151). Anne eğitim düzeyi de dahil olmak üzere çalışmamızda incelenen pre-peri-postnatal faktörlerin ve sosyodemografik verilerin ZY düzeyi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). Örneklem küçüklüğü ve ZY grupları arasındaki dağılımın dengeli olmamasının bu duruma sebep olabileceği düşünülmüştür. Literatürde de verilerin ZY düzeyine göre değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunabilmiş olup bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. İncelenen verilerin olguların ZY etiyolojisinde doğrudan yeri olup olmadığı net bilinmemekle birlikte literatür verileri ışığında koruyucu/önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için dikkate alınmalarının önem taşıdığı düşünülmüştür.

5.4 ZY düzeyi ile ZY’li olguların klinik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

5.4.1 Psikomotor gelişim basamakları

ZY’li çocukların ailelerinin sıklıkla çocuklardaki psikomotor gelişim basamaklarının gecikmesi sebebiyle doktora başvurdıkları ve en iyi ZY göstergesinin dil ve konuşma becerilerindeki gerilik olduğu bildirilmiştir (152,153).

ZY düzeyinin konuşmaya başlama, yürüme ve tuvalet eğitimi alma yaşları ile anlamlı derecede ilişkili olduğu, gerilik düzeyi arttıkça gelişim basamaklarına daha geç ulaşıldığı bildirilmiştir (151).

Çalışmamızda değerlendirilen psikomotor gelişim basamaklarına zamanında ulaşabilen olguların oranı yürüme için %33,3, tuvalet eğitimi için %26,6, ve en düşük olarak literatürde üzerine vurgu yapıldığı üzere dil ve konuşma becerisi için %10,8 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak ZY düzeyleri ile yürüme-konuşma-tuvalet eğitimi gelişim basamakları arasında anlamlı ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). Hafif, orta ve ağır ZY’li olguların çoğunun yürüyebildiği; orta, ağır ve çok ağır ZY’li olguların çoğunluğunda yürümenin geciktiği; hafif ZY’li olguların çoğu basit cümle veya normal

şekilde konuşurken; orta, ağır ve çok ağır ZY'li olguların çoğunun tek kelime veya basit cümlelerle konuştukları; çok ağır ZY'li olguların çoğunda tuvalet eğitimi olmadığı belirlenmiştir.

Olguların farklı sebeplerle yaptıkları başvurular sırasında, özellikle 1. basamak sağlık hizmetinde psikomotor gelişim basamaklarının değerlendirilerek olguların çocuk psikiyatrisi kliniklerine yönlendirilmesinin, özellikle tanı yaşı daha ileri olan hafif düzeyde ZY'li olguların erken tespit edilmesi ve eğitsel desteğe daha erken erişebilmeleri açısından önem taşıdığı düşünülmüştür.

5.4.2 Fiziksel eş tanılar

2011 yılında ZY'li olgulardaki kronik sağlık sorunlarının değerlendirildiği bir derleme çalışmasında olgularda sık görülen fiziksel eş tanıların epilepsi (%5-35), serebral palsy (%8,4-33,8), Down Sendromu (%2,1-20,3), görme problemleri (%2,2-26,8) ve işitme problemleri (%0-7,1) olduğu bildirilmiştir (131).

2015 yılındaki bir başka derleme çalışmasında önceki derlemeyle uyumlu olarak epilepsi prevalansı %22 saptanmış ve prevalansın ZY şiddeti ile arttığı bildirilmiştir (154). Uzun süredir epilepsi tanısı varlığı, uzun süreli antiepileptik ilaç tedavisi, erken yaşta epilepsi başlangıcı, sık nöbet geçirme ve düşük eğitim durumunun zihinsel performansı olumsuz etkilediği bildirilmiştir (155).

Çalışmamızdaki olguların %55,8'inde en az bir fiziksel eş tanı saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak (131,154) çalışmamızdaki sık görülen fiziksel eş tanıların epilepsi (%21,7), Down Sendromu (%7,5), işitme engeli (%7,5), serebral palsy (%6,7) ve görme engeli (%5) olduğu belirlenmiştir. Olguların %22,5'i genetik tanıya sahip olup bunların 3'te birini Down Sendromunun oluşturduğu tespit edilmiştir.

Yine literatürle benzer şekilde (154,155) olgularımızın ZY düzeyleri ile fiziksel eş tanı varlığı, epilepsi, serebral palsy ve görme engeli arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). ZY düzeyi ağır ve çok ağır olan olguların çoğunda fiziksel eş tanı bulunduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi çok ağır olan olguların tamamında epilepsi olduğu; hafif, orta ve ağır ZY olan olguların çoğunluğunda serebral palsy ve epilepsi olmadığı; görme engeli olan olguların çoğunlukla ZY düzeyinin ağır ve çok ağır olduğu tespit edilmiştir.

5.4.3 Farmakolojik tedaviler

Çocuklarda, ilaçların etkinliklerinin zayıf olması ve yan etkilerin sık görülmesi göz önüne alındığında (29), davranışsal/eğitsel tedavi seçenekleri ilk basamak tedaviler olmaktadır. Bununla birlikte, çocuğun güvenliği veya davranışsal/eğitsel tedavilere uyumuyla ilgili endişe söz konusu olduğunda; ilaç tedavisi de eklenerek tedavi planının başarılı bir şekilde uygulanması ve ebeveyn-bakım verenin stresinin azaltılması için farmakolojik tedavi gerekebilmektedir. ZY’de psikofarmakolojik tedavinin kanıt düzeyi nispeten kısıtlı olmakla birlikte, ek psikiyatrik komorbiditeler ve yıkıcı davranım bozuklukları için etki ve yan etkiler sistematik olarak değerlendirilerek, düşük başlangıç dozları ve yavaş titrasyon ile psikofarmakolojik tedavi uygulanması desteklenmektedir. ZY olgularında kullanılan psikofarmakolojik tedaviler arasında “tipik ve atipik antipsikotikler”, “duygudurum düzenleyicileri”, “SSRI”, “psikostimülanlar” ve “alfa-agonistler” bildirilmiştir. (18,28,29,156–158).

Çalışmamızda olguların %68,3’ünün en az bir farmakolojik tedavi kullandığı belirlenmiştir. Olguların en sık kullandığı ilaçların literatürle uyumlu olarak antipsikotik (%47,5), psikostimülan (%27,5), antiepileptik (%15,8) ve antidepresan (%5,8) olduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi ile farmakolojik tedavi alıyor olmak arasında anlamlı ilişki saptanmamış ($p>0,05$) ancak tedavinin çeşidi ile ZY düzeyi arasında anlamlı ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). Psikostimülan kullanma oranı hafif ve orta ZY’li grupta daha yüksekken, antipsikotik kullanım oranının orta ve ağır ZY’li grupta, antiepileptik kullanım oranının ise çok ağır ZY’li grupta daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Daha hafif ZY’li olgulardaki akademik beklenti, daha ağır olgularda fiziksel eş tanıya bağlı mobilizasyon kısıtlılığının hiperaktivitenin değerlendirilmesini güçleştirmesi ve çalışmamızdaki çok ağır ZY’li olguların tamamına epilepsi eşlik etmesinin bu bulgulara sebep olabileceği düşünülmüştür.

5.4.4 Uyku özellikleri

ZY’li çocuklarda uyku problemlerini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada eşlik eden hastalıklar, süregelen ağrı, sık nöbet geçirme, sık öksürme ve kabızlığın uyku bozuklukları ile ilişkisinin fonksiyonel yetersizliklerden daha güçlü olduğu bildirilmiştir (159).

OSB, OSB eşlik etmeyen ZY ve tipik gelişim gösteren olguların uyku problemlerinin değerlendirildiği bir çalışmada OSB ve OSB’siz ZY’li olguların kontrol grubuna göre daha fazla uyku problemi yaşadığı ancak bu iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadığı,

ebeveynle beraber yatmanın ve ailede uyku problemi öyküsünün varlığının olguda uyku problemi yaşama riskini artırdığı bildirilmiştir (160).

Çalışmamıza katılan olguların 21'inde en az bir uyku problemi saptanmıştır. 20 olguda dalmada güçlük, 15 olguda sürdürümde güçlük, 2 olguda ise faz kayması bildirilmiştir. Uyku süresi ortalama $9,33 \pm 1,32$ saat olarak hesaplanmıştır. Olguların %47,5 gibi büyük bir kısmı bakım verenle beraber uyumaktadır. ZY düzeyi ile uyku düzensizliği varlığı ve sürdürümde güçlük yaşama arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Çok ağır ZY'li olgularda uykusu düzensiz olan ve sürdürümde güçlük yaşayan olguların oranı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Uykunun, sinir sisteminin sirkadyen ritmine entegre olmuş bir süreç olduğu ve nörogelişim ile uyku parametreleri arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Literatürde de örneğini verdiğimiz; uyku problemi için risk faktörü olarak belirtilen ek komorbiditeler ve epilepsinin çalışmamızdaki çok ağır ZY'li olgularda anlamlı olarak yüksek bulunmasının bu bulgular üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. ZY'li olgularda uyku problemlerinin tedavisinde bütüncül yaklaşım ve multidisipliner çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

5.4.5 Örgün eğitim ve özel eğitim özellikleri

Hafif ZY'li olguların okula başladıktan sonra, hatta ilerleyen sınıflarda yaşa uygun akademik ilerleme kaydedilemeyince fark edildikleri, genellikle normal okulların normal ve özel alt sınıflarında okudukları, orta ZY'li olguların genellikle özel alt sınıflarda okudukları, ağır ZY'li olguların eğitiminde daha çok özbakım ve iletişim becerilerine odaklanılırken son yıllarda teknolojiye yaşanan gelişmelerin yardımıyla bu olguların aslında daha fazla beceri öğrenip üretici olabileceklerinin keşfedildiği, çok ağır düzeyde olguların ise fiziksel eş tanılar sebebiyle temel özbakım ve günlük işlevlerinin genellikle kazanılamadığı bildirilmiştir (161).

2015 yılında Türkiye'de yapılan bir tez çalışmasında değerlendirilen 339 öğrencinin kaynaştırma (%32,4), özel eğitim sınıfı (%51) ve özel eğitim okulu (%16,5) öğrencisi oldukları; hafif (%49,6), orta (%42,5) ve ağır (%8) ZY düzeyine sahip oldukları, %69,9'unun ek özel eğitim desteği de aldığı, okuma becerilerinin yazma becerilerinden daha iyi olduğu bildirilmiştir (162).

Çalışmamızdaki olguların %25,8'inin okuma yazmayı tamamen, %8,3'ünün ise kısmen bildiği, okuma-yazması olanların yalnızca %12,2'sinin zamanında öğrenebildiği, olguların %83,3'ünün okul hayatına devam ettiği, devam etmeyen 20 olgunun 14'ünün hiç okula başlamadığı, diğerlerinin farklı dönemlerde okulu bıraktığı, gidilen okulların

%27,9'unun okul öncesi, %26'sının kaynaştırma sınıfı, %32,7'sinin özel alt sınıf, %13,5'inin özel eğitim okulu olduğu, olguların %89,2'sinin aynı zamanda özel eğitime de devam ettiği, özel eğitim başlangıç yaşının ortalama $4,03 \pm 2,41$ yıl olduğu belirlenmiştir.

Olguların ZY düzeyleri ile okuma-yazma bilme, okula hayatına devam durumu, en son eğitim düzeyi, gidilen sınıf/okul tipi, özel eğitime gitme durumu ve özel eğitime başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki elde edilmiştir ($p < 0,05$). ZY düzeyi hafif olan olguların okuma-yazma bilme oranının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, hafif ve orta grubun çoğunun okul öncesi ve kaynaştırma sınıfında yer aldığı, özel eğitime gitme oranlarının diğer gruplardan daha düşük ve özel eğitime başlama yaşlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. ZY düzeyi çok ağır olan olguların çoğunun okula devam etmediği, ağır olan olguların çoğunun anasınıfı ve ilkokul düzeyinde okulu bıraktığı, ağır ve çok ağır olan olguların özel alt sınıf ve özel eğitim okullarında eğitim gördüğü ve büyük çoğunluğunun özel eğitim aldığı belirlenmiştir.

Hafif ZY'li olguları daha erken tanımaya yönelik taramaların geliştirilmesinin, bu olguların ihtiyaç duydukları destek eğitime daha erken erişebilmeleri açısından önem taşıdığı düşünülmüştür.

5.4.6 Fiziksel aktivite durumları

Türkiye'de nörogelişimsel bozukluğu (ZY, OSB, ADHD) olan olgularla yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite süresinin ZY olan grupta diğer gruplara oranla anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir (163).

ZY'li 568 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada düşük fiziksel aktivite düzeyinin ZY'li çocuklarda hipertansiyon riskini en az 4 kat artırdığı bildirilmiştir (164).

Literatürde fiziksel aktivitenin ZY'li olgularda hem fiziksel hem de psikososyal sağlığı pozitif yönde etkilediğine; duygusal ve davranışsal problemleri azalttığına dair çalışmalar mevcuttur (165–167).

Çalışmamızdaki 120 olgunun 46'sında en az bir fiziksel aktivite saptanmıştır. Bunlar arasında en sıkı fizik tedavi ($n=19$), yürüyüş ($n=10$), jimnastik ($n=6$) ve otizm spor merkezi ($n=5$) olarak belirlenmiştir. Fiziksel aktiviteye başlangıç yaşı ortalama $5,01 \pm 3,19$ yıl ve haftalık ortalama fiziksel aktivite süresi $2,70 \pm 1,92$ saat olarak belirlenmiştir.

Veriler ZY düzeylerine göre karşılaştırıldığında ZY düzeyleri ile fiziksel aktivite varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Fiziksel aktivite oranı hafif ve ağır grupta belirgin bir şekilde düşük saptanmış olup, çok ağır grupta ise tıbbi bir ihtiyaç olarak fizik tedavinin varlığı sebebiyle belirgin yüksek saptanmıştır. Hafif ve çok ağır grupta fizik tedavi uygulanma oranı ve fiziksel aktiviteye başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,05$). Bu bulgu fiziksel eş tanı varlığı ve bunlar arasında da epilepsi ve serebral palsiyle çok ağır ZY'li grup arasında bulduğumuz güçlü ilişki ile tutarlılık göstermektedir. Çok ağır ZY'li grubun fiziksel eş tanıları sebebiyle erken yaşta tanı alarak fizik tedavi uygulanmaya başlandıkları belirlenmiştir.

5.4.7 Teknoloji kullanımı özellikleri

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, polikliniğe konuşma gecikmesi şüphesiyle getirilen okul öncesi her 5 çocuktan 4'ünde yoğun ekran maruziyeti saptandığı bildirilmiştir (168).

Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada nörogelişimsel bozukluğu (ZY, OSB, ADHD) olan olgular arasında ekran maruziyeti açısından bir fark saptanmazken; ekran maruziyeti süresi ile fiziksel aktivitenin negatif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (163).

ZY'li 568 çocuğun ve aynı sayıda kontrol grubunun hipertansiyon riski açısından değerlendirildiği bir çalışmada kontrol grubunda 2 saatin üstü ve altı ekran maruziyeti olan kontrol grubu arasında ılımlı artmış risk gözlenirken ZY'li grupta bu riskin 2 saat üstü ekran maruziyeti olan grup için en az 2 kat arttığı bildirilmiştir (164).

Çalışmamızdaki 120 olgunun yalnızca 7 tanesi (%5,8) hiç teknolojik alet kullanmamakta olup olguların günlük ortalama ekran maruziyeti süresi $2,93\pm1,91$ saat olarak bulunmuştur. Ekran maruziyeti varlığı hafif-orta ve ağır grubun büyük çoğunluğunda gözlenmiş olup çok ağır grupta bu oran istatistiksel olarak düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Ekran süresi ile ZY düzeyi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte ($p>0,05$) çok ağır grupta $3,25\pm1,50$ saat gibi uzun bir süre saptanmıştır. Çok ağır ZY'li grubun hem bilişsel hem de motor beceriler açısından teknoloji kullanımına diğer gruplara göre daha az eğilimli olabileceği ancak pasif olarak tv-video karşısında immobil bir şekilde uzun süre vakit geçirmelerinin buna sebep olabileceği düşünülmüştür. Ancak bu gruptaki olgu sayısının yetersizliği sebebiyle bu konuda daha büyük örneklemelerle daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

5.5 ZY düzeyi ile ZY'li olgu ve primer bakım verenlerine ait YK alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

5.5.1 Olgu YK

Literatüre bakıldığında özellikle son yıllarda ZY ve YK alanındaki çalışma sayısının arttığı, çalışmalarda hem ZY olan çocuğun hem de bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile ilişkili farklı faktörlerin değerlendirildiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda daha küçük yaş, yüksek uyumsal beceriler, daha az davranım problemi, daha düşük ebeveyn stresi (34), motor beceriler (35), özbakım becerileri, konuşurken göz teması kurabilme (36) gibi faktörler ZY olgularının yüksek YK ölçek puanlarıyla ilişkilendirilirken; irritabilite, letarji, uzun süreli antipsikotik kullanımına bağlı yan etkiler (37) daha düşük YK ölçek puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Ancak ZY düzeyinin YK üzerindeki etkisinin, üzerinde daha az çalışılmış bir alan olduğu görülmektedir. Literatür tarandığında ZY olguları ile sağlıklı kontrol grubunun veya bazı hastalıklar için ZY eşlik eden ve etmeyen grupların karşılaştırıldığı çalışmaların daha yoğunlukta olduğu, ZY düzeyi ve YK ilişkisi ile ilgili literatür verilerinin tutarlı olmadığı görülmektedir.

Kanada ve Amerika Birleşik Devletlerindeki 15 otizm merkezinden seçilen 286 OSB tanıılı olguda YK ilişkili faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada ZY eşlik eden ve etmeyen olguların YK ölçek puanları arasında yalnızca duygusal işlevsellik alanında anlamlı farklılık saptanmış olup diğer YK alt ölçeklerinde anlamlı ilişki bildirilmemiştir (169). Yine OSB olgularıyla yapılan benzer bir çalışmada da IQ ile YK arasında ilişki saptanamadığı bildirilmiştir (170).

ZY eşlik eden ve etmeyen epilepsi olgularının değerlendirildiği bir çalışmada eşlik eden ZY varlığı ile YK arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (171).

Serebral palsili 206 olgunun katıldığı, %16,1 ZY olmayan, %21 hafif ZY'li, %19 orta ZY'li, %43,9 ağır ZY'li olgunun KIDSCREEN YK ölçeğiyle değerlendirildiği bir çalışmada ZY düzeyi ile YK ilişkili bulunmuştur. Daha düşük IQ'nun Kendilik Algısı alanında düşük YK alt ölçek puanlarıyla, daha yüksek IQ'nun ise Sosyal Destek ve Akran İlişkileri alanında daha düşük YK alt ölçek puanlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (172).

ZY'li erişkin olgularla yapılan 141 kişilik bir çalışmada ZY düzeyinin YK, özerklik ve sosyal beceriler üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (173).

2022 yılına ait yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan 350 ZY'li olgu ile yapılan bir çalışmada ZY düzeyi ile olguların yaşam kalitesi ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir (174).

Türkiye'de yapılan, 217 ZY'li olgunun kontrol grubuyla karşılaştırıldığı, olguların %2,3'ünü sınır düzeyde zihinsel kapasiteli, %39'unu hafif, %33,6'sını orta, %5,1'ini ağır ZY'li ve %19,8'inin ZY düzeyinin bilinmediği olguların oluşturduğu bir çalışmada ise ZY'li olguların tüm YK alt ölçek puanlarının kontrol grubundan düşük olduğu ancak ZY'li olgular arasında ZY düzeyi ile YK arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (38).

Çalışmamızda olguların ZY düzeyleri ile Fiziksel Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Okul İşlevselliği ve Ölçek Toplam Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup ($p<0,05$) daha yüksek YK alt ölçek puanları daha hafif ZY düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir. Bizim çalışmamız ZY düzeyi ile olguların YK ölçekleri arasında ilişki varlığı bildiren çalışmalarla benzer özellik göstermektedir.

5.5.2 Primer bakım veren YK

Çocuklarda ZY varlığının ebeveyn stresini ve ruhsal problem riskini artırdığına dair literatürde çok sayıda çalışma mevcuttur (175–178). ZY düzeyi ve bakım verenin YK'si arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalar ise daha sınırlı sayıda olup bu konudaki bulgular tutarlılık göstermemektedir.

2007 yılında 105 olguyla yapılan bir çalışmada yetersizlik düzeyinin ebeveyn stresi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (179). Benzer 33 olgulu bir başka çalışmada da yetersizlik düzeyinin ebeveyn stresi ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (41).

2002 yılında 3 yaşında gelişim geriliği olan ve olmayan çocuklarla yapılan bir çalışmada ise çocukların davranım problemlerinin ebeveyn stresi üzerindeki katkısının bilişsel gecikmeden daha fazla olduğu bildirilmiştir (180). 2019 yılında ZY'li olguların primer bakım verenlerinin YK'lerinin incelendiği 604 olguluk bir çalışmada da yetersizlik düzeyi ile bakım veren YK'si arasında anlamlı ilişki bildirilmemiş ve 2002 yılındaki çalışmaya paralel olarak bakım veren YK'sinin daha çok olguların davranışsal ve emosyonel problemleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (42).

Çalışmamızda primer bakım verenlerin YK'leri SF-36 ölçeği ile, psikiyatrik belirtileri ise SCL-90-R ile değerlendirilmiştir. SF-36 alt ölçekleri arasında yalnızca Sosyal İşlevsellik alanında hafif ve orta ZY grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış

($p<0,05$) olup, ağır ve çok ağır grupları için bu ilişki gözlenmemiştir. ZY düzeylerine göre Fiziksel İşlevsellik, Fiziksel Rol, Bedensel Ağrı, Genel Sağlık, Canlılık, Duygusal Rol ve Ruh Sağlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0,05$). SCL-90-R ile değerlendirilen psikiyatrik belirtiler ile ZY düzeyi arasında da anlamlı farklar elde edilememiştir ($p>0,05$). Çalışmamız bakım veren YK ile ZY düzeyleri arasında ilişki bildirmeyen çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Özetle çalışmamızda ZY düzeyi ile olgu YK alt ölçekleri arasında ilişki gözlenmiş ancak bu ilişki bakım veren YK alt ölçekleri ile arasında gözlenmemiştir. ZY düzeyi ile ilişkili olarak çocuğun tipik gelişim gösteren yaşıtları ile arasında zihinsel işlevler ve uyumsal beceriler açısından fark attıkça bakım verenin bunu objektif olarak gözlemleyip değerlendirebildiği düşünülmüştür. Ancak ZY’li olgular gibi toplumun incinebilirliği yüksek bir grubun üyesine süregelen bir şekilde bakım vermenin algılanan subjektif bakım veren yaşam kalitesini hafif ZY’li olgularda dahi yoğun bir şekilde etkileyebileceği düşünülmüştür.

5.6 ZY’li olgu ve primer bakım verenlerine ait YK alt ölçek puanları ile olguların klinik özellik ve sosyodemografik verileri arasındaki ilişkinin incelenmesi

5.6.1 Olgu YK

ZY tanılı 246 çocuğun ve tipik gelişim gösteren 210 kontrolün değerlendirildiği bir çalışmada ZY’li olguların YK puanlarının kontrol grubundan düşük olduğu ve ZY’li olgularda yüksek YK puanlarının genç yaş, yüksek uyumsal beceriler, davranım problemlerinin azlığı, düşük ebeveyn stresi ve ebeveynin çocuğun eğitiminden memnuniyet durumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (34).

Ağır ZY’li 29 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada motor beceriler ile YK’nin ilişkili olduğu bildirilmiştir (35).

ZY tanılı 435 olgunun fiziksel işlevsellik, toplumsal katılım ve YK açısından değerlendirildiği bir çalışmada aktif toplumsal katılımın yüksek YK ile; özbakım becerileri ve günlük işlevlerde bağımlılık durumu ve kısıtlı göz temasının ise toplumsal katılımı negatif yönde etkileyerek düşük YK ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (36).

Olguların %19,5’ini hafif, %23,9’unu orta, %39’unu ağır, %12,6’sını çok ağır ZY’li ve %5’inin ZY düzeyinin bilinmediği uzun dönem antipsikotik kullanımı olan olguların oluşturduğu bir çalışmada YK alt ölçeklerinin ve duygusal iyilik halinin irritabilite, letarji ve

uzun dönem antipsikotik kullanımının yan etkileri ile negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (37).

Hindistan’da yapılan 79 hafif, 143 orta, 87 ağır, 41 çok ağır ZY’li olgunun değerlendirildiği bir çalışmada küçük yaş ve daha hafif ZY düzeyinin yüksek YK puanlarıyla ilişkili olduğu, sosyoekonomik durumun ilişkili olmadığı bildirilmiştir (174).

Türkiye’de yapılan, 217 olgunun %2,3’ünü sınır düzeyde zihinsel kapasiteli, %39’unu hafif, %33,6’sını orta, %5,1’ini ağır ZY’li ve %19,8’inin ZY düzeyinin bilinmediği olguların oluşturduğu bir çalışmada olguda YK ile anne eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi ve ZY şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, iki yaş öncesinde tanı almış olmanın YK üzerine istatistiksel olarak anlamlı pozitif etkisinin olduğu bildirilmiştir (38).

Çalışmamızda olguların uyum ve davranım problemleri SDKL ve GGA ölçekleriyle değerlendirilmiştir. Olgu YK tüm alt ölçek puanlarının SDKL ve GGA ölçek puanlarıyla ilişkili olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). YK alt ölçek puanlarının GGA ölçeğinin yalnızca Prososyal Davranış alt ölçeğiyle pozitif yönlü ilişkide olduğu, diğer alt ölçeklerle negatif yönde ilişkide olduğu belirlenmiştir. SDKL ölçeğinde ise YK alt ölçekleriyle en az ilişkide olan alt ölçeğin Uygunsuz Konuşma olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki olguların %10,8’inin hiç konuşmadığı ve %48,4’ünün ise tek kelimeler veya basit cümleler ile konuştuğu göz önüne alındığında bu alanda güçlü bir ilişkinin çıkmamasının beklenilir bir durum olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızdaki bulgular örneklerini verdiğimiz; davranım problemleriyle negatif, toplumsal katılım ile pozitif ilişkili olgu YK’si bildiren çalışmalarla benzerlik göstermektedir (34,36,37).

Çalışmamızda olguların fiziksel eş tanı varlığı ile YK alt ölçeklerinden Fiziksel Sağlık, Okul İşlevselliği ve Ölçek Toplam puanı arasında negatif yönlü ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$) Olguların fiziksel eş tanıları için sık hastane başvuruları sebebiyle tipik gelişim gösteren yaşlılarından daha fazla okula devamsızlık yapabileceği ve bunun da ölçek puanlarını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Olguların fiziksel aktiviteleri değerlendirildiğinde fizik tedavi uygulanan grup ile herhangi bir fiziksel aktivite yapmayan grup arasında Ölçek Toplam Puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiş olup ($p<0,05$), istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da fizik tedavi uygulanan grubun tüm YK alt ölçeklerinde diğer fiziksel aktiviteleri yapan veya hiç aktivite yapmayan gruplardan daha düşük puanlar elde ettiği belirlenmiştir. Fiziksel eş tanıları olan ve fizik tedavi ihtiyacı olan olguların fiziksel hakimiyet gerektiren alanlarda daha dezavantajlı oldukları düşünüldüğünde

çalışmamızdaki bulguların motor beceri, özbakım becerileri, günlük işlevlerde bağımlılık ile YK arasında ilişki bildiren çalışmalarla benzerlik gösterdiği düşünülmüştür.

Olguların okul tiplerini değerlendirdiğimizde özel alt sınıf, özel eğitim okulu ve hiç okula gitmemiş grupla karşılaştırıldığında; okul öncesi eğitim ve kaynaştırma öğrencisi olan grubun tüm alt ölçeklerde daha yüksek YK puanları elde ettiği görülmüş ve Fiziksel Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Psikososyal Sağlık ve Ölçek Toplam Puanı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Okul öncesi dönemin daha küçük yaş grubunu ve kaynaştırma öğrencilerinin hafif ZY'li olguları temsil etmesi sebebiyle bulgularımızın literatürden örneklerini verdiğimiz genç yaş ve hafif ZY düzeyi ile yüksek YK puanları arasında ilişki bildiren çalışmalarla benzerlik gösterdiği ve bizim çalışmamızın ZY düzeyi-YK ilişkisi bulgularıyla da tutarlı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda olguların özel eğitime başlama yaşları ile YK Fiziksel Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Psikososyal Sağlık ve Ölçek Toplam Puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). ZY düzeyi ve tanı yaşı arasındaki ilişki ile ilgili başlıkta tartıştığımız üzere çalışmamızda literatürle uyumlu olarak ZY düzeyi hafif olan olguların tanı yaşı daha yüksek olarak bulunmuştur. Daha geç yaşta tanı konan hafif ZY'li olguların özel eğitime de geç başladığı düşünüldüğünde tanı yaşı ile YK arasında bulduğumuz bu pozitif ilişkinin ZY düzeyi ile YK arasında negatif ilişki bildiren literatürden verdiğimiz örneklerle benzer özellik gösterdiği ve bizim çalışmamızın bulgularıyla da tutarlı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda olguların YK alt ölçekleri ile ailenin gelir düzeyi, anne-baba-olguda ruhsal hastalık varlığı ve olguda ekran maruziyeti süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

5.6.2 Primer bakım veren YK

Çocuklarda ZY tanısı varlığının ebeveyn stresini ve ruhsal problem riskini artırdığına dair literatürde çok sayıda çalışma mevcuttur (175–178,181). Doğrudan ebeveyn yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar ise daha sınırlı sayıda olup son yıllarda bu konudaki çalışmaların arttığı gözlenmiştir.

ZY'li 245 olgu ve 9481 kişilik kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada ZY'li çocukların annelerinin kontrol grubu annelerine oranla daha fazla ruhsal problem yaşadığı, sosyoekonomik düzeylerinin daha düşük olduğu; ZY'li çocukların anneleri kendi içinde

değerlendirildiğinde de çocukların duygusal-davranışsal problemlerinin ve sosyoekonomik düzeyin annenin ruhsal problemleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (182).

2011 yılında yayınlanan 11 yıllık bir izlem çalışmasında ZY'li çocukların annelerinin yüksek oranlarda ruh sağlığı problemi yaşadığı, çocuktaki duygusal ve davranım problemlerinin annenin ruh sağlığı problemleriyle ilişkili olduğu, olgu yaşıyla maternal stresin pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (183).

Orta ve ağır ZY'li olguların değerlendirildiği bir çalışmada davranım problemleri ve eşlik eden psikiyatrik tanıların ebeveyn stresini artırarak aile yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği bildirilmiştir (41).

ZY tanılı 604 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada bakım verene ait düşük YK ile olguda eşlik eden psikiyatrik tanı, olguda şiddetli davranışsal ve duygusal problemler, düşük gelir düzeyi ve düşük sosyal desteğin ilişkili olduğu bildirilmiştir (42).

Çalışmamızdaki olguların YK puanlarıyla benzer şekilde bakım verenlerin de tüm YK alt ölçek puanlarının olguların uyum ve davranım problemlerinin değerlendirildiği SDKL ve GGA ölçek puanlarıyla ilişkili olduğu ($p<0,05$) ve yine olgularla benzer şekilde SDKL ölçeğinde bakım veren YK alt ölçekleriyle en az ilişkide olan alt ölçeğin Uygunsuz Konuşma olduğu belirlenmiştir. Olgularınkinden farklı olarak GGA ölçeğinin Prososyal Davranış alt ölçeğinin ebeveyn YK'sinin yalnızca Sosyal İşlevsellik alt ölçeğiyle pozitif yönlü ilişkide olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmamızdaki bulgular örneklerini verdiğimiz; olguların duygusal ve davranışsal problemleriyle negatif ilişkili bakım veren YK'si bildiren çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda olguların annelerinin %18,3'ünde ruhsal, %41,7'sinde bedensel hastalık saptanırken; babalarda bu oranların %8,3 ruhsal hastalık ve %25,8 bedensel hastalık şeklinde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki primer bakım verenlerin 3 olgu hariç (2 baba, 1 babaanne) hepsinin anne olduğu göz önüne alındığında ruhsal ve bedensel hastalıkların oransal farklılığının annelerin ZY'li olgunun bakımından sorumlu olmasının getirdiği duygusal ve fiziksel zorluklardan kaynaklanabileceği gibi babaların ruhsal ve fiziksel bazı tıbbi bilgilerinin anne tarafından unutulmasının da etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda bakım verenlerin ruhsal belirtilerinin değerlendirilmesi için kullanılan SCL-90 ölçeğiyle bakım veren YK'sinin tüm alt ölçekleri arasında, annede ruhsal hastalık varlığıyla ise bakım veren YK'sinin Genel Sağlık, Canlılık, Duygusal Rol ve Ruh Sağlığı alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Olguda ek psikiyatrik

komorbidite varlığının da bakım veren YK alt ölçeklerinden Genel Sağlık ve Ruh Sağlığı ile ilişkili olduğu ($p<0,05$) belirlenmiş olup babanın ruh sağlığı ile aynı istatistiksel ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

Literatürde öne çıkan bir faktör olan aile gelir düzeyi ile bizim çalışmamızın yalnızca YK Sosyal İşlevsellik alt ölçeği ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt ölçeklerle arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$).

Primer bakım verenlerin YK'si ile anne-baba ve olgunun fiziksel hastalıkları, kardeş sayısı, anne- baba eğitim durumu, olgunun fiziksel aktivitesi, sınıf okul tipi, özel eğitim başlangıç yaşı ve ekran maruziyeti süresi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$).

6.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmamızın örneklem küçüklüğü ve polikliniğe başvuran ağır ve özellikle de çok ağır ZY'li olguların oranının düşük olması, ZY düzeyi ile ilişkisi değerlendirilen veriler için istatistiksel olarak kısıtlılık yaratmıştır. Olgular çalışmaya çocuk psikiyatrisi poliklinik randevusunun olduğu gün alındığı için birden fazla branşta poliklinik kontrolü olan ve/veya olgulardaki yoğun davranım problemi sebebiyle olguyu kontrol etmekte güçlük çeken bakım verenlerin çalışmaya katılma konusunda daha çekimser davranması ve çalışmanın kesitsel olması olguların psikiyatrik ve fiziksel klinik özelliklerinin dağılımını etkileyebileceğinden kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunun olmayışı da elde ettiğimiz verilerin tipik gelişim gösteren akranlarından ne kadar farklılık gösterdiğinin belirlenememesi sebebiyle kısıtlılık olarak görülmüştür.

7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda ZY tanılu olgu ve primer bakım verenlerinin yaşam kaliteleri ve ZY düzeyi ile olguların özgeçmiş-soygeçmiş (prenatal, perinatal, postnatal ve ailesel özellikler) ve klinik özellikleri arasındaki ilişkiler literatür verileri eşliğinde değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda 63 hafif, 29 orta, 21 ağır, 7 çok ağır düzeyde ZY'li olgu yer almaktadır. Olguların %88,3'ünde en az bir psikiyatrik komorbidite, %55,8'inde en az bir

fiziksel komorbidite, %68,3'ünde en az bir psikotrop ilaç kullanımı saptanmıştır. En sık görülen psikiyatrik komorbiditelerin DEHB (%57,5), OSB (%50,8), Anksiyete Bozuklukları (%24,2) ve KOKGB (%13,3); fiziksel komorbiditelerin ise Epilepsi (%21,7), Down Sendromu (%7,5), İşitme Engeli (%7,5) ve Serebral Palsi (%6,7) olduğu belirlenmiştir.

ZY düzeyi ile tanı alma yaşı, psikomotor gelişim basamakları, fiziksel komorbidite, farmakolojik tedavi, uyku problemleri, eğitim özellikleri, özel eğitime başlangıç yaşı, fiziksel aktivite ve teknoloji kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Olguların YK alt ölçekleri ile ZY düzeyi, fiziksel komorbidite, fiziksel aktivite özellikleri, duygusal-davranışsal problemler, sosyal beceriler, eğitim özellikleri ve özel eğitime başlangıç yaşı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Primer bakım verenlerin YK alt ölçekleri ile olgunun duygusal-davranışsal problemleri, sosyal becerileri, anne ve olguda ruhsal hastalık varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

ZY'li olgular toplumun incinebilirliği yüksek bir kesimini oluşturmakta ve bu olgulara süregelen bir şekilde bakım vermekle sorumlu olan kişiler genellikle anneler olmaktadır. Farklı düzeylerdeki ZY'li olguların klinik görünüşleri ve hem olguların hem bakım verenlerin öncelikli ihtiyaçları birbirinden büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Ağır ZY'li olgular daha fazla multidisipliner desteğe ihtiyaç duyarken, hafif ZY'li olguların tanı alma ve eğitsel destekten faydalanma süreçlerinin gecikmesi bu olguların hem akademik hem sosyal yaşantılarındaki zorlukların artmasına sebep olabilmektedir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, literatürde yer alan yüksek psikiyatrik ve fiziksel komorbidite oranları, ZY düzeyi ile ilişkili klinik özellikler, olgu ve bakım verenlerin YK'leri ile ilişkili faktörler hakkındaki verileri desteklemekle birlikte farklı ZY düzeyine sahip olguların karşılaştırıldığı daha fazla ve büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. İlgili verilerin ZY tanımlı çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin ihtiyaç duydukları alanlarda gerekli hizmetlerin sağlanmasına ve koruyucu müdahalelerin etkin bir şekilde düzenlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

8.KAYNAKÇA

1. Tassé M, Schalock R, Luckasson R. Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports (12th Edition). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 2021.
2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. 943 s.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. Arlington VA. American Psychiatric Association; 2013.
4. Harris JC. Intellectual Disability: Understanding its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. King, B. H., Toth, K. E., Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2009). Intellectual Disability. İçinde: Comprehensive textbook of psychiatry 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; s. 3444-74.
6. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil. 01 Mart 2011;32(2):419-36.
7. Fryers T. Epidemiological issues in mental retardation. J Intellect Disabil Res. 1987;31(4):365-84.
8. Beirne-Smith M, Patton J, Kim S. Mental Retardation: An Introduction to Intellectual Disability. 7th edition. Upper Saddle River, N.J: Pearson; 2005. 576 s.
9. Shree A, Shukla P. Intellectual Disability: Definition, classification, causes and characteristics. Learn Community- Int J Educ Soc Dev. 01 Ocak 2016;7:9.
10. McLaren J, Bryson SE. Review of recent epidemiological studies of mental retardation: prevalence, associated disorders, and etiology. Am J Ment Retard AJMR. Kasım 1987;92(3):243-54.

11. Achenbach, T. M. (1982). Developmental psychopathology (2nd ed.). New York: Ronald Press.
12. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM (Pat), Reeve A, vd. Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports, 10th ed. Washington, DC, US: American Association on Mental Retardation; 2002. xiii, 238 s. (Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports, 10th ed).
13. Eyüp Sabri Ercan, Öznur Bilaç, İpek Perçinel Yazıcı, Meryem Özlem Kütük, Ümit Işık, Ali Güven Kılıçoğlu, Fatma Sibel Durak, Hasan Kandemir, Kemal Utku Yazıcı, Gül Ünsel Bolat, Canem Kavurma, Fethiye Kılıçaslan. 26. Bölüm Entelektüel Yeti Yitimi / Ayşe IRMAK TAŞDEMİR. İçinde: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi - Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar (2 Cilt). 2020. bs s. 227-35.
14. Siegel M, McGuire K, Veenstra-VanderWeele J, Stratigos K, King B, Bellonci C, vd. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents With Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Nisan 2020;59(4):468-96.
15. Curry CJ, Stevenson RE, Aughton D, Byrne J, Carey JC, Cassidy S, vd. Evaluation of mental retardation: recommendations of a Consensus Conference: American College of Medical Genetics. Am J Med Genet. 12 Kasım 1997;72(4):468-77.
16. Pivalizza, P., Seema, L. Intellectual disability in children: Evaluation for a cause. In: Post, T., editor. UpToDate. Waltham, MA: 2016.
17. Moeschler JB, Shevell M, Committee on Genetics. Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. Pediatrics. Eylül 2014;134(3):e903-918.
18. Marrus N, Hall L. Intellectual Disability and Language Disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. Temmuz 2017;26(3):539-54.
19. Purugganan O. Intellectual Disabilities. Pediatr Rev. Haziran 2018;39(6):299-309.
20. Emerson E, Einfeld S. Emotional and behavioural difficulties in young children with and without developmental delay: a bi-national perspective. J Child Psychol Psychiatry. Mayıs 2010;51(5):583-93.

21. Dekker MC, Koot HM. DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: prevalence and impact. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ağustos 2003;42(8):915-22.
22. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil*. Haziran 2011;36(2):137-43.
23. Ke X, Liu J. Discapacidad intelectual (Irrarázaval M, Martín A, Prieto-Tagle F, Fuertes O. trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
24. Emerson E, Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. Aralık 2007;191:493-9.
25. Dekker MC, Koot HM, van der Ende J, Verhulst FC. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry*. Kasım 2002;43(8):1087-98.
26. Ruiter KP de, Dekker MC, Douma JCH, Verhulst FC, Koot HM. Development of parent- and teacher-reported emotional and behavioural problems in young people with intellectual disabilities: Does level of ID matter? *J Appl Res Intellect Disabil*. 2008;21(1):70-80.
27. Lee K, Cascella M, Marwaha R. Intellectual Disability. 2022 [a.yer 11 Aralık 2022]; Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547654>
28. McQuire C, Hassiotis A, Harrison B, Pilling S. Pharmacological interventions for challenging behaviour in children with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 26 Kasım 2015;15:303.
29. Handen BL, Gilchrist R. Practitioner review: Psychopharmacology in children and adolescents with mental retardation. *J Child Psychol Psychiatry*. Eylül 2006;47(9):871-82.
30. Saxena S, Orley J, WHOQOL Group. Quality of life assessment: The world health organization perspective. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 1997;12 Suppl 3:263s-6s.

31. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med* 1982. Kasım 1995;41(10):1383-94.
32. Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Derg.* 01 Ocak 1999;7:5-13.
33. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 28 Mart 1996;334(13):835-40.
34. Ncube BL, Perry A, Weiss JA. The quality of life of children with severe developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res JIDR.* Mart 2018;62(3):237-44.
35. Mensch SM, Echteid MA, Lemmens R, Oppewal A, Evenhuis HM, Rameckers E a. A. The relationship between motor abilities and quality of life in children with severe multiple disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2019;63(2):100-12.
36. Williams K, Jacoby P, Whitehouse A, Kim R, Epstein A, Murphy N, vd. Functioning, participation, and quality of life in children with intellectual disability: an observational study. *Dev Med Child Neurol.* Ocak 2021;63(1):89-96.
37. Ramerman L, Hoekstra PJ, de Kuijper G. Health-related quality of life in people with intellectual disability who use long-term antipsychotic drugs for challenging behaviour. *Res Dev Disabil.* Nisan 2018;75:49-58.
38. Başgül Ş, Uneri O, Memik N. Parents' perception of the quality of life of children with intellectual disabilities. *Turk J Pediatr.* 01 Eylül 2011;53:541-6.
39. Rodrigues SA, Fontanella BJB, Avó LRS de, Germano CMR, Melo DG. A qualitative study about quality of life in Brazilian families with children who have severe or profound intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2019;32(2):413-26.
40. Fernández-Ávalos MI, Pérez-Marfil MN, Ferrer-Cascales R, Cruz-Quintana F, Clement-Carbonell V, Fernández-Alcántara M. Quality of Life and Concerns in Parent Caregivers of Adult Children Diagnosed with Intellectual Disability: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 23 Kasım 2020;17(22).
41. Staunton E, Kehoe C, Sharkey L. Families under pressure: stress and quality of life in parents of children with an intellectual disability. *Ir J Psychol Med.* 28 Şubat 2020;1-8.

42. Arora S, Goodall S, Viney R, Einfeld S, MHYPEDD team. Health-related quality of life amongst primary caregivers of children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res JIDR*. Şubat 2020;64(2):103-16.
43. Heber RF. A manual on terminology and classification in mental retardation. 2d ed. Pineville, La.: American Association on Mental Deficiency; 1961. 109 s. (American journal of mental deficiency).
44. King BH, Toth KE, Hodapp RM, Dykens EM. Intellectual disability. In: Sadoc BIJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:3444-3747. İçinde.
45. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, vd. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Eleventh Edition. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2010.
46. Dave U, Shetty N, Mehta L. A community genetics approach to population screening in India for mental retardation--a model for developing countries. *Ann Hum Biol*. 2005;32(2):195-203.
47. Tao KT. Mentally retarded persons in the People's Republic of China: review of epidemiological studies and services. *Am J Ment Retard AJMR*. Eylül 1988;93(2):193-9.
48. Islam S, Durkin MS, Zaman SS. Socioeconomic status and the prevalence of mental retardation in Bangladesh. *Ment Retard*. Aralık 1993;31(6):412-7.
49. Patja K, Iivanainen M, Vesala H, Oksanen H, Ruoppila I. Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *J Intellect Disabil Res JIDR*. Ekim 2000;44 (Pt 5):591-9.
50. Rauch A, Hoyer J, Guth S, Zweier C, Kraus C, Becker C, vd. Diagnostic yield of various genetic approaches in patients with unexplained developmental delay or mental retardation. *Am J Med Genet A*. 01 Ekim 2006;140(19):2063-74.
51. Devriendt K, Holvoet M, Fryns J. An etiological diagnostic survey in children attending a school for special education. *Genet Couns*. 2003;14:125.

52. Michelson DJ, Shevell MI, Sherr EH, Moeschler JB, Gropman AL, Ashwal S. Evidence report: Genetic and metabolic testing on children with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 25 Ekim 2011;77(17):1629-35.
53. Coffee B, Keith K, Albizua I, Malone T, Mowrey J, Sherman SL, vd. Incidence of fragile X syndrome by newborn screening for methylated FMR1 DNA. *Am J Hum Genet*. Ekim 2009;85(4):503-14.
54. Miller DT, Adam MP, Aradhya S, Biesecker LG, Brothman AR, Carter NP, vd. Consensus statement: chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies. *Am J Hum Genet*. 14 Mayıs 2010;86(5):749-64.
55. Kolarova J, Tangen I, Bens S, Gillessen-Kaesbach G, Gutwein J, Kautza M, vd. Array-based DNA methylation analysis in individuals with developmental delay/intellectual disability and normal molecular karyotype. *Eur J Med Genet*. Ağustos 2015;58(8):419-25.
56. de Ligt J, Willemsen MH, van Bon BWM, Kleefstra T, Yntema HG, Kroes T, vd. Diagnostic exome sequencing in persons with severe intellectual disability. *N Engl J Med*. 15 Kasım 2012;367(20):1921-9.
57. Schuurs-Hoeijmakers JHM, Vulto-van Silfhout AT, Vissers LELM, van de Vondervoort IIGM, van Bon BWM, de Ligt J, vd. Identification of pathogenic gene variants in small families with intellectually disabled siblings by exome sequencing. *J Med Genet*. Aralık 2013;50(12):802-11.
58. Musante L, Ropers HH. Genetics of recessive cognitive disorders. *Trends Genet TIG*. Ocak 2014;30(1):32-9.
59. Puri RD, Tuteja M, Verma IC. Genetic Approach to Diagnosis of Intellectual Disability. *Indian J Pediatr*. 01 Ekim 2016;83(10):1141-9.
60. Bayat A, Møller LB, Lund AM. [Diagnostics and treatment of phenylketonuria]. *Ugeskr Laeger*. 16 Şubat 2015;177(8):V07140383.

61. Denny L, Coles S, Blitz R. Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Am Fam Physician*. 15 Ekim 2017;96(8):515-22.
62. Deltour L, Ang HL, Duester G. Ethanol inhibition of retinoic acid synthesis as a potential mechanism for fetal alcohol syndrome. *FASEB J Off Publ Fed Am Soc Exp Biol*. Temmuz 1996;10(9):1050-7.
63. Biellik RJ, Orenstein WA. Strengthening routine immunization through measles-rubella elimination. *Vaccine*. 05 Eylül 2018;36(37):5645-50.
64. Huang J, Zhu T, Qu Y, Mu D. Prenatal, Perinatal and Neonatal Risk Factors for Intellectual Disability: A Systemic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 25 Nisan 2016;11(4):e0153655.
65. Li M, Fallin MD, Riley A, Landa R, Walker SO, Silverstein M, vd. The Association of Maternal Obesity and Diabetes With Autism and Other Developmental Disabilities. *Pediatrics*. Şubat 2016;137(2):e20152206.
66. al-Qudah AA. Screening for congenital hypothyroidism in cognitively delayed children. *Ann Trop Paediatr*. Aralık 1998;18(4):285-8.
67. Juul-Dam N, Townsend J, Courchesne E. Prenatal, perinatal, and neonatal factors in autism, pervasive developmental disorder-not otherwise specified, and the general population. *Pediatrics*. Nisan 2001;107(4):E63.
68. Calis EAC, Olieman JF, Rieken R, Penning C. Impact of malnutrition on gastrointestinal disorders and gross motor abilities in children with cerebral palsy. *Brain Dev*. Eylül 2007;29(8):534.
69. Scheller JM, Nelson KB. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? *Obstet Gynecol*. Nisan 1994;83(4):624-30.
70. Naeye RL. Placenta previa. Predisposing factors and effects on the fetus and surviving infants. *Obstet Gynecol*. Kasım 1978;52(5):521-5.
71. Ambalavanan N, Carlo WA, Shankaran S, Bann CM, Emrich SL, Higgins RD, vd. Predicting outcomes of neonates diagnosed with hypoxemic-ischemic encephalopathy. *Pediatrics*. Kasım 2006;118(5):2084-93.

72. Holota VIa, Sonnyk HT, Odarenko IM. Sequelae for the infants of vacuum extraction operations with the subsequent application of obstetrical forceps. *Pediatr Akus Ginekol* 1979;(3):57-59.
73. Bouda J, Bouda JJ. Neurological complications during gynecological pelvic surgery. *Ceska Gynekol* 2005;70(5):388-391.
74. Niswander KR, Gordon M, Drage JS. The effect of intrauterine hypoxia on the child surviving to 4 years. *Am J Obstet Gynecol*. 01 Nisan 1975;121(7):892-9.
75. Camfield PR, Bahi-Buisson N, Trinka E. Transition issues for children with diffuse cortical malformations, multifocal postnatal lesions, (infectious and traumatic) and Lennox-Gastaut and similar syndromes. *Epilepsia*. Ağustos 2014;55 Suppl 3:24-8.
76. Milne SL, McDonald JL, Comino EJ. Adaptive function in preschoolers in relation to developmental delay and diagnosis of autism spectrum disorders: insights from a clinical sample. *Autism Int J Res Pract*. Kasım 2013;17(6):743-53.
77. Cornoldi C, Giofrè D, Orsini A, Pezzuti L. Differences in the intellectual profile of children with intellectual vs. learning disability. *Res Dev Disabil*. Eylül 2014;35(9):2224-30.
78. Schwartz CE, Neri G. Autism and intellectual disability: two sides of the same coin. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 15 Mayıs 2012;160C(2):89-90.
79. Nicholas J. Cognitive Assessment of Children Who Are Deafblind: Perspectives and Suggestions for Assessments. *Front Psychol* [İnternet]. 2020 [a.yer 17 Aralık 2022];11. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.571358>
80. Stadskleiv K. Cognitive functioning in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. Mart 2020;62(3):283-9.
81. Reith W. [Neurodegenerative diseases]. *Radiol*. Mart 2018;58(3):241-58.
82. Glaun DE, Brown PF. Motherhood, intellectual disability and child protection: Characteristics of a court sample. *J Intellect Dev Disabil*. 01 Ocak 1999;24(1):95-105.
83. Fann JR, Uomoto JM, Katon WJ. Cognitive improvement with treatment of depression following mild traumatic brain injury. *Psychosomatics*. 2001;42(1):48-54.

84. M.D JCH. Intellectual Disability: A Guide for Families and Professionals. Oxford University Press; 2010. 236 s.
85. Koskentausta T, Iivanainen M, Almqvist F. Psychiatric disorders in children with intellectual disability. Nord J Psychiatry. 2002;56(2):126-31.
86. Siegel MS, Smith WE. Psychiatric features in children with genetic syndromes: toward functional phenotypes. Pediatr Clin North Am. Ağustos 2011;58(4):833-64, x.
87. Evidence-Based Practice and Intellectual Disabilities | Wiley [Internet]. Wiley.com. [a.yer 01 Mart 2021]. Erişim adresi: <https://www.wiley.com/en-us/Evidence+Based+Practice+and+Intellectual+Disabilities-p-9780470710692>
88. Beavers GA, Iwata BA, Lerman DC. Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. J Appl Behav Anal. 2013;46(1):1-21.
89. Tellegen CL, Sanders MR. Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: a systematic review and meta-analysis. Res Dev Disabil. Mayıs 2013;34(5):1556-71.
90. Bagner DM, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: a randomized controlled trial. J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53. 2007;36(3):418-29.
91. Mulhern RK, Horowitz ME, Ochs J, Friedman AG, Armstrong FD, Copeland D, vd. Assessment of quality of life among pediatric patients with cancer. Psychol Assess J Consult Clin Psychol. 1989;1(2):130-8.
92. Petrie KJ, Weinman JA. Eiser C, Kopel SJ. Children's perception of health and illness. İçinde: Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications. 1st edition. Amsterdam: Psychology Press; 1997. s. 320.
93. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. Arch Dis Child. Mart 2001;84(3):205-11.
94. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Parent proxy-report of their children's health-related quality of life: an analysis of 13,878 parents' reliability and validity across age

subgroups using the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. Health Qual Life Outcomes. 03 Ocak 2007;5:2.

95. Campo JV, Comer DM, Jansen-Mcwilliams L, Gardner W, Kelleher KJ. Recurrent pain, emotional distress, and health service use in childhood. J Pediatr. Temmuz 2002;141(1):76-83.
96. Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. Med Care. Eylül 2001;39(9):990-1001.
97. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature - PubMed [İnternet]. [a.yer 27 Şubat 2021]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18521721/>
98. Szymanski L, King BH. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Aralık 1999;38(12 Suppl):5S-31S.
99. O'Hara J. Attending to the health needs of people with intellectual disability: quality standards. Salud Publica Mex. 2008;50 Suppl 2:s154-159.
100. Brown RI, Brown I. The application of quality of life. J Intellect Disabil Res JIDR. Ekim 2005;49(Pt 10):718-27.
101. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Economic costs associated with mental retardation, cerebral palsy, hearing loss, and vision impairment--United States, 2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 30 Ocak 2004;53(3):57-9.
102. Polder JJ, Meerding WJ, Bonneux L, van der Maas PJ. Healthcare costs of intellectual disability in the Netherlands: a cost-of-illness perspective. J Intellect Disabil Res JIDR. Şubat 2002;46(Pt 2):168-78.
103. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children; manual. Oxford, England: The Psychological Corp.; 1949. v, 113 s. (Wechsler Intelligence Scale for Children; manual).
104. Wechsler D. WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children – Revised. New York : Psychological Corporation, 1974.

105. Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları,1995.
106. Erol N, Sezgin N, Savaşır I. AGTE. Ankara Gelişim Tarama Envanteri. Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları, 1993.
107. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, vd. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Temmuz 1997;36(7):980-8.
108. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, vd. [Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]. Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry. 2019;30(1):42-50.
109. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care. Ağustos 2001;39(8):800-12.
110. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. Health Technol Assess Winch Engl. 2001;5(4):1-157.
111. Memik N, Coskun A. The validity and reliability of Pediatric Quality of Life Inventory in 8-12 years old Turkish children. Turk J Child Adolesc Ment Health. 01 Ocak 2008;15:87-98.
112. Cakin Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Uneri OS, Karakaya I. [The validity and reliability of the Turkish Pediatric Quality of Life Inventory for children 13-18 years old]. Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry. 2007;18(4):353-63.
113. Uneri OS, Agaoglu B, Coskun A, Memik NC. Validity and reliability of Pediatric Quality of Life Inventory for 2- to 4-year-old and 5- to 7-year-old Turkish children. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. Mart 2008;17(2):307-15.
114. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry. Temmuz 1997;38(5):581-6.

115. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*. Temmuz 1999;40(5):791-9.
116. Goodman R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Kasım 2001;40(11):1337-45.
117. SDQscore [İnternet]. [a.yer 03 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://sdqscore.org/#>
118. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve güçlükler anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. [Psychometric properties of the Turkish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).]. *Çocuk Ve Genç Ruh Sağlığı Derg*. 2008;15(2):65-74.
119. Marshburn EC, Aman MG. Factor validity and norms for the aberrant behavior checklist in a community sample of children with mental retardation. *J Autism Dev Disord*. Eylül 1992;22(3):357-73.
120. Aman MG, Singh NN, Stewart AW, Field CJ. The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *Am J Ment Defic*. Mart 1985;89(5):485-91.
121. Sucuoğlu B. The psychometric characteristics of the Turkish form of the aberrant behavior checklist. *Turk Psikol Derg*. 01 Aralık 2003;18:77-96.
122. Karabekiroğlu K, Aman MG. Validity of the Aberrant Behavior Checklist in a Clinical Sample of Toddlers. *Child Psychiatry Hum Dev*. 01 Mart 2009;40(1):99-110.
123. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. Haziran 1992;30(6):473-83.
124. Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36). *İç Ve Tedavi Derg*. 01 Ocak 1999;12:102-6.
125. Derogatis LR, Spitz KL. The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. İçinde: The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, 2nd ed. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1999. s. 679-724.

126. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. [Reliability and validity of the Symptom Check List (SCL-90-R) for university students.]. Türk Psikiyatri Derg. 1991;2(1):5-12.
127. Richardson SA, Katz M, Koller H. Sex differences in number of children administratively classified as mildly mentally retarded: an epidemiological review. Am J Ment Defic. Kasım 1986;91(3):250-6.
128. Drews CD, Yeargin-Allsopp M, Decouflé P, Murphy CC. Variation in the influence of selected sociodemographic risk factors for mental retardation. Am J Public Health. Mart 1995;85(3):329-34.
129. Arıcı A, Altun H, Sevgen F. Presenting Complaint And A Comorbid Diagnoses In Children With Mental Disability Presented To Child Psychiatry Outpatient Clinic. J Mood Disord. 01 Ocak 2017;1.
130. Fidan T, Kirpinar I, Oral M, Koçak K. Is there a relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and manic symptoms among children with mental retardation of unknown etiology? Compr Psychiatry. 01 Kasım 2011;52(6):644-9.
131. Oeseburg B, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA, Jansen DEMC. Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review. Intellect Dev Disabil. Nisan 2011;49(2):59-85.
132. Bryson SE, Bradley EA, Thompson A, Wainwright A. Prevalence of Autism among Adolescents with Intellectual Disabilities. Can J Psychiatry. 01 Temmuz 2008;53(7):449-59.
133. de Bildt A, Sytema S, Kraijer D, Minderaa R. Prevalence of pervasive developmental disorders in children and adolescents with mental retardation. J Child Psychol Psychiatry. Mart 2005;46(3):275-86.
134. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. J Psychiatr Res. Aralık 2007;41(11):959-67.
135. Reardon TC, Gray KM, Melvin GA. Anxiety disorders in children and adolescents with intellectual disability: Prevalence and assessment. Res Dev Disabil. Ocak 2015;36C:175-90.

136. Green SA, Berkovits LD, Baker BL. Symptoms and development of anxiety in children with or without intellectual disability. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2015;44(1):137-44.
137. Maïano C, Coutu S, Tracey D, Bouchard S, Lepage G, Morin AJS, vd. Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 15 Ağustos 2018;236:230-42.
138. Whitney DG, Shapiro DN, Peterson MD, Warschausky SA. Factors associated with depression and anxiety in children with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2019;63(5):408-17.
139. Bellini S. Social Skill Deficits and Anxiety in High-Functioning Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Focus Autism Dev Disabil*. 01 Mayıs 2004;19(2):78-86.
140. Bilder DA, Pinborough-Zimmerman J, Bakian AV, Miller JS, Dorius JT, Nangle B, vd. Prenatal and perinatal factors associated with intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil*. Mart 2013;118(2):156-76.
141. Wieggersma AM, Dalman C, Lee BK, Karlsson H, Gardner RM. Association of Prenatal Maternal Anemia With Neurodevelopmental Disorders. *JAMA Psychiatry*. 01 Aralık 2019;76(12):1294-304.
142. Yaqoob M, Bashir A, Zaman S, Ferngren H, Von Döbeln U, Gustavson KH. Mild intellectual disability in children in Lahore, Pakistan: aetiology and risk factors. *J Intellect Disabil Res JIDR*. Ekim 2004;48(Pt 7):663-71.
143. Durkin MS, Khan NZ, Davidson LL, Huq S, Munir S, Rasul E, vd. Prenatal and Postnatal Risk Factors for Mental Retardation among Children in Bangladesh. *Am J Epidemiol*. 01 Aralık 2000;152(11):1024-33.
144. Rantakallio P, von Wendt L. Risk factors for mental retardation. *Arch Dis Child*. Ekim 1985;60(10):946-52.
145. Camp BW, Broman SH, Nichols PL, Leff M. Maternal and neonatal risk factors for mental retardation: defining the “at-risk” child. *Early Hum Dev*. 09 Ocak 1998;50(2):159-73.

146. Yin W, Döring N, Persson MSM, Persson M, Tedroff K, Ådén U, vd. Gestational age and risk of intellectual disability: a population-based cohort study. *Arch Dis Child*. Eylül 2022;107(9):826-32.
147. Heikura U, Taanila A, Hartikainen AL, Olsen P, Linna SL, von Wendt L, vd. Variations in prenatal sociodemographic factors associated with intellectual disability: a study of the 20-year interval between two birth cohorts in northern Finland. *Am J Epidemiol*. 15 Ocak 2008;167(2):169-77.
148. Madhavan T, Narayan J. Consanguinity and mental retardation. *J Ment Defic Res*. Nisan 1991;35 (Pt 2):133-9.
149. Madley-Dowd P, Kalkbrenner AE, Heuvelman H, Heron J, Zammit S, Rai D, vd. Maternal smoking during pregnancy and offspring intellectual disability: sibling analysis in an intergenerational Danish cohort. *Psychol Med*. Temmuz 2022;52(10):1847-56.
150. O’Leary C, Leonard H, Bourke J, D’Antoine H, Bartu A, Bower C. Intellectual disability: population-based estimates of the proportion attributable to maternal alcohol use disorder during pregnancy. *Dev Med Child Neurol*. Mart 2013;55(3):271-7.
151. Güzel E. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine başvuran zeka geriliği tanısı alan hastaların özellikleri, Çukurova Üniversitesi, 2009.
152. Batshaw ML. Mental Retardation. *Pediatr Clin North Am*. 01 Haziran 1993;40(3):507-21.
153. Kaur P, Chavan BS, Lata S, Kaur A, Tinku S, Arora Y, vd. Early intervention in developmental delay. *Indian J Pediatr*. Mayıs 2006;73(5):405-8.
154. Robertson J, Hatton C, Emerson E, Baines S. Prevalence of epilepsy among people with intellectual disabilities: A systematic review. *Seizure*. 01 Temmuz 2015;29:46-62.
155. Sunmonu TA, Komolafe MA, Ogunrin AO, Oladimeji BY, Ogunniyi A. Intellectual impairment in patients with epilepsy in Ile-Ife, Nigeria. *Acta Neurol Scand*. Aralık 2008;118(6):395-401.
156. Ji NY, Findling RL. Pharmacotherapy for mental health problems in people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry*. Mart 2016;29(2):103-25.

157. Miller J, Perera B, Shankar R. Clinical guidance on pharmacotherapy for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) for people with intellectual disability. *Expert Opin Pharmacother*. Ekim 2020;21(15):1897-913.
158. Cukier S, Barrios N. [Pharmacological interventions for intellectual disability and autism]. *Vertex B Aires Argent*. 2019;XXX(143):52-63.
159. Gilbertson M, Richardson C, Eastwood P, Wilson A, Jacoby P, Leonard H, vd. Determinants of sleep problems in children with intellectual disability. *J Sleep Res*. Ekim 2021;30(5):e13361.
160. Köse S, Yılmaz H, Ocakoğlu FT, Özbaran NB. Sleep problems in children with autism spectrum disorder and intellectual disability without autism spectrum disorder. *Sleep Med*. Aralık 2017;40:69-77.
161. Eripek S, Vuran S. Zihinsel yetersizliği olan çocukların eğitimi. G. Akçamete,(edt.). Özel eğitim (1. basım). 2008;245:278.
162. Buğday M. Okula Devam Eden Zihinsel Yetersizliği Olan Öğrencilerin Okuma Yazma Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi - ProQuest [İnternet]. [a.yer 14 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://www.proquest.com/docview/2601427887?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
163. Köse S, Yılmaz Kafalı H, Erkan İdris ZG, Şentürk Pılan B, Özbaran B, Erermiş S. The prevalence and risk factors for overweight/obesity among Turkish children with neurodevelopmental disorders. *Res Dev Disabil*. 01 Temmuz 2021;114:103992.
164. Wyszynska J, Podgórska-Bednars J, Dereń K, Mazur A. The Relationship between Physical Activity and Screen Time with the Risk of Hypertension in Children and Adolescents with Intellectual Disability. *BioMed Res Int*. 2017;2017:1940602.
165. Borland RL, Cameron LA, Tonge BJ, Gray KM. Effects of physical activity on behaviour and emotional problems, mental health and psychosocial well-being in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review. *J Appl Res Intellect Disabil JARID*. Mart 2022;35(2):399-420.
166. Lotan M, Henderson CM, Merrick J. Physical activity for adolescents with intellectual disability. *Minerva Pediatr*. Haziran 2006;58(3):219-26.

167. Kapsal NJ, Dicke T, Morin AJS, Vasconcellos D, Maïano C, Lee J, vd. Effects of Physical Activity on the Physical and Psychosocial Health of Youth With Intellectual Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Phys Act Health*. 01 Aralık 2019;16(12):1187-95.
168. Zengin-Akkuş P, Çelen-Yoldaş T, Kurtipek G, Özmert EN. Speech delay in toddlers: Are they only 'late talkers'? *Turk J Pediatr*. 2018;60(2):165-72.
169. Kuhlthau K, Orlich F, Hall TA, Sikora D, Kovacs EA, Delahaye J, vd. Health-Related Quality of Life in children with autism spectrum disorders: results from the autism treatment network. *J Autism Dev Disord*. Haziran 2010;40(6):721-9.
170. Kamp-Becker I, Schröder J, Muehlan H, Remschmidt H, Becker K, Bachmann CJ. Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother*. Ocak 2011;39(2):123-31.
171. Sabaz M, Cairns DR, Lawson JA, Bleasel AF, Bye AM. The health-related quality of life of children with refractory epilepsy: a comparison of those with and without intellectual disability. *Epilepsia*. Mayıs 2001;42(5):621-8.
172. Badia M, Begoña Orgaz M, Gómez-Vela M, Verdugo MA, Ullán AM, Longo E. Do environmental barriers affect the parent-reported quality of life of children and adolescents with cerebral palsy? *Res Dev Disabil*. 2016;49-50:312-21.
173. Nota L, Ferrari L, Soresi S, Wehmeyer M. Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2007;51(11):850-65.
174. Sasinthar K, Sugumaran A, Boratne AV, Patil RK. Health-related quality of life of intellectually disabled children attending a special school in Puducherry-A cross-sectional study. *J Fam Med Prim Care*. Ağustos 2022;11(8):4549-54.
175. Singer GHS. Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *Am J Ment Retard AJMR*. Mayıs 2006;111(3):155-69.
176. Miodrag N, Hodapp RM. Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. *Curr Opin Psychiatry*. Eylül 2010;23(5):407-11.

177. Emerson E, McCulloch A, Graham H, Blacher J, Llwelllyn GM, Hatton C. Socioeconomic circumstances and risk of psychiatric disorders among parents of children with early cognitive delay. *Am J Intellect Dev Disabil*. Ocak 2010;115(1):30-42.
178. Patton KA, Ware R, McPherson L, Emerson E, Lennox N. Parent-Related Stress of Male and Female Carers of Adolescents with Intellectual Disabilities and Carers of Children within the General Population: A Cross-Sectional Comparison. *J Appl Res Intellect Disabil JARID*. Ocak 2018;31(1):51-61.
179. Plant KM, Sanders MR. Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res JIDR*. Şubat 2007;51(Pt 2):109-24.
180. Baker BL, Blacher J, Crnic KA, Edelbrock C. Behavior Problems and Parenting Stress in Families of Three-Year-Old Children With and Without Developmental Delays. *Am J Ment Retard*. 01 Kasım 2002;107(6):433-44.
181. Quine L, Pahl J. Examining the Causes of Stress in Families with Severely Mentally Handicapped Children. *Br J Soc Work*. 1985;15(5):501-17.
182. Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *J Intellect Disabil Res JIDR*. 2003;47(Pt 4-5):385-99.
183. Gray KM, Piccinin AM, Hofer SM, Mackinnon A, Bontempo DE, Einfeld SL, vd. The longitudinal relationship between behavior and emotional disturbance in young people with intellectual disability and maternal mental health. *Res Dev Disabil*. 2011;32(3):1194-204.

9.EKLER

EK1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

OLGU NO:

TARİH:.....

HASTANIN;					
Doğum Tarihi:					
Yaşı:					
Tanı Yaşı:					
Cinsiyeti:	Kız ()	Erkek ()			
ZY Düzeyi:	Hafif ()	Orta ()	Ağır ()	Çok Ağır ()	
WISC-R:	SIQ:	PIQ:	TIQ:		
AGTE:			Leiter:		
Kilo:		Boy:		VKİ:	
ANNENİN;					
Yaşı:					
Eğitim Düzeyi:	Okuryazar Değil ()	Okuryazar ()	İlköğretim ()	Lise ()	Üniversite ()
Mesleği:	Çalışmıyor ()	İşçi ()	Memur ()	Serbest Meslek ()	Emekli ()
	Diğer:				
Ruhsal Hastalık:	Var ()	Yok ()	Varsa belirtiniz:	.....	
Bedensel Hastalık:	Var ()	Yok ()	Varsa belirtiniz:	.....	
BABANIN;					
Yaşı:					
Eğitim Düzeyi:	Okuryazar Değil ()	Okuryazar ()	İlköğretim ()	Lise ()	Üniversite ()
Mesleği:	Çalışmıyor ()	İşçi ()	Memur ()	Serbest Meslek ()	Emekli ()
	Diğer:				
Ruhsal Hastalık:	Var ()	Yok ()	Varsa belirtiniz:	.....	
Bedensel Hastalık:	Var ()	Yok ()	Varsa belirtiniz:	.....	
AİLE BİLGİLERİ:					
Akrabalık:	Var ()	Yok ()			
Aile Tipi:	Çekirdek Aile ()	Geniş Aile ()	Parçalanmış Aile()		
Evde Yaşayan Kişi Sayısı:					
Kardeş Sayısı:					
Kaçıncı Çocuk:					
Yaşanılan Yer:	İl ()	İlçe ()	Köy ()		
Aylık Gelir:					
Ev:	Kendilerine Ait()	Kira ()			
Akrabalarda Zihinsel Yetersizlik Tanılı	Var ()	Yok ()	Varsa Sayısı:	.....	147

Birey:					
PRENATAL					
Gebelik Yaşı:					
Gebelik Yöntemi:	Doğal ()	IVF ()			
Gebelik İzlemi:	Var ()	Yok ()			
Çoğul Gebelik:	Var ()	Yok ()			
Gebelikte Maruziyet:	Sigara ()	Alkol ()	Radyasyon ()	İlaç () Varsa belirtiniz:	Madde ()
	Stres ()				
Maternal Patoloji	Preeklampsi ()	Eklampsi ()	Gestasyonel Diyabet ()	Enfeksiyon () Varsa belirtiniz::	Diğer:
PERİNATAL					
Doğum Tipi	Normal ()	Sezaryen ()	Forseps/vakum Yardımlı ()		
Doğum Zamanı:	Miad ()	Prematür ()	Postmatür ()		
Doğum Komplikasyonu:	Var ()	Yok () Varsa belirtiniz:	Uzamış Travay ()	Mekonyum Aspirasyonu ()	Kordon Dolanması ()
	Asfiksi ()	Ters Geliş ()	Zor Doğum ()	Diğer:	
Doğum Sonrası İlk Durum:	Normal ()	Mor ağlıyor ()	Mor ağlamıyor ()	Kuvöz ()	
Doğum Sonrası Patoloji	Sarılık ()	Enfeksiyon ()	İntrakranial Hemoraji ()	Hipoglisemi ()	Diğer:
Doğum Kilosu:					
Doğum Boyu:					
POSTNATAL					
Anne Sütü:	Aldı ()	Almadı ()	Aldı ise kaç ay:	.....	
Aşı:	Tam ()	Eksik ()	Bilinmiyor ()		
ORGANİK					
Eş Tanı:	Epilepsi ()	Serebral Palsi ()	Genetik Tanı () Varsa Belirtiniz:	İşitme Engeli ()	Görme Engeli ()
	MSS Travması ()	MSS Enfeksiyonu ()	MS Tümörü ()	Diğer:	
Takipli Olunan Branşlar:	Çocuk Nöroloji ()	Çocuk Metabolizma ()	Çocuk Kardiyoloji ()	Çocuk Onkoloji ()	Genetik ()
	KBB ()	Göz ()	Diğer:		
PSİKİYATRİK					
Eş Tanı:	Otizm Spektrum Bozukluğu ()	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ()	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ()	Anksiyete Bozuklukları ()	Depresyon ()
	Davranım Bozukluğu ()	Psikotik Bozukluk ()	Duygudurum Bozukluğu ()	Diğer:	
İlaç:	Antipsikotik ()	Psikostimülan ()	Antiepileptik ()	Antidepresan ()	Benzodiazepin ()
	Diğer:				
PSİKOMOTOR GELİŞİM					

Yürüme:	Var ()	Yok ()	Gecikme:	.....	
Konuşma:	Tek Kelimeler()	Basit Cümle ()	Normal Konuşma ()	Yok ( )	.....
	Gecikme:				
Tuvalet Eğitimi	Var ()	Yok ()	Gecikme:	.....	
EĞİTİM- ÖĞRETİM DURUMU					
Okuma – Yazma:	Var ()	Yok ()	Kısmen ()	Gecikme:	
Okula Devam :	Ediyor ()	Etmiyor ()			
Ediyorsa Kaçınıcı Sınıf:	Kreş ()	Anasınıfı ()	İlkokul ()	Ortaokul ()	Lise ()
Etmiyorsa Son Okuduğu Sınıf:	Kreş () Hiç Gitmedi ()	Anasınıfı ()	İlkokul ()	Ortaokul ()	Lise()
Sınıf / Okul tipi:	Okul Öncesi ()	Kaynaştırma ()	Özel Alt Sınıf ()	Engelli Okulu ()	
Özel Eğitim:	Var ()	Yok ()			
Özel Eğitime Başlangıç Yaşı:					
SPOR AKTİVİTESİ					
Yaptığı Spor:	Yürüyüş ()	Koşu ()	Futbol ()	Voleybol ()	Basketbol ()
	Jimnastik ()	Diğer:	Yok ()		
Başlangıç yaşı:					
Sıklık:	Düzenli ()	Düzensiz()			
Saat/hafta:					
TEKNOLOJİ MARUZİYETİ					
Kullanılan Cihaz:	Telefon ()	Televizyon ()	Tablet ()	Bilgisayar ()	Diğer:
Kullanım amacı:	Oyun Oynama()	Film /Dizi /Video İzleme ()	Sosyal Medya()	İletişim ()	Diğer:
Günlük Ekran Süresi(saat/gün):	.....				
UYKU					
Düzeni:	Düzenli ()	Düzensiz ()			
Uyku Problemi	Dalmada Güçlük ()	Sürdürümde Güçlük ()	Faz kayması ()	Diğer:	
Günlük uyku saati:					
Kiminle uyuduğu:	Tek başına ()	Bakım verenle ()			

EK2. ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMLARI
(2-4 YAŞ, 5-7 YAŞ, 8-12 YAŞ, 13-18 YAŞ)

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
Oyun Çocuğu Değerlendirme Formu (2-4 Yaş)

Çocuğunuzun adı soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Oyun Çocuğu Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (2-4 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Çocuğunuzun adı soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Küçük Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (5-7yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur. Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

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

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

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

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

EK3. GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

	GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)	Doküman Kodu	BBD-ÇRUH-019
		Yayın Tarihi	17.06.2020
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	17.06.2020
		Sayfa No / Sayısı	1 / 3

AB 4-17

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

Çocuğunuzun Adı: Kız / Erkek
Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamalıdır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağınık. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐

EK4. SORUN DAVRANIŞ KONTROL LİSTESİ

Sorun Davranış Kontrol Listesi

Çocuğun adı/soyadı: _____ Formun doldurulduğu tarih: ____ / ____ / ____
Formu dolduran/yakınlığı: _____

Aşağıda, çocuğunuzda gözlenebilecek çeşitli davranışlar listelenmektedir. Çocuğunuz, sözü geçen davranışı göstermiyorsa “böyle bir sorun yok (0)” seçeneğini işaretleyiniz. Okuduğunuz cümlede bahsedilen davranış çocuğunuzda gözlemlediğiniz bir davranış ise rahatsızlık derecesine göre 1-2-3 seçeneklerinden karşılık gelen kutucuğu işaretleyiniz.

Özellikle çocuğunuzun son bir ayını düşünerek yanıtlayınız, her madde üzerinde fazla zaman harcamayın- aklınıza ilk gelen genellikle doğru olanıdır!

	0 Böyle bir sorun vok	1 Var, ama rahatsız edici düzeyde değil	2 Rahatsız edici	3 Çok rahatsız edici
1. Evde, okulda, işte ya da başka yerlerde aşırı derecede hareketlidir.				
2. Amaçlı olarak kendine zarar verir.				
3. Halsiz, tembel, hareketsizdir.				
4. Diğer çocuklara ve büyüklere karşı saldırgan (sözel ya da fiziksel olarak).				
5. Başkalarından uzak durmaya/yalnız kalmaya çalışır.				
6. Amaca yönelik olmayan, tekrarlayıcı vücut hareketleri vardır.				
7. Gürültülü sesler çıkarır (uygunsuz bir şekilde yüksek sesli ve inişli-çıkışlı).				
8. Uygunsuz bir şekilde çığlık atar.				
9. Çok fazla konuşur.				
10. Öfke patlamaları olur.				
11. Basmakalıp davranışları; anormal, tekrarlayıcı hareketleri vardır.				
12. Zihni aşırı meşguldür; boşluğa uzun uzun bakar/dalar.				
13. Dürtüseldir (düşünmeden hareket eder).				
14. Çabucak öfkelenir ve mızmızdır.				
15. Huzursuzdur, yerinde duramaz.				
16. İnsanlardan uzaktır, yalnız yapılan etkinlikleri tercih eder.				
17. Garip, tuhaf davranışları vardır.				
18. İtaatsiz, asidir; kontrol edilmesi zordur.				
19. Uygunsuz zamanlarda haykırışları /bağırmaları olur.				
20. Sabit/ değişmez bir yüz ifadesi vardır; duygusal anlamlılık içermez.				
21. Başkalarını rahatsız eder.				
22. Tekrarlayıcı konuşmaları vardır.				
23. Hiçbir şey yapmadan oturup başkalarını izler				
24. İşbirliğinde bulunmaz.				

Karabekiroğlu, K. ve M. G. Aman, "Validity of the Aberrant Behavior Checklist in a Clinical Sample of Turkish Child Outpatients" Hum Dev, 40(1), 99-110 (2009)

1

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınızdaki aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel

☐₁

Çok iyi

☐₂

İyi

☐₃

Orta

☐₄

Kötü

☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden

Çok daha iyi

☐₁

Biraz iyi

☐₂

Hemen hemen aynı

☐₃

Biraz daha kötü

☐₄

Çok daha kötü

☐₅

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınızdaki bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

EK6. PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

SCL-90-R

(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. (2) Baş ağrısı
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşla gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

EK7. WECHSLER ÇOCUKLAR İÇİN ZEKA ÖLÇEĞİ-GELİŞTİRİLMİŞ FORMU

E.D.T.F.
ÇOCUK PSİKIYATRİSİ
ÇNA BİLİM DALI

WÇZÖ-R

WECHSLER ÇOCUKLAR
İÇİN ZEKA ÖLÇEĞİ
KAYIT FORMU

İSİM..... YAŞ..... CİNSİYET.....
ADRES.....
BABASININ ADI..... ANNESİNİN ADI.....
OKUL..... SINIF.....
TESTİN UYGULANDIĞI YER..... TESTİ UYGULAYAN.....
İSTEKTE BULUNAN.....

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

SÖZEL TESTLER						PERFORMANS TESTLERİ					
Ölçek Puanı	Genel Bilgi	Benzerlikler	Aritmetik	Yargılama	Sözcük Dağı	Sayı Dizisi	Ölçek Puanı	Resim Tamamlama	Resim Düzenleme	Küplerle Desen	Parça Birleştirme
19							19				
18							18				
17							17				
16							16				
15							15				
14							14				
13							13				
12							12				
11							11				
10							10				
9							9				
8							8				
7							7				
6							6				
5							5				
4							4				
3							3				
2							2				
1							1				

NOTLAR

	Yıl	Ay	Gün
Test Tarihi			
Doğum Tarihi			
Yaş			

SÖZEL TESTLER	Ham Puan	Standart Puan
Genel Bilgi		
Benzerlikler		
Aritmetik		
Yargılama		
Sözcük Dağırcığı (Sayı Dizisi)		
Sözel Puan		.....
PERFORMANS TESTLERİ	Ham Puan	Standart Puan
Resim Tamamlama		
Resim Düzenleme		
Küplerle Desen		
Parça Birleştirme		
Şifre (Labirentler)		
Performans Puanı		.....
Standart Puan		ZB
Sözel Puan		
Performans Puanı		
Tüm Puan		
*Gerekliyse ayarlanmış olabilir		

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

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

Translated and adapted by permission for research purposes.
Copyright 1979 by The Psychological Corporation, New York, N.Y. All rights reserved.

EK8. ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ

ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ

Işık Savaşır, Nilhan Sezgin, Neşe Erol

KAYIT FORMU

ÇOCUKLA İLGİLİ BİLGİLER				GÖRÜŞÜLEN KİŞİLE İLGİLİ BİLGİLER			
İsim Soyadı :				İsim Soyadı :			
Cinsiyeti : ☐ K ☐ E				Çocuğa Yakınlık Derecesi :			
Kreş / Ana okulu devam ediyor mu? ☐ E ☐ H				Anne ☐ Yaş ☐ Yaş ☐			
Kardeşleri : Yaş Cinsiyet Yaş Cinsiyet				Baba ☐ Yaş ☐			
				Diğer ☐ (Açıklayınız)			
Değerlendirme nedeni (Açıklayınız)				Adres			
Fiziksel Özellik (Belirtiniz) : Var ☐ Yok ☐ Görme ☐ Ortopedik ☐ İşitme ☐ Diğer ☐				Tel			
Doğum Tarihi : Yıl Ay Gün				Eğitimi (En son bitirdiği okulu)			
Değerlendirme Tarihi : Yaşı				Okur yazır değil ☐ Ortaokul ☐			
				Okur yazır ☐ Lise ☐			
				İlkokul ☐ Yüksek ☐			
				İş/Akıllı telefon kullanır ☐			
				Görüşme Yeri Adı :			

• Uygulamaya başlamadan önce el kitabını dikkatle okuyunuz •

Başlama noktası : Ölçekteki başlama noktası çocuğun takvimi yaşına göre ayarlanır. Teste çocuğun gerçek yaş diliminden önceki diliminden başlanır. Örneğin bebek 7 aylıkta "4 Aydan 5 Ay Sonuna Kadar" başlıklı yaş diliminden başlanır. Eğer burada geçemediği maddeler varsa bir önceki yaş dilimine dönülür (Yukarıdaki örnekte 0-3 ay diliminden başlanır). Ebeveynler çocuklarının başarıyla yaptığı şeylerden söz ederek görüşmeye başlamış olurlar. Bu onları rahatlatır ve daha sonra çocukların yapamadığı şeyleri söylerken daha az rahatsızlık çekerler.

Bitirme noktası : Anne üst üste birbirini izleyen 8 soruyu olumsuz cevapladığı zaman görüşme bitirilir.

Başlama ve Bitirme kurallarına tam olarak uyulmalıdır.

EK9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (EBEVEYN)
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? ZİHİNSEL YETERSİZLİK TANILI 4-18 YAŞ ARASINDAKİ HASTALARIN ÖZGEÇMİŞ, SOYGEÇMİŞ, KLİNİK ÖZELLİKLER VE YAŞAM KALİTELERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
Bu çalışmanın amacı ne? 4-18 yaş arası Zihinsel Yetersizlik tanılı hastaların ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri değerlendirmektir.
Çocuğunuza nasıl bir uygulama yapılacaktır? Çocuğunuzun çalışmaya alınması durumunda, çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilecek, onam formunu okuyup imzalamanız istenecektir. Çocuğunuzdan yazılı onam alınamaması durumunda anlayacağı şekilde çalışma hakkında sözlü bilgilendirme yapılacaktır. Ebeveyn ve çocukla ilgili genel bilgileri sorgulayan anket ile çocuğun ve bakım verenin şu anki genel ruhsal durumuyla ilgili birkaç adet klinik değerlendirme ölçeğini doldurmanız istenecektir.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Yoktur.
Ne kadar zamanınızı alacaktır? Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 45 dakikadır.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 150'dir.
Çocuğunuzdan alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Biyolojik materyal alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Araştırma ile ilgili olarak herhangi bir bilgiyi bilerek araştırmacıdan saklamamak ve verilen formları eksiksizce doldurmak sizin sorumluluklarınızdır.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır? Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan çocuğunuzun doğrudan yarar görmesi öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar ileride sizin veya başka insanların yararına kullanılabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?

Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırma dışı kalabilirsiniz. Araştırma ile ilgili olarak yanlış ya da kasti olarak eksik bilgi vermeniz, gerekli formları doldurmamanız durumunda doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.
Çalışmaya katılmak çocuğunuza herhangi bir zarar verebilir mi? Bu çalışmada sadece ölçekler kullanılacak olup herhangi bir girişim ya da tıbbi bir işlem yapılmayacağından olası bir risk söz konusu değildir.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Bu çalışmada yer almak tamamen sizin ve çocuğunuzun isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Reddetme veya vazgeçme durumunda normal poliklinik kontrolleriniz devam edecektir.
Çocuğunuza uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Çocuğunuza uygulanabilecek herhangi bir alternatif yöntem bulunmamaktadır.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Hayır, ödenmeyecektir.
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: Sezen KÖSE 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 3- Görev yeri: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren olur formunu 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, çocuğuma 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.

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

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (ÇOCUK)
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? ZİHİNSEL YETERSİZLİK TANILI 4-18 YAŞ ARASINDAKİ HASTALARIN ÖZGEÇMİŞ, SOYGEÇMİŞ, KLİNİK ÖZELLİKLER VE YAŞAM KALİTELERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
Bu çalışmanın amacı ne? 4-18 yaş arası Zihinsel Yetersizlik tanılı hastaların ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri değerlendirmektir.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır? Sana ve veline çalışmayla ilgili bilgi vereceğiz. Onay verirseniz velinin bazı formlar doldurmasını isteyeceğiz.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Yoktur.
Ne kadar zamanınızı alacaktır? Bu çalışmada yer almanız için tahmin edilen süre yaklaşık 45 dakikadır.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 150'dir.
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Biyolojik materyal alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Araştırma ile ilgili olarak herhangi bir bilgiyi bilerek araştırmacıdan saklamamak.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır? Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan sizin doğrudan yarar görmenizi beklemiyoruz. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçları ileride senin veya başka çocukların yararına kullanılabılıriz.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırma dışı kalabilirsiniz. Araştırma ile ilgili olarak yanlış ya da bilerek eksik bilgi vermeniz, gerekli formların doldurmaması durumunda doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Hayır, vermez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Normal poliklinik kontrolleriniz devam edecektir.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?

Herhangi bir alternatif yöntem bulunmamaktadır.		
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Hayır, ödenmeyecektir.		
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Hayır, ödemeyeceksiniz.		
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: Sezen KÖSE 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 3- Görev yeri: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı		
Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren olur formunu 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.		
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			

