





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**ÇOCUK ve ERGEN PSİKİYATRİSİ**

# DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU, DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU VEYA YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO OLAN OLGULARIN EMOSYONEL LABİLİTE VE AİLE İŞLEYİŞLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr.Tuğçem ŞAR**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Fatma Sibel DURAK**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2024**

**İÇİNDEKİLER**

**İçindekiler ……2**

**Teşekkür……3**

**Kısaltmalar……4**

**Tablolar……..5**

**Grafikler……6**

**Özet……..7-8**

**Abstract……9-10**

**1.Giriş ve Amaç……11**

**2.Genel Bilgiler……12-37**

**3.Hipotezler……. 38**

**4.Yöntem ve Gereç……39-47**

**5.Bulgular……..48-62**

**6.Tartışma……..63-71**

**7.Sonuç……72**

**8.Kaynaklar……73-83**

**9.Ekler…….84-112**

**TEŞEKKÜR**

Tüm asistanlık hayatım boyunca beni destekleyen, bana inanan, rehberlik eden, sadece akademik hayatıma değil, kişiliğime ve fikirlerime de çok büyük katkıları olan tez danışmanım Doç.Dr.Fatma Sibel Durak'a,

Adları saymakla bitmeyecek olan hayatıma bir şekilde dokunmuş, üzerimde emeklerimi olan tüm saygıdeğer hocalarıma,

Emeklerini asla unutmayacağım canım kıdemlilerim ve biricik dostlarım Dr.Çisel Yazan Songür, Dr.Mert Çoban ve Dr.Kübra Gıran'a,

Tüm asistanlık dönemimiz boyunca her adımı beraber attığımız, her konuda destekçim olan Dr.Utku Kaçmaz'a , zorlukları bazen ağlayarak çoğu zaman da gülerek beraber aştığımız Dr.Pınar Imıl ve Dr.İrem Gülfem Demircioğlu'na

Beni bugünlere getiren, iyi ve kötü günde her zaman benimle gurur duymaya devam eden biricik anneciğime ve babacığıma,

Hayattaki en büyük şanslarımdan biri olan, sonsuz destekçim ve mutluluk kaynağım biricik kardeşim Tuna'ya,

Ve teşekkürlerin en büyüğü; tüm zorlukları el ele vererek aştığımız, beni her halimle seven, destekleyen ve hayatımı her gün daha da güzelleştirmek için çabalayan canım eşim Dr.Çağrı Şar'a,

Teşekkür ederim. İyiki varsınız.

Mart 2024/İZMİR

**KISALTMALAR**

**-DEHB:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

**-DSM:** Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı

**-DRD-4:** Dopamin 4 reseptör geni

**-DAT-1:** Dopamin taşıyıcı gen

**-Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu:** KOKGB

**-Yavaş Bilişsel Tempo:** YBT

**-FDA:** Food and Drug Administration

**-K-SADS-PL:** Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version)

**-WISC-R:** Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised)

**-CDI:** Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği

**-DDGO:** Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

**-DAO:** Duygu Ayarlama Ölçeği

**-PARQ:** Aile Çocuk İlişkileri Ölçeği

**-ADÖ:** Aile Değerlendirme Ölçeği

**-ÇUAA:** Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi

**-DE:** Dikkat Eksikliği

**-Hİ:** Hiperaktivite

## TABLO LİSTESİ

**-Tablo 1:** Dsm-5 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri

**-Tablo 2:** Dsm-5 Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Tanı Kriterleri

**-Tablo 3:** Gruplar arası ortalama yaş karşılaştırması.

**-Tablo 4:** Gruplar arası parenteral karakteristiklerin karşılaştırılması.

**-Tablo 5:** Gruplar arasındaki klinik özelliklerin karşılaştırması.

**-Tablo 6:** Gruplar arası WISC-R skorlarının karşılaştırması.

**-Tablo 7:** Gruplar arası ortalama DEHB sub-skorları, CDI ve Barkley toplam skorlarının karşılaştırması.

**-Tablo 8:** Gruplar arası Aile değerlendirme Ölçeği sub-skorları karşılaştırması.

**-Tablo 9:** Gruplar arası PARQ Ölçeği sub-skorları karşılaştırması.

**-Tablo 10: .** Gruplar arası Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) Ölçeği sub-skorları karşılaştırması.

**-Tablo 11:** Gruplar arası Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGO) sub-skorları karşılaştırması.

**-Tablo 12:** Gruplar arası Duygu Ayarlama Ölçeği (DAO) sub-skorları karşılaştırması.

**-Tablo 13:** DE Skorlarının KOKGB ve YBT Aracılı Duygu Düzenleme ve Aile İlişkileri Etkisi

**-Tablo 14:** HİSkorlarının KOKGB ve YBT Aracılı Duygu Düzenleme ve Aile İlişkileri Etkisi

## GRAFİKLER

**-Grafik 1:** Tanı gruplarında olguların cinsiyete göre dağılımı.

**-Grafik 2:** Gruplar arası WISC-R total skoru ortalamaları karşılaştırması.

**-Grafik 3:** Gruplar arası Turgay DE ve Hİ Toplam Skoru ortalamaları karşılaştırması.

**-Grafik 4:** Gruplar arası Aile Değerlendirme Ölçeği Toplam Skoru ortalamaları karşılaştırması.

**-Grafik 5:** Gruplar arası Parental Acceptence Rejection Questionnaire (PARQ) Toplam Skoru ortalamaları karşılaştırması

**-Grafik 6:** Gruplar arası Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) Toplam Skoru ortalamaları karşılaştırması.

**-Grafik 7:** Gruplar arası Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGO) total skoru ortalamaları karşılaştırması.

**-Grafik 8:** Gruplar arası Duygu Ayarlama Ölçeği total skoru ortalamaları karşılaştırması.

**-Grafik 9:** Tüm olgularda PARQ-ADÖ toplam total skoru ile ÇUAA-DDGO total skorları arasındaki korelasyon ilişkisi.

**-Grafik 10:** DEHB tanılı olgularda PARQ-DDGO toplam total skoru ile ADÖ-DAO total skorları arasındaki korelasyon ilişkisi.

**-Grafik 11:** DEHB+KOKGB tanılı olgularda ADÖ ile PARQ total skorları arasındaki korelasyon ilişkisi.

**-Grafik 12:** DEHB+YBT tanılı olgularda PARQ-ÇUAA toplam total skoru ile PARQ -DAO total skorları arasındaki korelasyon ilişkisi.

## ÖZET

### Giriş:

DEHB, erken çocukluk döneminde başlayan, dikkat dağınıklığı, hareketlilik, ve dürtüsellik kombinasyonlarıyla karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, kurallara uymama, meydan okuma ve düşük toleransla öfke kontrolü kaybı ile belirlenir. Yavaş bilişsel tempo, gündüz düşleri, uyanıklık zorlukları ve düşük enerji gibi belirtilerle tanımlanan bir dikkat bozukluğudur. Duygu düzenleme güçlükleri, bu psikopatolojilerde semptom olarak görülerek riskli davranışları artırabilir, aile, toplumsal ve akademik işlevselliği olumsuz etkileyebilir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), DEHB'ye eşlik eden Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve YBT komorbiditeleri ile kontrol grubunun duygu düzenleme güçlükleri ve aile işleyişindeki farklılıklar değerlendirilerek, duygu düzenleme güçlüğünün aile işlevlerine etkisi ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu bilgiler, prognostik faktörleri belirleyerek uygun müdahale stratejileri geliştirmek açısından önem taşımaktadır.

### Yöntem:

Çalışmamız yeni tanı almış ve son 6 ay içinde psikotrop ilaç kullanmamış 7-12 yaş aralığındaki DEHB, DEHB+KOKGB, DEHB+YBT ve sağlıklı çocuklardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan çocukların ebeveynlerine, Sosyodemografik Veri Formu, CBCL, Barkley'in Çocuk Dikkat Anketi, Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Duygu Ayarlama Ölçeği, Aile Çocuk İlişkileri Ölçeği (Anne formu), Aile Değerlendirme Ölçeği,Uyku Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcılara ayrıca Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ölçeği uygulanmıştır. Çalışmaya 7-12 yaş arasındaki kız ve erkek çocuklardan oluşan 40 DEHB, 40 DEHB+KOKGB, 40 DEHB+YBT olgusu ile birlikte 35 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir.

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS programının 21.0 versiyonu kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, kesikli ve sürekli sayısal değişkenler için ortalama ± standart sapma veya ortanca şeklinde ifade edilmiş, kategorik değişkenler için ise vaka sayısı ve (%) şeklinde sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher çapraz tablo istatistikleri kullanılmıştır. Parametrik özellikteki verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Student t-testi ve ANOVA, normal dağılıma uymayan non-parametrik verilerin karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile analiz edilmiştir. Post Hoc Tukey analizi ile çoklu gruplar arasındaki karşılaştırmalar yapılmıştır. Değişkenlerin dağılımı göz önünde bulundurularak ölçümler arası korelasyon, Sperman’s Rho Test ve Pearson test kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde kabul edilmiştir. Aracılık ilişkilerine Mediatör Modeline İlişkin Bootstrapping yöntemiyle bakılmıştır.

### Bulgular:

Gruplar arasındaki klinik özelliklere yönelik analizde, DEHB+KOKGB grubunun okul öncesi eğitim oranının diğer gruplara göre düşük olduğu ve ebeveynlerin yüksek öğrenim düzeyinin

ise belirgin şekilde yüksek olduğu görülmüştür. ADÖ'de DEHB+KOKGB grubunda toplam skor, Problem Çözme alt ölçeği ve genel işlevler skorları diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede yüksektir. PARQ skorlarına göre DEHB+KOKGB grubunda total skor ve Düşük Sıcaklık-Sevgi alt ölçeği belirgin şekilde daha yüksektir. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Duygu Ayarlama Ölçeği'nde DEHB+KOKGB grubu, diğer gruplara göre yüksek skorlar göstermektedir, özellikle dürtü skoru ve değişkenlik olumsuzluk skorları dikkat çekicidir. Duygu ayarlama alt ölçeğinde DEHB+YBT grubunda farklılık saptanmıştır.

**Tartışma ve Sonuç:**

Çalışmanızda DEHB+KOKGB grubunda okul öncesi eğitim oranının düşük olduğu, bu durumun davranış sorunlarını arttırabileceği düşünülmektedir. Aile işleyişine bakıldığında, sonuçlar DEHB+KOKGB grubunda diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak aile işlevselliğini düşük olarak göstermektedir.

Ayrıca, DEHB+KOKGB grubunda duygu düzenleme güçlüklerinin diğer gruplara göre anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir. Duygu düzenleme sorunlarının DEHB'li olgularda hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla ilişkili olduğu ve DEHB ile KOKGB'nin bir arada bulunma sıklığının duygu düzenleme problemleriyle ilişkilendirildiği vurgulanmıştır. Aile işleyişi ve duygu düzenleme arasındaki korelasyona bakıldığında ise DEHB ve DEHB+YBT grubu benzer olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, çalışmanız literatürle uyumlu olarak DEHB ve belirlenen komorbid durumların öne çıkan belirgin klinik özellikleri ve aile işleyişini detaylı bir şekilde ele almıştır. Duygu düzenleme güçlükleri, aile işlevselliği, eğitim seviyeleri gibi faktörlerin DEHB ve komorbid durumlarındaki etkileşimini ortaya koyan bu çalışma, klinik uygulamalara önemli katkılar sağlayabilir.

## ABSTRACT

**Introduction:** ADHD, a neurodevelopmental disorder marked by inattention, hyperactivity, and impulsivity, often emerges in early childhood. Oppositional Defiant Disorder (ODD) entails non-compliance and anger control issues, while Sluggish Cognitive Tempo (SCT) involves slow cognitive processing and daydreaming. Emotional dysregulation, seen in these disorders, heightens risk behaviors, impacting family, societal, and academic functioning. This study aims to evaluate emotional dysregulation in ADHD, ADHD with Comorbid ODD, and ADHD with SCT, comparing them with a control group. The research also explores differences in emotional dysregulation and family functioning, crucial for effective intervention strategies and prognostic factor identification.

**Methods:** Our study includes newly diagnosed 7-12-year-old children with ADHD, ADHD with ODD, ADHD with SCT, and a healthy control group who have not used psychotropic medications in the last six months.

Parents of participating children were administered a Socio-Demographic Data Form, CBCL, Barkley's Child Attention Scale, Disruptive Behavior Disorders, Emotion Regulation Scale, Parent-Child Relationship Scale ,Family Assessment Scale, and Sleep Assessment Scale. Additionally, participants were subjected to the Childhood Depression and the Emotion Regulation Difficulties Scale.

The study included 40 cases of ADHD, 40 cases of ADHD+ODD, 40 cases of ADHD+SCT, and 35 healthy control group children aged 7-12.

Statistical analysis of research data was performed using SPSS. Descriptive statistics were presented as mean ± standard deviation or median for continuous variables and as counts and percentages for categorical variables. Chi-square and Fisher's cross-tabulation statistics were used for the comparison of categorical variables. Parametric data with normal distribution were analyzed using Student's t-test and ANOVA, while non-parametric data were analyzed using Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests. Post Hoc Tukey analysis was conducted for multiple group comparisons. Measurement intercorrelations were assessed using the Sperman's Rho Test and Pearson test. Results were considered statistically significant at $p<0.05$.

**Resultus:** The ADHD+ODD group was found to have a lower rate of preschool education, while the parents in this group had a significantly higher level of education. In the Family Assessment , the total score, Problem Solving subscale score, and general functions score were significantly higher in the ADHD+ODD group compared to the other groups. According to the PARQ scores, the ADHD+ODD group showed significantly higher total scores and Low Warmth-Affection subscale scores. In the Emotion Regulation Difficulty Scale and Emotional Adjustment Scale, the ADHD+ODD group exhibited higher scores compared to the other groups, particularly in impulse and variability-negativity scores. Notably, differences were observed in the emotion adjustment subscale in the ADHD+SCT group.

**Discussion:**

In the study, it is suggested that the ADHD+ODD group has a significantly lower rate of preschool education, which may exacerbate behavioral problems. When examining family functioning, the results indicate significantly lower family functionality in the ADHD+ODD group compared to other groups. Additionally, difficulties in emotion regulation were found to be significantly higher in the

ADHD+ODD group compared to other groups. The study emphasizes that emotion regulation problems in ADHD cases are associated with hyperactivity and impulsivity symptoms, and the co-occurrence of ADHD+ODD is linked to emotion regulation difficulties.

Analyzing the correlation between family functioning and emotion regulation, ADHD, ADHD+ODD groups were found to be similar. In conclusion, your study comprehensively addresses the prominent clinical features and family functioning of ADHD and identified comorbid conditions in line with the literature. This research, highlighting the interaction of factors such as emotion regulation difficulties, family functionality, and education levels in ADHD and comorbid conditions, can contribute significantly to clinical applications.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkat dağınıklığı, hareketlilik ve dürtüsellik semptomlarının kombinasyonlarından oluşan, çoğunlukla erken çocukluk döneminde başlayan, yürütücü işlevlerde zorluklarla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur.[1]

Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, kurallara uymama, meydan okuma, başkalarını rahatsız etme, engellenmeye toleransın düşük olması ana belirtileriyle kendini gösteren bir bozukluktur. Bu olgular kolay öfkelenirler, işler istedikleri gibi gitmezse duygu ve davranış kontrolünü kolayca kaybedebilirler. [2]

Yavaş bilişsel tempo; gündüz düşleri, uyanıklığı sağlamada zorlanma, enerjide düşüklük, genellikle kendi hayal dünyasında olma, dalgın görünme gibi klinik belirtiler gösteren bir dikkat bozukluğudur.[3]

Duygu düzenleme güçlükleri, çeşitli psikopatolojilerde semptom olarak görünmekte ve riskli davranışları arttırarak kişinin aile, toplumsal, sosyal ve akademik işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir.[4]

Son yıllarda yapılan çalışmalarda YBT'nin özellikle erişkinlik dönemindeki duygu düzenleme güçlüklerini yordayabileceği gösterilmiştir. YBT'nin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu ve ebeveyndeki patolojinin çocuklarda riski arttırdığını göz önünde bulundurduğumuzda aile içi ilişkilerin, aile işlevselliğinin duygu düzenleme güçlüklerinden yüksek oranda etkilenebileceği öngörülebilir.[5]

Bu çalışmada DEHB, DEHB'ye eşlik eden KOKGB ve YBT komorbiditelerinin ve kontrol grubunun duygu düzenleme güçlükleri ve aile işleyişleri farklılıkları açısından değerlendirilmesi, duygu düzenleme güçlüğünün aile işlevlerini nasıl etkilediğinin ortaya koyulması amaçlanmıştır. Prognostik açıdan yararlanılacak faktörleri belirlemek uygun müdahale stratejileri belirlenmesi açısından önem arzetmektedir.

# 2.GENEL BİLGİLER

## 2.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkat dağınıklığı, hareketlilik ve dürtüsellik semptomlarının kombinasyonlarından oluşan, çoğunlukla erken çocukluk döneminde başlayan, yürütücü işlevlerde zorluklarla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur.[1]Bireyin gelişimsel yaşının gerisinde dürtü kontrolü ve dikkati yönlendirme becerilerine neden olan bu psikiyatrik hastalık yaşamının birçok alanındaki işlevselliğini olumsuz derecede etkilemektedir.[6]

DEHB; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) sınıflamasına ilk olarak DSM-II'de "Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom" olarak girmiş ve DSM-III'te dikkat eksikliği bozukluğu olarak değiştirilip "hiperaktivitenin eşlik ettiği" ve "hiperaktivitenin eşlik etmediği" olarak ikiye alt gruba ayrılmıştır.[7] 2013 yılında yayınlanan ve en güncel tanı sınıflaması olan DSM-5'te ise DEHB'nin erken çocukluktan başlayıp yetişkinliğe uzanan özellikleri ve nörogörüntülemede kortikal maturasyonda gecikmenin keşfiyle DEHB; "Yıkıcı Davranış Bozuklukları" kategorisinden "Nörogelişimsel Bozukluklar" kategorisine alınmıştır. Otizm Spektrum Bozukluğunu tanısal olarak dışlama ve mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz kriteri kaldırılmıştır. DEHB alt tiplerinin geçerliliğinin düşük olması nedeniyle "alt tip" kavramı yerine "görünüm" kavramı getirilmiştir. [8]

### 2.1.2.Tanı kriterleri

**Tablo 1. DSM-5 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri**

**A.** Aşağıdakilerden (1) ve/veya (2) ile belirli, işlevselliği veya gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/veya hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

**1. Dikkatsizlik:** Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal, okula/işle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyen, en az altı aydır devam eden aşağıdaki belirtilerden en az altısının olması:

**Not:** Belirtiler, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın yalnızca bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında veya daha büyük olanlarda) en az beş belirtinin olması gerekir.

**a.** Çoğu kez, ayrıntılara dikkatini vermez ya da okul çalışmalarında, işte veya diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar (ayrıntıları gözden kaçırır, yanlış iş yapar).

**b.** Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmede zorlanır (ders sırasında, konuşurken veya uzun okumalarda odaklanmada güçlük çeker).

**c.** Çoğu kez, kendisine hitap edilerek konuşulurken dinlemiyormuş gibi görünür (dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile aklı başka bir yerde gibi görünür).

**d.** Çoğu kez, verilen yönergeleri izleyemez ve okulda verilen görevleri, günlük işleri veya işyerindeki sorumlulukları tamamlayamaz (ör: işe başlar ama hızla odaklanmasını kaybeder ve dikkati başka yöne dağılır).

**e.** Çoğu kez üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker (ör: sırayla yapılması gereken görevleri düzenlemede zorlanır, kendisine ait eşyaları düzenlemekte zorlanır, dağınık çalışır, zaman yönetimi iyi değildir, işlerinin teslim tarihine uyamaz).

**f.** Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, sevmez, bu tür işlere katılmak istemez (okuldaki görevler veya ev ödevleri; daha büyük ergenler ve yetişkinler için, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek)

**g.** Çoğu kez, görevler veya etkinlikler için gerekli olan eşyaları kaybeder (ör: okul gereçleri, kalemler, kitaplar, cüzdan, anahtar, yazılar, gözlük, cep telefonu).

**h.** Çoğu kez, dış uyaranlar ile dikkati kolayca dağılır (ör: daha büyük ergenler ve yetişkinler için alakasız düşünceleri içerebilir)

**i.** Çoğu kez günlük etkinliklerde unutkandır (ör: sıradan günlük işlerde; daha büyük ergen ve yetişkinlerde, telefon aramalarına geri dönmek, hesap ödemek, randevulara uymak).

**2. Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik:** Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal, okula/işle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyen, en az altı aydır devam eden aşağıdaki belirtilerden en az altısının olması:

**Not:** Belirtiler, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın yalnızca bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında veya daha büyük olanlarda) en az beş belirtinin olması gerekir.

**a.** Çoğu kez, oturduğu yerde kıpırdanır ya da ellerini ve ayaklarını vurur

**b.** Çoğu kez, yerinde oturması beklenen durumlarda oturduğu yerden kalkar (ör: sınıfta, iş yerinde, oturması beklenen diğer durumlarda)

**c.** Çoğu kez, uygun olmayan durumlarda ortalıkta koşturur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Ergenlerde ya da yetişkinlerde huzursuzluk hissi ile sınırlı olabilir).

**d.** Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

**e.** Çoğu zaman hareket halindedir, "motor takılmış gibi" davranır (ör: uzun bir süre boyunca restoranlarda, toplantılarda hareketsiz kalamaz veya rahatsızlık duyar; başkaları tarafından

| |
|---|
| rahatsız veya izlenmesi güç olan kişiler olarak görülebilirler).<br>**f.** Çoğu kez aşırı konuşur.<br>**g.** Çoğu kez, sorulan sorular tamamlanmadan cevabı yapıştırır (ör: insanların cümlesini tamamlar, konuşurken sırasını bekleyemez).<br>**h.** Çoğu kez sırasını beklemekte zorlanır (ör: kuyrukta beklerken)<br>**i.** Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (ör: konuşmalarda, oyunda veya etkinliklerde araya girer, izin almadan başkalarının eşyalarını kullanır). |
| **B.** Birkaç dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi on iki yaşından önce vardır |
| **C.** Birkaç dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki veya daha çok ortamda mevcuttur |
| **D.** Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da kalitesini düşürdüğüne dair açık kanıtlar vardır. |
| **E.** Bu belirtiler, yalnızca şizofreni veya başka bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (ör: duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, disosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu, madde intoksikasyonu veya yoksunluğu) |
| Olup olmadığını belirtiniz.<br>**Bileşik görünüm:** Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 tanı ölçütü karşılanmıştır.<br>**Dikkatsizlik baskın görünüm:** Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.<br>**Aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın görünüm:** Son 6 ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır. |
| Varsa belirtiniz:<br>**Kısmi remisyonda:** Daha önceden tüm tanı ölçütlerinin karşılanmış olmasına rağmen son altı ay boyunca bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler hala toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. |
| O sıradaki ağırlığını belirtiniz:<br>**Hafif:** Tanı koymak için gereken kriterlerden biraz fazlasını karşılamakla birlikte bu semptomlar toplumsal veya işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır.<br>**Orta:** Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma hafif ile ağır arasındadır.<br>**Ağır:** Tanı koymak için gereken kriterlerin çoğunu karşılamakla birlikte bu belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği belirgin şekilde bozmaktadır. |

### 2.1.3.Epidemiyoloji

DEHB, çocuk yaş grubunda en sık görülen psikiyatrik hastalıklardandır. DEHB'nin prevalasına dair hem dünya genelinde hem de ülkemizde çok çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların metodolojisine göre prevalanslar da değişiklik göstermektedir. [9]. Dünya

genelinde 2007-2015 yıllarında yapılan geniş örneklemli metanaliz sonuçları %3,4-7,1 arasında değişmektedir.[10]

Ülkemizde yapılan çalışmalar dünya literatürüyle benzerdir. Ülkemizde 2015-2019 yılları arasında yapılan çok merkezli bir çalışmada yılların ortalama sonucu baz alındığında; 6-13 yaş aralığında en sık görülen psikiyatrik bozukluk DEHB olarak bulunmuş ve görülme sıklığı %13,8 olarak belirtilmiştir. Bu yaş grubunda DEHB'nin prevalansı kızlarda %8,6, erkeklerde ise %15,9 olduğu gösterilmiştir.[11]

DEHB'nin klinik görünümlerine bakıldığında; en sık Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm, ardından Hiperaktivite/Dürtüsellik Klinik Görünüm'ün ve Birleşik Klinik Görünüm'ün izlediği saptanmıştır. Her üç görünümde de çocuk ve ergen grupta; en sık görülen cinsiyet erkek ve cinsiyetler arası oran 3:1 şeklinde bildirilmiştir. [12]

Erişkin döneme gelindiğinde ise semptomların yaklaşık %60'ının devam ettiği, yapılan çalışmalarda işlevselliği en çok bozan semptomların başında duygu düzenleme güçlükleri olduğu görülmektedir.[13]

### 2.1.4.Etiyoloji

DEHB ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında diğer nörogelişimsel bozukluklar gibi etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olmakla beraber; genetik, nörobiyolojik ve çevresel etkenlerin sonucu oluşan multifaktöriyel bir hastalık olduğu düşünülmektedir.

Etyolojik etkenlerden ön planda genetik ve nörobiyolojik etkenler bulunurken, sosyal ve çevresel etkenlerin yoğunluklu olduğu durumlarda; komorbid yıkıcı bozuklukların olasılığı artmaktadır.[14]

#### 2.1.4.1. Genetik Etkenler

DEHB ile ilgili yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarına bakıldığında etyolojide kalıtılabilirlik oranı %76 olarak bulunulmuştur. Ebeveynlerinden birinde DEHB öyküsü

bulunan gruba kıyasla aile öyküsü mevcut olmayan gruba göre; çocuklarda riskin sekiz kat arttığı, olguların kardeşlerinde ise riskin üç kat arttığı bulunmuştur. [15]

Son yıllardaki moleküler genetikle ilgili çalışmalarda 100'den fazla gen bölgesinin DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Dopaminerjik sistemdeki dopamin 4 reseptör geni (DRD4), dopamin taşıyıcı gen (DAT1), dopamin beta hidroksilaz geni; noradrenerjik sistemdeki MAO-A, MAO-B; serotonerjik sistemdeki serotonin taşıyıcı gen ve serotonin 1B reseptör genlerinin ön planda olmasıyla birlikte daha birçok gen bölgesinin etyolojide poligenetik kalıtım modeli oluşturduğu düşünülmektedir.[16]

#### 2.1.4.2. Nörogörüntüleme

Yapısal ve fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında frontal, striatal ve serebellar bölgelerin etiyolojide önemli olduğu bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında; total beyin hacminde %3-3.5 , gri cevher hacminde %3 azalma en tutarlı şekilde raporlanan nöroanatomik bulgulardır.[17]

2015 yılında Uluslararası ENİGMA DEHB Çalışma Grubu tarafından; 3242 kişilik çocuk ve erişkini içeren geniş ve heterojen bir örneklem grubuyla yapılan çalışmanın sonuçları önceki çalışmalara göre oldukça şaşırtıcıdır. Bu araştırma sonuçlarından en dikkat çekeni; DEHB'de duygusal düzenleme becerilerinden sorumlu olan amigdala, nükleus acumbens ve hipokampal yapıların en fazla hacim kaybı yaşanan bölgeler olduğunun ortaya konulmasıdır.[18]

DEHB'nin beyin bölgelerindeki maturasyon gecikmesinden kaynaklanıp kaynaklanmadığını araştıran bir dizi takip çalışmasında ise prefrontal korteks kalınlığının aynı yaş grubundaki sağlıklı kontrollere göre daha ince olduğu gösterilmiştir.[19]

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında frontal ve striatal beyin alanlarındaki hipoperfüzyonun yürütücü işlevlerdeki bozulmalar ile ilişkili olduğu metilfenidat tedavisinin tedavi edici etkilerinden birinin bu bölgelerde kan akımını arttırmak olduğu vurgulanmaktadır.[20]

#### 2.1.4.3.Nörokimyasal ve Nörofizyolojik Etkenler

DEHB' tedavisinde kullanılan ilaçların dopamin ve noradrenalin üzerinde etki ederek, günümüzde birinci basamak tedavi haline gelmesi ana bozukluğun dopaminerjik ve noradrenarjik sistemlerde olduğunu düşündürmektedir. [21] Dopamin eksikliği dikkati sürdürme, uyaranları yok sayma, motivasyon eksikliği, bilgi işlemede, bellek fonksiyonlarında sorunlara neden olmaktadır. Noradrenalin postsinaptik Alfa-2A reseptörleri üzerinden etki ederek davranış ve duygu düzenleme becerilerinde rol oynar.[22]Serotonin aktivitesinin agresyon ve dürtüselliğe olan etkisinin yanında özellikle seçici dikkat üzerinde önemi üzerinde durulmaktadır.[23]

Hiperventilasyon ve fotik stimülasyon kullanılarak DEHB ve kontrol grubuyla yapılan 8 yıllık bir takip çalışmasında; DEHB tanılı grupta normal okul çağındaki çocuklarda görülenlere kıyasla daha yüksek oranda epileptiform aktivite görülmüştür. Görülen bu epileptiform aktivitenin nöron gelişimini ve fonksiyonunu bozarak geçici ya da kalıcı dürtü kontrol ve dikkat sorunlarına yol açabileceği gösterilmiştir.[24]

#### 2.1.4.4.Nöropsikolojik Etkenler

Son yıllarda üzerinde en çok görüş birliğine varılan etyolojik faktörlerden biri DEHB'nin yürütücü işlev bozukluğu olduğudur. Yürütcü işlev modeliyle ilgili çeşitli nöropsikolojik kuramlar ortaya atılmıştır.[25]

Günümüzüde en açıklayıcı olduğu düşünülen Barkley'in yürütücü işlev modeline baktığımızda; DEHB'de temel sorunun davranışsal inhibisyon ile ilgili olduğu ve bunu dört yönetici nöropsikolojik işleve bağlayan bir teorik üzerine kurduğu görülmüştür. Bu model ; çalışma belleği, dilin içselleştirilmesi, öz düzenleme, genel uyarılmışlık düzeyinin düzenlenmesi ve yeniden yapılandırılması işlevlerle ilgili potansiyel özdenetim ve DEHB teorisini ortaya koysa da daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.[26]

#### 2.1.4.5.Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB'nin psikososyal faktörlerle ilişkisine bakıldığında mevcut durumu ve tedavi uyumunu güçleştirdiği düşünülmektedir. Kaotik aile yapısı, ebeveynlerin psikopatolojisi, her türlü ihmal ve istismar, sosyoekonomik düzey DEHB ilerlemesine yol açmaktadır. Özellikle annenin mevcut depresyon,siklotimi ve annenin

duygusal mizaç özelliklerinin DEHB'ye kalıtsal bir yatkınlık oluşturduğu çalışmada gösterilmiştir. [27] Bu risk faktörlerinin yalnızca DEHB'de değil diğer yıkıcı davranış bozukluklarında özellikle de Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğunda (KOKGB) da etken olduğu bilinmektedir.[28]

DEHB gelişiminde etkili çevresel faktörlere bakıldığında prenatal, perinatal ve postnatal maruziyete göre semptomların değişebileceği bulunmuştur. Yaşamın ilk 4 yılında yapılan taramalara bakıldığında ; prenatal dönemde annenin gebelikte sigara kullanımı, alkol tüketimi, antidepresan kullanımı, madde kullanımı, maternal stres, maternal hipotroidizm risk faktörleridir. Perinatal dönemde düşük doğum ağırlığı, metabolik hastalıklar, perinatal hipoksiye yol açabilecek durumlar nörogelişimsel bozukluklara yatkınlık yaratmaktadır. Postnatal dönemde ise yetersiz beslenme, b vitamini eksikliği, demir ve kurşun zehirlenmesi, eski boyalara maruz kalma risk faktörleri arasında sayılmaktadır.[28,29]

### 2.1.5.Klinik Görünüm

En sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biri olan DEHB'de semptomlar olgunun gelişimsel düzeyine göre değerlendirilmelidir. Yaşla birlikte klinik görünüm çok değişmekle birlikte bebeklik ve erken çocukluk dönemiyle ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. Eldeki verilere bakarak bu dönemde görülen; huzursuzluk, kendini düzenleme becerisinde yetersizlik ve buna bağlı olarak kolay yatıştırılama, motor hiperaktivite, çabuk sıkılma ve motor becerilerde geriliğin DEHB'nin öncü semptomları olabileceği düşünülmekle birlikte daha geniş örneklemli kohort çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.[30]

İlkokul döneminde; dikkat eksikliği belirtileri ders dinlemekte zorlanma, ödevler ve okula karşı isteksizlik, yönergeleri takip edeme, sosyal etkileşimde karşılıklılığı sürdürememe, unutkanlık ve sorumluluk alanlarındaki diğer zorluklarla kendini gösterir. Hiperaktiviteyle ilişkili olan yerinde duramama, kıpır kıpır olma, uzun süre bir yerde oturamama, çok konuşma, gürültülü oyunları tercih etme, kurallı oyunlarda zorlanmanın sonucu akranlardan olumsuz geri dönüş alma ve akran reddi gibi davranışların inhibisyonda eksiklik sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Dürtüsellik ise söz kesme, sıra bekleyememe,

aceleci davranma, kendisine ve çevresine tehlike yaratabilecek durumların içinde bulunma şeklinde kendini gösterebilir.[31]

Duygu düzenleme güçlükleri özellikle tahammülsüzlük, engellenmeye karşı düşük tolerans, ani öfke patlamaları ve hızlı duygu geçişleri ile kendini göstermekte ve aile içi ilişkilerde zorluklara yol açmaktadır. [31]

Ergenlikte ise hiperaktivite azalmakta ve yerini içsel huzursuzluğa bırakmaktadır. Dikkat sorunları yaşla birlikte artmasıyla akademik hayata devam oranları azalmaktadır. Dürtü kontrolünün zorlaşmasıyla riskli cinsellik, artmış oranda ergen gebeliği, sigara, alkol, madde kullanımı ve suça karışma gibi riskli davranışlar görülebilmektedir. [32,33]

### 2.1.6.Komorbidite-Ayırıcı Tanı

Kliniğe başvuran DEHB tanı grubunda %70' olguda en az 1 komorbid psikopatoloji bulunmaktadır ve en sık komorbidite KOBGB olmakla birlikte yaklaşık %50-60 oranında bildirilmektedir. [34] Hiperaktivite-dürtüsellik görünüme yıkıcı davranım bozuklukları sıklıkla eşlik ederken; Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) sıkılıkla eşlik etmemekle birlikte ters bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır.[35] [36] Tüm DEHB görünümlerinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmada; DEHB ve YBT'nin birliktelik oranı %39-%59 gösterilmiştir.[37]

Yıkıcı davranım bozukluklarından sonra en sık eşlik eden hastalıklar anksiyete bozuklukları, özgül öğrenme güçlüğü, tik bozuklukları ve majör depresif bozukluk şeklindedir.[38]

Ön plandaki duygu düzenleme güçlüklerinin önemli bir kısmının DEHB'ye eşlik eden KOKGB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Duygu düzenleme güçlüklerinin eşlik ettiği yoğun irritabilite durumlarında klinisyenlerce depresyon ve KOKGB ayrıcı tanıları yapmak zorlaşmakta ve tedavi süreci olumsuz etkilenmektedir.[39]

### 2.1.7.Tedavi Yöntemleri

DEHB, çocukluk çağında başlayan ve erişkinlik dönemine kadar uzanan, doğru tedavi edilmediğinde yaşamın pek çok alanında işlev bozukluğuna yol açan ve sıklıkla komorbiditelerle birlikte bulunan bir hastalıktır. Tedavi; kanıt düzeyi yüksek ilaç tedavilerini ve tedavi yönetimini kolaylaştıran davranışsal müdahaleleri içermektedir.[40]

#### 2.1.7.1.Farmakolojik Tedaviler

DEHB tedavisinde birinci basamak FDA onaylı psikostimülan grup ilaçlardır. Psikostimülan gurubunda bulunan; metilfenidat ve amfetamin preparatları yapılan çalışmalarda DEHB tedavisi için etkili ve güvenli bulunmuştur. Ülkemizde psikostimülanlardan yalnızca metilfenidat preparatının FDA onayı bulunmaktadır.[41]

Metilfenidatlar; prefrontal kortekste noradrenalin ve dopaminin sinaptik aralığa salınımlarını arttırarak direkt etki göstermektedirler. Dopaminin geri alımını sağlayan reseptöre bağlanarak indirekt etki gösterirler. Amfetaminler de metilfenidatlara benzer etki göstermelerine karşın ek olarak veziküler monoamin taşıyıcıs yoluyla da indirekt etkileri vardır.[42]

Stimülan olmayan ilaçlar arasında FDA onaylı atomoksetin, guanfasin ve klonidin bulunur. Atomoksetin, selektif ve seçici güçlü presinaptik noradrenalin taşıyıcı inhibitörüdür. DEHB tedavisinde klinik olarak anlamlı iyileşmelerle ilişkili olmakla birlikte kısa ve uzun etkili metilfenidat tedavilerine kıyasla daha düşük etki gücü bulunmaktadır. Eşlik eden madde kullanımı, anksiyete bozukluğu, tik bozukluğu ve YBT durumlarında ön planda düşünülebilir.

Hem monoterapi hem de stimülan ilaçlara ek olarak kullanımı FDA onaylı olan guanfasin ve klonidin alfa2-adrenerjik agonistlere bağlanarak noradrenalini taklit ederler. Guanfasin ve klonidinin sadece DEHB semptomlarına değil eşlik eden KOB belirtilerinde klinik olarak düzelme sağladığı çalışmalarda gösterilmiştir.[40]

### 2.1.7.2.Nonfarmakolojik Tedaviler

DEHB tedavisinde ilk seçenek ilaç tedavisi olmakla birlikte hem komorbiditeler hem de hastalığın kronik gidişi psikososyal müdahaleleri de gerekli kılmaktadır. Bilişsel davranışçı tedaviler, ebeveyn eğitim programları, okul destek programları ve diğer çok bileşenli psikososyal programların DEHB tanılı olguların organizasyon becerilerine katkı sağladığı son yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.[43]

### 2.1.8.Gidiş ve Prognoz

Başlangıçta DEHB'nin sadece çocukluk dönemini etkileyen bir bozukluk olduğu düşünülürken günümüzdeki çalışmalar etkilenen hasta grubunda belirtilerin üçte ikisinin özellikle dikkat eksikliği ve dürtüselliğin ergenlik ve erişkinlik döneminde de devam ettiğini göstermektedir. Mevcut semptomlar değişmekle birlikte anksiyete ve duygudurum bozuklukları komorbiditeleri ergenlik ve erişkinlik döneminde daha belirgin hale gelmekle birlikte akademik, mesleki ya da sosyal alanlarda işlev kayıpları görülebileceği, duygusal ve davranışsal sorunlarda artış olabileceği gösterilmiştir.[44]

DEHB tanılı ilkokul çocuklarının dikkat skorları; ilerideki akademik başarılarını yordamaktadır. Dikkat skorundaki her artış sınıf tekrarı, akademik başarısızlığa neden olmaktadır. Eşlik eden yoğun duygusal labilite ve davranış sorunları da KOKGB ve diğer yıkıcı davranış bozuklukları riskini yordamaktadır. [45]

DEHB tanılı hastalarda ilerideki prognozu en etkileyen durumlar arasında; uygun zamanda ve uygun tedavi protokolleriyle tedavi edilmemiş olmak, komorbiditelerin bulunması, sosyodemografik ve aile işlevselliği açısından dezavantajlı olmak bulunmaktadır. Uygun tanısal değerlendirme ve tedaviye rağmen ergenlik dönemindeki duygu düzenleme sorunları nedeniyle kötüleşmeler görülmektedir. İlerleyen zamanlarda spesifik alanlara yönelik yenilikçi tedavilerin geliştirilmesi tedavi için umut verici olabilir.[46]

## 2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

### 2.2.1. Tanım-Tarihçe

Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, kurallara uymama, meydan okuma, başkalarını rahatsız etme, engellenmeye toleransın düşük olması ana belirtileriyle kendini gösteren bir bozukluktur. Bu olgular kolay öfkelenirler, işler istedikleri gibi gitmezse duygu ve davranış kontrolünü kolayca kaybedebilirler. [2]

DSM 5'te karşıt olma karşıt gelme bozukluğu "genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar/ dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları" başlığından alınarak "yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmış; belirtiler duygudurum, davranış ve kin gütme şeklinde üç gruba ayrılmıştır.[47]

### 2.2.2. Tanı Kriterleri

**Tablo 2. DSM-5 Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Tanı Kriterleri**

| |
|---|
| **A) En az 6 ay süren, bu sırada aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) bulunduğu bir negativistlik, hostil ve karşı gelme davranışı örüntüsü:** |
| (1) Sık sık hiddetlenir (huysuzlaşır)<br>(2) Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.<br>(3) Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.<br>(4) Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.<br>(5) Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.<br>(6) Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.<br>(7) Çoğu zaman içerlemiş, kızgın ve güceniktir.<br>(8) Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.<br><br>Not: Söz konusu davranış ancak benzer yaş grubunda ya da gelişim düzeyindeki kişilerde gözlenenden çok daha sık olarak ortaya çıkıyorsa tanı ölçütünü karşıladığını düşünürüz. |
| **B) Bu davranış bozukluğu toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur.** |
| **C) Bu davranışlar sadece bir Psikotik Bozukluk ya da Duygudurum Bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.** |
| **D) Davranım Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır, kişi 18 yaşında ya da daha ileri bir yaşta ise Antisosyal Kişilik Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.** |

### 2.2.3. Epidemiyoloji

Son yapılan araştırmalarda KOKGB popülasyon prevalansı %3-5 arasında değişmektedir. Başlangıç yaşı tipik olarak 8 yaşından öncedir. Ergenlik dönemi öncesinde bakıldığında erkek cinsiyet vakaların çoğunu oluştururken ergenlik dönemine doğru cinsiyetler arası farklar eşitlenmektedir. Çocukluk çağında görülen KOKGB yaşam boyu ortaya çıkabilecek psikopatolojiler açısından önemli bir öngörücüdür. [48,49]

### 2.2.4. Etyoloji

Ailesel, genetik, biyolojik, çevresel ve bireysel faktörler de dahil olmak üzere çok sayıda faktör, çocuklarda ve ergenlerde KOKGB ile ilişkili bulunmuştur.

#### 2.2.4.1.Genetik Etmenler

Yapılan çalışmalarda %50'ye yakın genetik etiyolojinin etkisi gösterilmiştir. DEHB ve içe atım bozukluklarıyla ilişkinin bu genetik alt yapıdan geldiği düşünülmektedir.[50]

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarına bakıldığında antisosyal davranış örünütüleri bulunan ebeveynler ile büyüyen çocukların daha fazla risk altında olduğu göstermiştir. Monozigot ikiz çalışmalarında ailesel olumsuz tutumların çocukların dışa vurum problemleri geliştirmesinde genetik faktörlere göre daha fazla etkili olduğunu göstermektedir.[51]

#### 2.2.4.2. Nörokimyasal, Nöroanatomik ve Nöropsikolojik Etmenler

Stres zamanlarında kortizolün azalması, çocuklarda davranış problemleriyle ilişkili bulunmuştur. Araştırmalar, davranış sorunları olan kız ve erkek çocukların dinlenme durumunda ve strese anında düşük tükürük kortizol seviyelerine sahip olduklarını ve düşük seviyelerin de agresif semptomlarla ilişkili olduğunu bulmuştur.[52]

Davranış sorunları olan çocuklarda frontal lob disfonksiyonun saldırganlığı düzenlemede etkisi olabileceği düşünülmektedir. Saldırganlık davranışlarının yoğunluğuna göre kategorize edilerek yapılan bir çalışmada sürekli saldırganlık davranışı gösteren olguların diğerlerine göre yürütücü işlevlerde daha büyük zorluklar yaşadığı gösterilmiştir.[53]

#### 2.2.4.3.Psikososyal ve Çevresel Etmenler

Demografik faktörler incelendiğinde; erkeklerin kızlara göre daha fazla davranış problemi gösterdiği bilinmektedir. Bu da erkek cinsiyette nörogelişimsel bozuklukların, DEHB'nin ve diğer yıkıcı davranış bozuklukların daha sık görünmesiyle ilişkilendirilmiştir. Erkek ve kız cinsiyet arası bu farklılık ergenlik dönemiyle birlikte azalmaktır.[8]

Diğer önemli bir belirteç olarak sosyoekonomik durum gösterilmiştir. Düşük sosyoekonomik düzey hem doğrudan hem de toplum ve aile içi şiddete, zayıf akran etkisine, olumsuz ebeveyn uyumuna yol açarak dolaylı yoldan etki göstermektedir.[54]

Kaotik aile yapısına sahip olma, tutarsız ebeveynlik, ebeveynlerdeki düşük davranışsal duyarlılık, sert disiplin uygulamak, ihmal ve istismar davranış problemleri ve duygu düzenleme güçlükleri açısından önemli risk faktörleri arasında gösterilmektedir. Ebeveynlerdeki saldırgan ve antisosyal eğilimler ve maternal depresyon yüksek riskli bulunmuştur. KOKGB olan çocukların ailelerinin daha az etkili problem çözme becerileri sergiledikleri, daha eleştirel ve suçlayıcı davrandıkları, değişim yönündeki zorlayıcı tutumlarının bulunması çocuklardaki karşıt davranışları arttırdığı görülmüştür.[55]

Aile işlevselliğinin DEHB'ye KOKGB eşlik edip etmeyeceğinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.[55]

#### 2.2.4.4. Mizaç

Erken bebeklik döneminde görülen huzursuzluk, değişikliğe uyumsuzluk, kısa dikkat süresi gibi mizaç özelliklerinin ilerleyen yaşlarda davranış problemleri gelişiminde etkili olabileceği bulunmuştur. Zor mizacın davranışsal sorunlara yol açabileceği gibi, zor mizaca sahip çocukların disipline edilmesinin ve etkileşimde bulunmasının daha zor olabileceği ve

olumsuz ebeveynlik davranışlarını uyandırma olasılığının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.[52]

### 2.2.5. Klinik Görünüm

KOKGB tanısı çocukluk çağının bir bozukluğu olduğu kabul edilir ancak semptomların genç erişkinliğe kadar devam ettiği görülmüştür.[56]

Kronik KOKGB bireyde engellenmeye tahammülsüzlük, depresif duygudurum ve orantısız öfke patlamaları, zayıf akran ilişkileri, akademik ve iş hayatında başarısızlığa yol açabilir. Ergenlerde alkol ve madde kullanım bozuklukları, riskli eylemler kontrol altına alınmazsa süreçte klinik davranım bozukluğu ve duygudurum bozukluklarına evrilebilir. Son yapılan çalışmalarda kinciliğin, intikamcılığın, suça karışmanın, yaralanmaların, düşük reaksiyon eşiğinin davranım bozukluğu açısından; duygu düzenleme güçlüklerinin duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozuklukları açısından risk oluşturduğu bilinmektedir.[56]

### 2.2.6. Komorbidite- Ayırıcı Tanı

KOKGB çok sık olarak komorbid bir durumdur. Psikiyatrik bozuklukların öncesinde veya seyri sırasında ortaya çıkmaktadır.[57]

DEHB, Davranım Bozukluğu ve Madde Kullanım Bozuklukları ve özellikle kızlarda ise anksiyete ve depresif bozukluklar sık komorbiditelerdir. KOKGB genç erişkinlerde görülen depresyon ve anksiyete bozukluğunun gelişimsel bir parçası gibi görünmektedir. Bu ilişkinin davranım bozukluğunda görülmemesi KOKGB' li olguları diğer yıkıcı bozukluklardan farklı bir yere koymaktadır. [58,59]

DEHB'yle komorbidite açısından bakıldığında KOKGB semptomlarının DEHB'ye YBT'den daha fazla eşlik ettiği görülmüştür. Bu komorbidite ortak genetik altyapının üzerine eklenen çevresel faktörler ile açıklanmaktadır. Semptomlar detaylı incelendiğinde de

KOKGB'nin eşlik ettiği durumlarda daha fazla yürütücü işlev sorunları, duygu düzenleme güçlükleri görülürken, DEHB'ye YBT'nin eşlik ettiği durumlarda anksiyete ve depresyon semptomları ile uyku bozuklukları görülmüştür. İki grupta da akademik zorluklar benzer bulunmuştur.[60]

### 2.2.7. Tedavi Yöntemleri

KOKGB tedavisinde öncelikle komorbiditelerin belirlenmesi ve buna yönelik bir tedavi protokolü oluşturulması oldukça önemlidir. Spesifik bir tedavi olmamakla birlikte eşlik eden semptomların işlevselliğe etkisi göz önünde bulundurularak tedavi planlamalıdır. Eşlik eden DEHB semptomlarına yönelik metilfenidat grubu ilaçlar, YBT semptomlarına yönelik atomoksetin grubu, depresyon ve anksiyete bozukluklarında antidepresanlar ve yıkıcı belirtilerin yoğun olduğu durumlarda antipsikotik ajanlar seçilebilir.[61]

2009 yılında yapılan bir çalışmada KOKGB'nin eşlik ettiği metilfenidata yanıtsız DEHB olgulara 8 haftalık valproik asit tedavisi eklenmiştir. 8 haftanın sonunda tedaviye dirençli olguların saldırgan davranışlarının plasebo gurubuyla kıyaslandığında %57 oranında azaldığı görülmüştür. Bu tedavi 6-13 yaş grubundaki çocuklarda iyi tolere edilmiş olup dirençli olgularda ekleme tedavisi olarak düşünülebilir.[62]

Ebeveyn Yönetim Eğitimi Programları ile; aile içindeki problemli davranışların ortaya çıkarılarak uygun davranışçı yöntemlerle ebeveyn-çocuk ilişkisinin düzenlenmesi esas alınır. Uyumsuz Çocuğa Yardım Etme, Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Terapisi, İnanılmaz Yıllar Eğitim Serisi, Triple P-Pozitif Ebeveynlik Programı ve Oregon Erken Müdahale Koruyucu Bakım uygulanan eğitim programlarıdır.[63]

Bireysel müdahale programları; duygu farkındalığı, öfke yönetimi, sosyal problem çözme, hedef belirleme gibi bilişsel davranışçı müdahaleler kullanılarak baş etme bireylerin baş etme yöntemlerini geliştirmeleri amaçlanır.[64]

### 2.2.8. Gidiş ve Prognoz

Çocukluk dömeninde tanı alan olguların yaklaşık dörtte biri ergenlik dönemine kadar tanı kaybı yaşamaktadır. Ergenlik döneminde görülen irritabilite, duygu düzenleme güçlükleri, ani öfke patlamalarının büyük bir kısmı döneme özgü kabul edilir ve KOKGB kapsamında değerlendirilmez. KOKGB'nin seyrinde bir grubun ilerleyen süreçte davranım bozukluğu veya antisosyal kişilik bozukluğu tanılarını karşıladığı görülmüştür. Yıkıcı davranış bozukluğu paterni gösteren grubun yanında duygudurum bozuklukları gösteren başka bir grup da bulunmaktadır. Bu farklı semptom gruplarının erken dönemdeki öncüllerini belirlemek sürecin tedavisi ve yönetimi açısından önem arz etmektedir.[65]

İrritabilite boyutuyla seyreden çocuklar gelecekte duygudurum bozuklukları geliştirme konusunda artmış riske sahipken, yıkıcı davranış sorunları boyutunu ön planda taşıyan çocuklar gelecekte daha sık antisosyal davranışlar sergilemektedir.[66,67]

## 2.3. Yavaş Bilişsel Tempo

### 2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Yavaş bilişsel tempo; gündüz düşleri, uyanıklığı sağlamada zorlanma, enerjide düşüklük, genellikle kendi hayal dünyasında olma, dalgın görünme gibi klinik belirtiler gösteren bir dikkat bozukluğudur.[3]

YBT bir terim/isim olarak, araştırmalarda, klinik uygulamalarda, değerlendirme araçlarında ve kitap bölümlerinde kullanılmış ve kullanılmaya da devam etmektedir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalardaki bilimsel terminolojiye bakıldığında "Yavaş Bilişsel Tempo" teriminin yerine Cognitive Disengagement Syndrome (Bilişsel Ayrışma Sendromu) kullanılmasının bilimin mevcut dilini daha doğru yansıttığı düşünülmektedir. [68]

DSM-3'te ; dikkat eksikliğine hiperaktivite eşlik edip etmemesine DEHB 2 gruba ayrılmıştır. DEHB olarak değerlendirilen olgularda bu 2 grupla tam örtüşmeyen uyuşukluk, hayal dünyasında olma, apatik görünüm gibi semptomlar bildirilmiştir. Bu farklı semptom kümesi "Yavaş Bilişsel Tempo" olarak adlandırılmıştır.[69,70]

"Yavaş Bilişsel Tempo" semptomlarının daha çok benzerlik gösterdiği "Dikkat Eksikliği Baskın görünümden" farklı özellikleri ortaya konmuş, YBT özelliklerinin DEHB'yi saptamada düşük prediktif değer gösterdiği bulunmuş ve YBT konusundaki çalışmalara yoğunlaşılmıştır[69]

2001 yılında yapılan ve DEHB alt görünümlerinin temel semptomlar ve ilişkili özellikleri, demografik özellikleri, bilişsel ve nöropsikolojik işlevsellik ölçümleri, aile öyküsü, tedavi yanıtı ve prognozu açısından karşılaştırıldığı bir metaanaliz çalışmasında üç ayrı faktör bulunmuş; dikkatsizlik baskın görünüm, hiperaktivite baskın görünüm dışında "yavaş bilişsel tempo" ayrı bir faktör olarak tanımlanmıştır [71]

Son on yılda yapılan çalışmalarda, özellikle pür YBT vakalarına odaklanan araştırmalar, YBT'nin DEHB'den farklı bir dikkat bozukluğu olduğu, ancak tüm vakaların yaklaşık yarısında onunla komorbid bulunabileceği sonucunu desteklemektedir. Buna karşın, YBT halen farklı bir bozukluk olarak herhangi bir tanı sınıflandırma sisteminde yer almamaktadır.[71,72]

### 2.3.2. Tanı kriterleri

YBT için kesinleştirilmiş ve resmi olarak kullanılan tanı kriterleri mevcut olmamakla birlikte çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre tanımlayıcı 14 madde belirlenmiştir:[5]

1. Hayale dalıp gitme (gündüz düşü)
2. Uyanık kalmakta zorlanma
3. Zihni bulanık- sisli görünümde olma
4. Boş gözlerle bakma
5. Zihni başka yerde olma
6. Letarjik görünüm
7. Aktivite azlığı
8. Yavaş hareket etme
9. Sorulara uygun cevap verememe, anlamıyor gibi görünme
10. Uykulu görünümde olma
11. Apatik görünüm
12. Kendi düşüncelerine dalıp gitme, düşüncelerde kaybolma
13. Verilen görev ve sorumlulukları yavaş yerine getirme
14. Düşük insiyatif alma, bir işi yaparken düşük çaba gösterme

### 2.3.3. Epidemiyoloji

YBT literatüründe ilk kapsamlı çalışma Barkley tarafından 4 farklı etnik grubun yer aldığı 1800 çocuk ve ergende ; olgular pür YBT, pür DEHB ve hem YBT hem DEHB özellikleri gösteren 3 gruba ayrılmıştır. Pür YBT olgular %2.3, her iki hastalığın semptomlarını bir arada bulunduran grup ise olguların %5.7 oranı içermekle birlikte hastalık grubunda komorbiditenin %39-59 arasında değişebileceği gösterilmiştir.[37]

DEHB ve YBT'nin örtüşme sıklığının belirlenmesiyle amacıyla 2018 yılında İspanya'da geniş kapsamlı bir prevalans çalışması yapılmıştır. Sadece çocuk yaş grubunun dahil ediliği çalışmada da benzer şekilde pür YBT olgular %2.3-2.8 arasındayken komorbidite sıklığının %44-54 arasında olduğu, cinsiyetler arası bir ayrım bulunmadığı bildirilmiştir. [73]

### 2.3.3.4. Etyolojik Etmenler

YBT'ye yönelik yapılan çalışmalarda elde edilen verilen etiyolojiyi aydınlatmada henüz yeterli olmamakla birlikte genetik, çevresel ve çeşitli nörogelişimsel süreçlerin rol oynayabileceği düşünülmektedir.

#### 2.3.3.4.1. Genetik Etmenler

Dikkatsizlik, hiperaktivite-dürtüsellik ve yavaş bilişsel tempo arasındaki etyolojik özellikleri araştıran bir çalışmada DEHB'nin iki alt görünümü de büyük oranda kalıtsallık içerirken; YBT orta düzeyde kalıtımsal ve paylaşılamayan çevresel etkiler gösterdi. Ayrıca bu çalışmada negatif kardeş etkileşimine dair de kanıtların olması şaşırtıcı bulunmuştur.[74]

#### 2.3.3.4.2. Nörogörüntüleme

2015 yılında YBT semptomlarının nöronal oluşumlara etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir fMRI çalışmasında 12-17 yaş arası DEHB tanılı olgular dikkatsizlik baskın görünüm ve YBT semptomları baskın grup olarak ayrıldı. Gruplara daha önceden belirlenmiş görevler verildi ve bu esnada fMRI görüntüleri elde edildi. Korelasyonel analizler, daha fazla YBT semptomu olan ergenlerin, sol Süperior Parietal Lob'da daha az aktiviteye sahip olduğunu ve yanıt hazırlığının, dikkatsizliği kontrol ederken uyumsuz uyaranlara işaret ettiğini göstermiştir. Dikkatsizlik semptomları ön planda olan bireylerde ise bilateral talamusta daha fazla aktivite tespit edildi. [75]

8-12 yaş grubundaki çocuklarla yapılan bir çalışmada bölgesel beyin hacmini, difüzyon tensör görüntüleme ile beyaz cevher bütünlüğünü ve ana sinir ağlarında fonksiyonel bağlantıyı değerlendirmek için manyetik rezonans görüntüleme uygulandı. YBT semptomları artmış bölgesel hacim ve frontal lobda anatomik değişikliklerle ilgili bulundu. Kortikal bölgeler arasındaki nöronal bağlantıların açısından daha olgunlaşmadığı gösterildi. YBT semptomlarının DEHB'de tanımlanan klasik nöral substratlardan farklı yapı ve fonksiyon gösterdiği bulunuldu. [76]

#### 2.3.3.4.3. Nöropsikolojik Etmenler

Barkley'in çocuk ve ergenlerde yaptığı bir çalışmada YBT'nin DEHB kadar yürütücü işlevlerde probleme yol açmadığı belirtilmiştir.[37]

Yürütücü işlevler ve duygusal düzenlemeyle ilgili yapılan metaanalizlerde işlevselliği bozucu etmenler arasında duygu düzenleme alanındaki bozulmaların ön planda olması daha geniş örneklem gruplarıyla çalışmanın öncüsü niteliğinde olmuştur.[35]

DSM-4R dikkatsizlik tanımı baz alınarak seçilen olguların değerlendirildiği bir çalışmada DEHB ve YBT şeklinde iki grup oluşturulmuş; sonuçlara bakıldığında YBT'de ön planda seçici dikkat ve uzun süreli dikkat bozulmaları görülmüştür.[77,78]

Ülkemizde nörobilişsel test bataryası kullanılarak yapılan nörobilişsel sonuçların karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB+YBT gurubunda pür DEHB olgulara göre bilişsel esneklik, görsel/işitsel bellek, reaksiyon hızı alanlarında daha fazla oranda bozulmalar görülmüş olup bu bozulmaların yürütücü işlevlerden çok uyanık kalma ve oryantasyon sorunlarıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. [79]

#### 2.3.3.4.4. Çevresel Etmenler

Gebelik döneminde alkol, nikotin maruziyeti, erken çocuklukta sigaraya pasif maruziyet, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey (özellikle babanın işsiz olması) , çocukluk döneminde ALL tanısı YBT açısından risk oluşturduğu yapılan çalışmalarda kanıtlamıştır.[80,81]

### 2.3.3.5. Klinik Görünüm

YBT kliniğinde dikkatsizliğin yanında reaksiyon vermede yavaşlık, dalgınlık, hayal dünyasında yaşama, boş gözlerle bakma ve ilerleyen süreçlerde eşlik eden anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk görülebilir. Özellikle tanı konulamayan ve semptomların bütüncül olarak incelenmediği vakalarda komorbid içe atım belirtilerinin sık görülmesiyle birlikte tüm alanlardaki sosyal ilişkiler olumsuz etkilenir. Organize olmada zorlanma, sosyal becerilerde yetersizlik ve duygu düzenlemede güçlükler nedeniyle akran reddi görülebilir.[35,76]

### 2.3.3.6. Komorbidite-Ayırıcı Tanı

YBT prevalansına yönelik yapılan çalışmalardan ilki olan Barkley'in çalışmasında DEHB ve YBT tanılarının birlikte bulunma ihtimali %39-59 arasında olduğu gösterilmiştir.[37]

DEHB ile YBT'nin çok sıklıkla bir arada bulunması özellikle dikkat eksikliği baskın görünüm ile ayrımı zorlaştırmakla birlikte buna yönelik yapılan araştırmalarda YBT olan olguların daha çok içe yönelim semptomları gösterdiği, dikkat eksikliği baskın görünümüne sahip olgularına ise yıkıcı davranış bozuklukları belirtilerini gösterdiği görülmüştür. YBT ve yıkıcı davranış sorunlarıyla ilişkiliye bakıldığında DEHB'ye göre ters bir ilişki olduğu, özellikle KOKGB gibi yıkıcı davranış bozukluklarının YBT'ye DEHB kadar eşlik etmediği görülmüştür. [35]

Kontrol, Pür DEHB, pür YBT ve ikisinin komorbid olduğu 4 farklı grupla eş hastalanım oranlarına bakılan bir çalışmada içe yönelim bozukluklarının en sık komorbid grupta, 2. en sık pür SCT grupta ve sonrasında pür DEHB olan tanı grubunda rastlanmıştır.[60] Yapılan diğer komorbidite çalışmalarından da yola çıkarak DEHB ve YBT'nin birlikte bulunduğu durumlarda ek komorbidite ve işlevsellik ile ilgili etkilenmenin arttığı sonucuna varılmıştır.[37]

YBT semptomları bulunan bir hastada kesin tanı koymadan önce dalgınlık ve boş bakma açısından nörolojik inceleme, yavaşlık ve durgunluk için tiroid fonksiyon değerleri ve diğer vitaminlerin bakılması, uyanık kalmada güçlük ve uykulu görünüm açısından uyku bozuklukları, dikkat ve öğrenme sorunları açısından öğrenme güçlükleriyle ayırıcı tanılama yapılmalıdır.[78]

#### 2.3.3.7. Tedavi Yöntemleri

YBT semptomlarının tedavisine yönelik yapılan ilk çalışmalarda metilfenidat grubu ilaçların YBT'nin temel semptomlarına etkili olmadığı görülmüştür. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda metilfenidat grubu ilaçların etkisi; YBT kliniği 2 semptom kümesine ayrılarak değerlendirilmiş ve metilfenidat grubu ilaçlar Yavaşlık ve Uykulu görünüm kümesine düşük yanıt, hayal dünyasında olma ile ilgili semptomlara yanıtsız olduğu bulunmuştur.[71,82]

YBT semptomlarında Atomoksetin etkisinin ilk kanıtlandığı çalışma, plasebo kontrollü olarak DEHB, özgül öğrenme güçlüğü ve YBT gruplarının komorbid bulunduğu olgularda yapılmıştır. Bu çalışmada DEHB semptomlarının düzelmesinden bağımsız olarak

atomoksetin YBT semptomlarının baskın olduğu grupta diğer tanı gruplarına göre anlamlı derece fark göstermiştir.[83]

Dikkat problemlerine yönelik uygulanan psikososyal müdahalelerin değerlendirildiği bir çalışmada YBT ve dikkat eksikliği semptomları olan 7-11 yaş arası olguya belirlenen aralıklarla Çocuk Yaşam ve Dikkat Becerileri (CLAS) Programı uygulanmış ve takip sürecinde dikkat eksikliği ve yavaşlık ile ilgili belirtilerin kontrollere göre azaldığı, planlama ve sosyal ilişkilerin olumlu yönde geliştiği bildirilmiştir.[84]

## 2.4. Duygu Düzenleme

### 2.4.1. Duygu Düzenlemenin Tanımı ve Özellikleri

Duygu düzenleme, bireyin yaşama uyum sağlayarak amaçlarına ulaşmak adına kendini duygularının farkına vararak içsel uyaranlarını dış çevreye göre dengeleme çabasıdır. Birey bu düzenleme esnasında kendine özgü birçok strateji kullanmakla beraber; bunu yaparken içsel ve dışsal süreçlerine odaklanır.[85]

Duygu düzenleme sadece olumsuz duyguları düzenlemeye yönelik gibi algılanmakla birlikte yapılan çalışmalarda aslında olumlu duyguların da kişi tarafından düzenlenmesi, kontrol edilmesi, çevreye uygun hale getirilmesi gerektiği görülmüştür. Olumlu ya da olumsuz duyguların içsel ve dışsal uyaranlarla düzenlenmesi bilinçli ya da otomatik şekilde olabilmektedir.[85]

Erken bebeklik döneminde duygu düzenleme tipi daha çok dışsal duygu düzenlemedir ve primer bakımveren aracılığıyla gerçekleşmektedir. İlerleyen dönemde ebeveynler, yetişkinler, öğretmenler bu dışsal düzenleme işlevini sürdürmekle beraber yaşla birlikte kişinin içsel düzenleme stratejileri de gelişim göstermektedir. Özellikle duygu düzenleme becerilerinde aile tutumlarının önemi yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır.[86]

Yapılan çalışmalar sonucunda duygu düzenleme modelini oluşturan 5 duygu düzenleme stratejisi belirlenmiş olup bu stratejilere bir sonraki bölümde değinilecektir.[87]

### 2.4.2. Duygu Düzenleme Stratejileri

"Duygu düzenlemenin süreç modelinde bahsedilen stratejiler öncül ve yanıt odaklı olarak 2 grupta incelenir. Öncül odaklı model; durum seçimi, durum değişikliği, dikkatin yayılması ve bilişsel değişik olarak kullanılan 4 stratejiyi içerir ve duygu açığa çıkmadan değiştirilmesi, azaltılması ya da arttırılması, duruma ve çevreye daha uygun hale getirilmesi sürecini içerir.

*Cevap modülasyonu;* yanıt odaklı bir strateji olup duygu dışavurumunu azaltmak için kullanılmaktadır.[87]

*Durum seçimi,* belirli bir durumun getireceği potansiyel etkilere uzaklaşmak ya da yaklaşmak amacıyla belirli kişi, mekan ve aktiviteye doğru yönelmektir.

*Durum değişikliği,* yine o durumun duygusal etkisinden kaçınmak ya da yaklaşmak için durumun kendisinin değiştirilmesini içerir.

*Dikkatin yayılması,* huzursuzluk yaratan duygulardan kaçmak için dikkatin odağının değiştirilmesidir.

*Bilişsel değişim,* bilişsel düşünme süreçlerini değiştirerek oluşsal duygu cevabının değişmesi sürecini içerir.[88]

Bu 5 grup ana stratejiden en fazla çalışılan ve duygu düzenleme güçlüklerinin anlaşılabilmesi için üzerinde durulması gerekenler; bilişsel değişimin alt başlığı olan bilişsel yeniden değerlendirme ve cevap modülasyonun alt başlığı olan baskılamadır.[89]

Çocuklarda duygu düzenleme güçlükleriyle çalışırken özellikle bilişsel yeniden düzenleme stratejileri üzerinde durmanın duygu yönetim süreçlerinde daha efektif rol oynadığı düşünülmektedir.[90]

Duygu düzenleme stratejilerini açık ve örtük düzenleme olarak 2 grupta değerlendiren çalışmalar da literatürde mevcuttur. Açık duygu düzenleme; bilinçli farkındalık ile gerçekleştirilirken örtük düzenlemenin bilinçdışı süreçler tarafından yürütüldüğü düşünülmektedir.[91]

### 2.4.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatolojiler

Duygu düzenleme güçlükleri, çeşitli psikopatolojilerde semptom olarak görünmekte ve riskli davranışları arttırarak kişinin aile, toplumsal, sosyal ve akademik işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir.[4]

İçe atım bozukluklarından depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası sonrası stres bozukluğu, yeme bozukluklarda; DEHB, KOKGB, davranım bozukluğu gibi dışa vurum bozukluklarında duygu düzenleme güçlükleri yaygındır.[92,93]

DEHB'de duygu düzenleme güçlüklerinin yaşam boyu devam ettiği ve dürtü kontrolündeki zorluklar, farkındalıkta azlık, olumsuz duyguların dışavurumundaki artışın komorbiditeyi beraberinde getirdiği çalışmalarda kanıtlanmıştır.[94]

Mevcut tanı ve eşlik eden duygu düzenleme güçlüklerinin belirlenip ilaç tedavileri, bilişsel davranışçı terapi, kabul ve kararlılık stratejileri, gibi yöntemlerle tedavi edilmesi bireyin duygu kontrol becerilerini arttırarak işlevsellik alanlarındaki düzelmeye katkı sağlar.[95]

#### 2.4.3.1. DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlükleri

Duygu düzenleme işlevleri; yürütücü işlevlerin duygusal süreçlerini oluşturmakta ve DEHB tanılı olgularda hem yürütücü işlevler de hem duygu düzenlemede sorunlar olduğu bilinmektedir. DEHB'deki duygu düzenleme sorunları sıklıkla; olumlu ya da olumsuz durumlara uygun yanıt oluşturamama, dikkati duygulardan bağımsız odaklayamama, sabırsızlık, engellenmelere düşük tolerans, öfke nöbetleri olarak görülür. Duygu düzenleme

güçlüğü en sık dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüselliğin birlikte olduğu alt görünümde bulunur. Yapılan çalışmalarda DEHB ve DEHB'ye duygu düzenleme güçlüklerinin eşlik ettiği durumlar karşılaştırılmış. Duygu düzenleme sorunları ve DEHB olan gruba daha fazla oranda KOKGB eşlik ettiği ve bunun sosyal sorunları özellikle de aile içi problemleri beraberinde getirdiği kanıtlanmıştır.[96]

#### 2.4.3.2. KOKGB ve Duygu Düzenleme Güçlükleri

Yapılan çalışmalarda duygu düzenleme güçlükleri belirgin olan DEHB tanılı olgularda ilerleyen zamanlarda KOKGB'nin yüksek sıklıkla eşlik ettiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde duygu düzenleme güçlükleri ve yıkıcı davranış bozuklukları erişkinlik dönemde DSM-4'e göre eksen-II kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüklerinin erken dönemde fark edilip uygun terapötik müdahalelerle tedavi edilmesi, komorbiditelerin engellenmesi ve erişkinlik dönemindeki kişilik bozukluklarının önüne geçilebilmesi açısından önem arz etmektedir. [97]

#### 2.4.3.3. YBT ve Duygu Düzenleme Güçlükleri

Çocuk, ergen ve erişkin dönem ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; DEHB'ye eşilk eden duygu düzenleme güçlüklerinin işlevselliğe etkisi YBT'ye göre daha yüksekken; yaş ilerledikçe YBT'nin duygu düzenlemede en güçlü yordayıcı olduğu ve işlevsellikle ilgili ciddi sorun oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca DEHB'ye göre YBT'de ön planda olumlu duyguları düzenlemeyle ilgili güçlükler olduğu düşünülmektedir.[5]

DEHB semptomlarının kontrol edilerek yapıldığı çalışmalarda da YBT semptomlarının artmasıyla duygu düzenleme güçlüklerinin arttığı gösterilmiştir.[98,99]

### 2.5.Aile İşlevleri

DEHB tanılı olgu ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı birçok çalışmada DEHB tanılı olguların ebeveynlerinin sağlıklı kontrollere göre daha fazla olumsuz ebeveynlik tutumu gösterdikleri görülmüştür. Bu tutumların olguların duygu düzenleme becerileriyle ne derece ilişkili olabileceği son zamanlarda yapılan çalışmalara konu olmaktadır.[100,101]

Duygu düzenleme güçlüklerine sahip DEHB'li olguların ebeveynleri daha çok sağlıksız baş etme yöntemi geliştirdikleri düşünülmektedir. Anne ve babanın stres düzeyleri, mevcut semptomlarla ilgili tükenmişlikleri, depresif belirtileri olumsuz ebeveyn tutumlarını arttırmaktadır. Şefkat odaklı yöntemler yerine daha disiplin içeren yöntemlerin kullanılması da olguları daha düşmanca davranmaya, karşıt olmaların artmasına ve bu kısır döngü içerisinde KOKGB belirtilerin şiddetlenmesine neden olmaktadır. [100,101]

Son yıllarda yapılan çalışmalarda YBT'nin özellikle erişkinlik dönemindeki duygu düzenleme güçlüklerini yordayabileceği gösterilmiştir. YBT'nin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu ve ebeveyndeki patolojinin çocuklarda riski arttırdığını göz önünde bulundurduğumuzda aile içi ilişkilerin, aile işlevselliğinin duygu düzenleme güçlüklerinden yüksek oranda etkilenebileceği öngörülebilir.[5]

## 3. HİPOTEZLER

-DEHB+YBT grubunda Duygu Ayarlama Ölçeğinin duyu ayarlama alt ölçek puanlarının diğer tüm gruplardan yüksek olması beklenmektedir.

-DEHB+KOKGB grubunda değişkenlik olumsuzluk alt ölçeğinin diğer tüm gruplardan yüksek olması beklenmektedir.

-Duygu Düzenlemede Güçlüklere açısından DEHB+KOKGB en yüksek, sırasıyla DEHB+YBT, DEHB ve kontrol gruplarının olması beklenmektedir.

-Aile işleyişi açısından bakıldığında; DEHB+KOKGB grubunun en kötü, diğer tüm gruplar arasında da farklılığı olması beklenmektedir.

-Diğer incelenen tüm faktörlerde DEHB ve DEHB+YBT grubunun benzer seyretmesi beklenmektedir.

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. Örneklem Seçimi ve Çalışmanın Uygulanması

Çalışmamız örneklemi; SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (ÇERSAH) polikliniklerine 2022 Aralık-2023 Aralık tarihleri arasında ilk başvurusu olan ya da DEHB, DEHB+YBT, DEHB+KOKGB tanısıyla izlenen 7-12 yaş aralığındaki olgular oluşturmaktadır.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğine dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtileri ile başvuran tüm çocuk ve ergenler, detaylı bir değerlendirme sonrasında DSM-V tanı ölçütlerine göre tanı almaktadırlar. İlk klinik ruhsal değerlendirme görüşmesi sonrası mevcut belirtilerin şiddeti, hangi ortamlarda ortaya çıktığını ve eşlik eden diğer belirtilerin değerlendirilmesi aileler tarafından ; Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, 4-18 yaş Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL), Çocuk Barkley Dikkat Anketi uygulanmıştır.

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve diğer ölçek sonuçlarıyla beraber yapılan klinik değerlendirmeler sonucunda DEHB, DEHB ve KOKGB olan olgular belirlenmiştir. Ayrıca Çocuk Barkley Dikkat Anketinde kesim noktası 23 puan olarak alınmıştır. Hem klinik görüşme sonucunda hem de öğretmen ve ailenin doldurduğu ölçeklerin değerlendirilmesi sonucu DEHB ve eşlik eden YBT olgular belirlenmektedir.

Çocukların zihinsel kapasiteleri klinik olarak değerlendirilmekte ve tüm olgulara WCZÖ-G (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu) uygulanmıştır. Klinik olarak veya testler sonucunda normal zihinsel kapasiteye sahip olmayan olgular çalışmadan dışlanmıştır.

Yapılan detaylı değerlendirme sonucunda yeni tanı DEHB, DEHB+KOKGB ve DEHB+YBT tanısı alan ya da bu tanılarla izlenmekte olan son 6 ay içinde psikotrop ilaç kullanımı olmayan 7-12 yaş aralığındaki çocuklar ve yakınları çalışma hakkında

bilgilendirilip çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir. Sözel bilgilendirme sonrasında Ebeveyn Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu okunarak yazılı beyan alınacaktır. 9 yaş ve üzeri olgu grubundan da "9- 18 Yaş Çocuk Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okunarak yazılı beyan alınmıştır.

Kontrol grubunu çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran ve yapılan değerlendirme sonrasında psikiyatrik bir tanı almayan ve çalışma grubu ile benzer yaş ve cinsiyet dağılımı olan sağlıklı çocuklar oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden aileler çalışma hakkında sözel olarak bilgilendirilmiş ve Ebeveyn Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu) okunarak yazılı beyan alınacaktır. 9 yaş ve üzeri kontrol grubundan "9-18 Yaş Çocuk Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" (Kontrol Grubu) okunarak yazılı beyan alınmıştır.

Araştırmaya katılan tüm olgu grubu ve sağlıklı çocuklara DSM-IV e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Okul çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak diğer psikiyatrik hastalık varlığı değerlendirilmiş olup farklı ek psikiyatrik bozukluğu bulunan olgular çalışmaya alınmamıştır.

Araştırmalara katılan tüm çocukların ebeveynlere; Sosyodemografik Veri Formu, CBCL (Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği), Barkley'in Çocuk Dikkat Anketi, Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Duygu Ayarlama Ölçeği, Aile Çocuk İlişkileri Ölçeği (Anne formu), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Uyku Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan olgulara Çocukluk Çağı Depresyon ölçeği (CDI) ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ölçeği uygulanacaktır. Çalışmaya 7-12 yaş arası kız ve erkek cinsiyetinde yaklaşık DEHB tanısı alan 40 olgu, DEHB+KOKGB tanısı olan 40 olgu, DEHB+YBT tanısı alan 40 olgu ve 35 sağlıklı kontrol grubu alınmıştır.

Çalışmamız 22.12.2022 tarihli, 798 protokol numarasıyla ve 318 karar numarasıyla S.B.Ü. İzmir Dr.Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı. Araştırma protokolünü onaylayan etik

kurul yazısı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ve diğer kullanılan ölçek ve anketler ekler kısmında paylaşıldı.

### 4.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1.DSM 5 tanı kriterlerine göre DEHB ve KOKGB tanısı konmuş 7-12 yaş arası kız ve erkek olgular.

2.Yapılan görüşmeler ve ölçekler sonucunda klinik olarak YBT tanısını karşılayan 7-13 yaş arası olgular.

3.Son 6 ayda hiçbir psikotrop ilaç kullanmamış olan olgular.

4.Olguların klinik olarak normal bilişsel kapasiteye sahip olması ve yapılan wisc-r puanlarının 80'nin üzerinde olan olgular.

5.Yapılan klinik görüşmeler ve ölçekler sonucunda çalışmada tanımlanan dışında ek psikiyatrik tanı bulunmaması.

6.Herhangi bir nörolojik hastalık öyküsü bulunmaması.

7.Aileden onam alınması.

### 4.1.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1.Psikiyatrik değerlendirme sonucunda tanımlanan patolojiler dışında ek psikopatolojisi olan olgular.

2.Klinik olarak ve yapılan testler sonucunda normal bilişsel kapasitede olmayan olgular.

3.Son 6 ay içinde ilaç kullanım öyküsü olan olgular

4.Nörolojik hastalık öyküsü olan olgular

5.Ailenin onamının olmaması.

### 4.2. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

#### 4.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmanın içeriği ve amaçları hakkında ebeveyni bilgilendirmeyi amaçlayan form ekte sunulmuştur.

#### 4.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

Tez çalışmasına katılmayı kabul eden olguların sosyodemografik özellikleri bu çalışma için oluşturulan sosyodemografik olgu formu ile değerlendirilmiştir. Ailelerle yapılan görüşme sonucunda bilgiler alınmıştır. Formda olgu ile ilgili cinsiyet, yaş, okuduğu sınıf, anne ve babanın yaşı, eğitim seviyesi, aylık gelir düzeyi, daha önceden psikiyatrik tanı ve tedavi alma durumları, tıbbi hastalık öyküsü, kardeş sayısı, kardeşlerdeki psikiyatrik hastalık öyküsü, anne sütü alma süresi, gelişim basamakları, okuma-yazma öğrenme zamanı, okul öncesi eğitim sorgulanmıştır.

#### 4.2.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (K-SADS-PL / Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version

K-SADS-PL, 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin mevcut ve geçmişte yaşadıkları psikopatolojileri belirlemek için tasarlanmış yarı yapılandırılmış bir görüşme formatıdır. Bu araç, Kauffman ve ekibi tarafından 1997 yılında geliştirilmiş ve DSM-III ve DSM-IV tanı kriterlerine dayanmaktadır. Daha sonra, güncellenerek DSM-V ile uyumlu hale getirilmiştir.

Format, şu üç ana bölümden oluşmaktadır:

1. **Sosyodemografik ve Temel İşlevsellik Değerlendirmesi:** Bu bölümde, bireyin yaşına uygun sosyodemografik özellikleri, önceki psikiyatri başvuruları, okul, aile, ve arkadaş ilişkileri gibi temel işlevsellik alanları değerlendirilir.

2. **Psikiyatrik Bozuklukları Tarama:** İkinci aşamada, belirli psikiyatrik bozuklukları tespit etmek amacıyla özel sorular ve değerlendirme ölçütleri kullanılır. Bu aşama, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik durumlar, enürezis, enkoprezis, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, tik bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar gibi birçok psikiyatrik komorbiditeyi içerir.

3. **Genel İşlevsellik Değerlendirmesi:** Üçüncü bölümde, klinisyenin değerlendirme yaptığı andaki genel işlevselliği değerlendirilir. Bu kısım, bireyin günlük yaşamında, okulda ve sosyal ilişkilerindeki genel işlevselliğini anlamak için kullanılır.

K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerde çeşitli psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek amacıyla kapsamlı bir araç olarak kullanılmaktadır. Ayrıca, Türkçe konuşulan popülasyonlarda geçerlilik ve güvenilirlik araştırmalarının yapılmış olması, aracın bu dilde kullanılabilirliğini desteklemektedir.[102,103]

### 4.2.4. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised/WISC-R)

İlk kez 1949'da ortaya çıkan bu değerlendirme aracı, 5-15 yaş arasındaki çocukların konuşma ve dil becerilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 1974'te ise bu test, yaş

aralığını genişleterek WISC-R adını almış ve 6-16 yaş arasındaki çocukları kapsamıştır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve kültürümüze uyumlu hale getirilmiştir. Sözel ve performans olmak üzere iki ana kategoriden oluşan bu test, her bir kategoride birer yedek test ve altışar alt test içermektedir. Sözel başlık altında genel bilgi, benzerlik, aritmetik, yargılama, sözcük dağarcığı ve sayı dizisi bulunurken, performans başlığı altındaki alt testler arasında resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme, şifre ve labirent yer almaktadır. Bu çeşitli alt testler, çocukların zeka düzeylerini farklı yönlerden değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır.[104]

### 4.2.5. Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

DSM-IV ölçütlerinin anlamları değiştirilmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Ölçek, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüselliği sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 madde olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır. Tanı ve tarama amacıyla kullanılmaktadır.[105]

### 4.2.6. 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List = CBCL)

Anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda 4-18 yaş arasındaki çocuk ve gençlerin yeterlilik alanlarını ve sorun davranışlarını belirlemek amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Ölçek, "Sosyal Yeterlilik" ve "Sorun Davranışları" olmak üzere iki temel bölümden oluşmaktadır.

- **Sosyal Yeterlilik Ölçeği:** Bu ölçek, etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerini içermektedir. Etkinlik alt ölçeği, spor etkinlikleri, spor dışı ilgi alanları ve çocuğun üstlendiği ev içi veya dışındaki işleri kapsar. Sosyallik alt ölçeği, üye olunan kulüp ve kuruluşları, arkadaş ve kardeş ilişkilerini değerlendirir. Okul alt ölçeği, çocuğun

okuldaki başarısı, sorunları ve etkinliklere katılımını araştırır. Toplam Yeterlilik puanı, 35 etkinlik, sosyallik ve okul alt ölçeklerinin toplamından elde edilir.

- **Sorun Davranışları Ölçeği:** Bu ölçeğin ikinci bölümü, çocuk ve gençlerde görülen duygusal ve davranışsal sorunları tanımlayan 113 sorudan oluşur. Bu sorular, içe yönelim ve dışa yönelim olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmesini sağlar. İçe yönelim grubu; sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar ve anksiyete depresyon alt ölçeklerini içerir. Dışa yönelim grubu; suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt testlerinden oluşur. Ayrıca, her iki gruba girmeyen sorunlar da alt testlerin diğer kategorilerini oluşturur. Toplam problem davranış puanı, bu ölçeklerin toplamından elde edilir.

Çocuk ve Gençlerin Davranış Sorunları Ölçeği (ÇDDÖ), davranışları standart bir biçimde tanımlayarak, eşlik eden psikopatolojilerin varlığını belirlemek ve uygun olmayan durumları çalışmaya dahil etmemek amacıyla kullanılmıştır.[106]

### 4.2.7.Barkley Çocuk Dikkat Anketi

Çocuk Dikkat Anketi, YBT bulgularını taramak amacıyla Russell Barkley tarafından oluşturulmuştur. 0-3 arası puanlanan 12 maddeden oluşmakla birlikte;
3 ve üzeri puan alan belirtiler anlamlıdır. Hayale dalma ve yavaşlıkla ilgili 2 alt ölçekten oluşur. Toplam puan kesme değeri 23 olarak bulunmakla birlikte farklı çalışmalarda farklı kesim değerleri baz alınmaktadır.[107]

### 4.2.8. Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği (CDI)

6-17 yaş grubundaki çocuk ve ergenlerin depresif belirtini şiddetini belirlemek için Beck depresyon ölçeği baz alınarak hazırlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır ve son iki hafta içindeki depresif belirtileri taramaktadır. Alınabilecek en yüksek

puan 54, ölçeğin kesme noktası ise 19'dur. Alınan puan yükseldikçe depresyon daha şiddetli anlamına gelmektedir.[108]

### 4.2.9. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGO)

Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği 6 alt ölçekten oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Duygusal tepkilerde netlik olmaması (açıklık), duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabullenememe), olumsuz duygular deneyimlenirken dürtüsel davranışları kontrol etmede güçlükler yaşama (dürtü), etkili duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler), olumsuz duygular deneyimlenirken amaç odaklı davranışlarda bulunmakta güçlükler (hedefler) şeklindedir. Alt ölçeklerde ve genel toplam puan arttıkça güçlükler artmaktadır.[109]

### 4.2.10. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAO)

6-12 yaş aralığında çocukların duygu ayarlama becerilerinin ebeveynleri tarafından değerlendirildiği bir ölçektir. Duygu ayarlama ve değişkenlik/olumsuzluk şeklinde 2 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçeklerdeki ve toplam puandaki artış duygu ayarlamadaki güçlüklerin göstergesidir. [110]

### 4.2.11. Aile Çocuk İlişkileri Ölçeği (PARQ)

Toplam 56 maddeden oluşan ölçeğin 5 alt testi vardır. Düşük sıcaklık, saldırganlık, ihmal ve ilgisizlik, ayrıştırılmamış reddetme ve toplam reddetme alt testlerinden oluşmaktadır. Alt testlerinden alınan puanlar toplam reddetme puanını verir.[111]

### 4.2.12. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile işlevlerinin değerlendirildiği bir öz bildirim ölçeğidir; 7 alt ölçekten oluşur. Problem çözme, aile içi iletişim, aile içindeki roller, duyarlılık, duygusal ilişkiler, davranış kontrolü ve genel işlevsellik alanları değerlendirilir. Her madde 1-4 arası puan alır ve bölüm puanlarının ortalaması alınarak bir sonuç elde edilir. 2 ve üzeri o alandaki bozukluğu ifade etmekle birlikte 4'e yaklaştıkça olumsuzluk artmaktadır.[112]

### 4.2.13. Uyku Değerlendirme Ölçeği (ÇUAA)

"Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi" (ÇUAA), 4- 12 yaş çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku ile ilişkili zorluklarını araştırmaya yönelik tasarlanmış olup spesifik bir tanı koymaktan çok genel uyku sorunlarını gözden geçirerek ileri inceleme gereğini belirlemek için geliştirilmiştir. 33 madde olarak kısaltılmış haliyle uygulanmıştır. Anne-babadan çocuğun uyku alışkanlıklarını bir önceki hafta üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir. Artmış hareketlilik, sinirlilik, kavgacılık, kurallara karşı gelme, huzursuzluk, endişe, korku, üzüntü ve bedensel yakınmaları sorgulayan maddeler de vardır.[113]

## 4.3. İstatistiksel Yöntem

Çalışmamızda verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programının 21.0 versiyonu (IBM, Armonk, NY, USA) kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler kesikli ve sürekli sayısal değişkenler için ortalama ± standart sapma veya ortanca (minimum- maksimum) biçiminde kategorik değişkenler ise vaka sayısı ve (%) şeklinde ifade edildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablo istatistikleri kullanılmıştır (Ki-kare, Fisher). Normal dağılım gösteren parametrik özellikteki veriler Student t-testi ve ANOVA ile, normal dağılıma uymayan non-parametrik veriler ise Mann Whityney U ve Kruskal Wallis testleriile karşılaştırılmıştır. Post Hoc Tukey analizi ile çoklu gruplar arasıkarşılaştırmalar yapılmıştır. Aracılık ilişkilerine Mediatör Modeline İlişkin Bootstrapping yöntemiyle bakılmıştır.

## 5. BULGULAR

### 5.1.Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızda 106'sı erkek (%68,4), 49'u kız (%31,6) olmak üzere toplam 155 olgunun, tanı sırasındaki toplam yaş ortalamaları 110,92±16,45 (Dağılım aralığı=84-144)ay olarak belirlenmiştir. Olgular %25,8 oranıyla (n=40) DEHB tanısı, %25,8 oranıyla (n=40) DEHB+KOKGB tanısı %25,8 oranıyla (n=40) DEHB+YBT tanısı almış ve bunların dışında çalışmamıza 35 Sağlıklı Kontrol Grubu (%22,6) eklenmiştir.

Çalışmamızda gruplar arası ortalama yaş karşılaştırması tablo 1'de sunulmuştur. Buna göre DEHB tanısı almış olguların toplam yaş ortalamaları 108,58±15,81 ay, DEHB+YBT tanısı almış olguların toplam yaş ortalamaları 114,70±17,79 ay, DEHB+KOKGB tanısı almış olguların yaş ortalamaları 107,53±17,54 ay, kontrol grubunun ise 113,17±13,42 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.109) (Tablo 3).

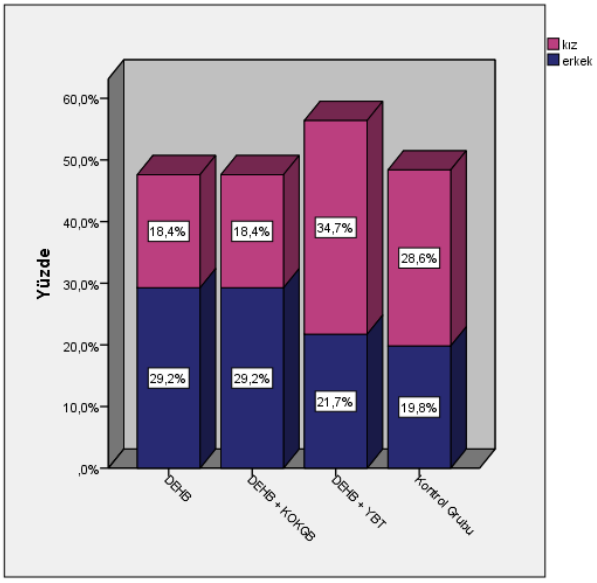
**Tablo 3.** Gruplar arası ortalama yaş karşılaştırması.

*=

| Örneklem Grubu | n (%) | Yaş (Ort±SS) | P-değeri |
|---|---|---|---|
| **DEHB** | 40 (%25,8) | 108, 58±15,81 | 0,109 |
| **DEHB+YBT** | 40 (%25,8) | 114, 70±17,79 | |
| **DEHB+KOKGB** | 40 (%25,8) | 107, 53±17,54 | |
| **Saglikli Kontrol Grubu** | 35 (%22,6) | 113,17±13,42 | |
| **Toplam** | 155 (%100) | 110,92±16, 45 | |

p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.

Çalışmamızda DEHB tanısı almış olguların %77,5'i (n=31) erkek, %22,5'i kız (n=9); DEHB+YBT tanısı almış olguların %57,5'i (n=23) erkek, %42,5'i (n=17) kız DEHB+KOKGB tanısı almış olguların %77,5'i(n=31) erkek %22,5'I kız (n=9) ve kontrol grubunun ise %60,0'ı (n=21) erkek, %40,0'ı (n=14) kızlardan oluşmaktadır. Çalışmamızda gruplar arasında cinsiyet dağılımına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,093) (Grafik 1).




**Grafik 1.** Tanı gruplarında olguların cinsiyete göre dağılımı.

## 5.2.Ailelerin Özgeçmiş Özellikleri ve Psikiyatrik Tanı,Tedavi Durumları

Gruplar arası parenteral karakteristikler değerlendirildiğinde; sağlıklı kontrol grubundaki babaların, olgu grupları babalarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda yüksek öğrenim (üniversite eğitimi) gördükleri saptanmıştır ($p<0.001$). Benzer şekilde kontrol grubundaki annelerin, olgu grupları annelerine kıyasla istatiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda üniversite eğitimi gördükleri anlaşılmıştır ($p<0.001$). Bununla beraber DEHB+KOKGB grubu annelerin psikiyatrik öykü ve geçmişte / tanı sırasında psikiyatrik tedavi görme oranlarının, diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p-değeri<0.001 ve 0.001). Aylık gelir düzeyinin DEHB+YBT grubunda diğer gruplara kıyasla istatiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bunların dışında, baba psikiyatrik öykü, baba psikiyatrik tanı, akrabalık durumu, marital statü ve kardeş varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p> 0.05$) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Gruplar arası parenteral karakteristiklerin karşılaştırılması.

| | KlinikDeğişkenler | DEHB | DEHB+KOKGB | DEHB+YBT | Kontrol Grubu | p-değeri |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Anne Eğitim** | **İlkokul mezunu**<br>**Ortaokul mezunu**<br>**Lise mezunu** | 12 (%30,0)<br>13 (%32,5) | 4 (%10,0)<br>7 (%17,5)<br>18 (%45,0)<br>11 (%27,5) | 6 (%15,0)<br>11 (%27,5)<br>13 (%32,5)<br>10 (%25,0) | 0 (%0,00)<br>1 (%2,9)<br>4 (%11,4) | **0,000*** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Üniversite mezun** | 6 (%15,0)<br>9 (%22,5) | | | 30 (%85,7) | |
| **Baba Eğitim** | **İlkokul mezunu**<br>**Ortaokul mezunu**<br>**Lise mezunu**<br>**Üniversite mezun** | 10 (%25,0)<br>7 (%17,5)<br>21 (%52,5)<br>2 (%5,0) | 7 (%17,5)<br>7 (%17,5)<br>18 (%45,0)<br>8 (%20,0) | 8 (%20,0)<br>7 (%17,5)<br>16 (%40,0)<br>9 (%22,5) | 4 (%11,4)<br>2 (%5,7)<br>5 (%14,3)<br>24 (%68,6) | **0,000*** |
| **Anne Psikiyatrik Öykü** | **Yok**<br>**Var** | 4 (%10,0)<br>36 (%90,0) | 19 (%47,5)<br>21 (%52,5) | 7 (%17,5)<br>33 (%82,5) | 3 (%8,6)<br>32 (%91,4) | **0,000*** |
| **Anne Psikiyatrik Tedavi** | **Hiç Geçmişte** | 4 (%10,0)<br>36 (%90,0) | 18 (%45,0)<br>22 (%55,0) | 7 (%17,5)<br>33 (%82,5) | 3 (%8,6)<br>32 (%91,4) | **0.000*** |
| **Baba Psikiyatrik Öykü** | **Yok**<br>**Var** | 1 (%2,5)<br>39 (%97,5) | 1 (%2,5)<br>39 (%97,5) | 6 (%15,0)<br>34 (%85,0) | 0 (%0,0)<br>35 (%100,0) | 0.649 |
| **Baba Psikiyatrik Tedavi** | **Hiç Geçmişte** | 1 (%2,5)<br>39 (%97,5) | 1 (%2,5)<br>39 (%97,5) | 6 (%15,0)<br>34 (%85,0) | 0 (%0,0)<br>35 (%100,0) | 0.649 |
| **Akrabalık** | **Yok**<br>**Var** | 4 (%10,0)<br>36 (%90,0) | 1 (%2,5)<br>39 (%97,5) | 5 (%12,5)<br>35 (%87,5) | 0 (%0,0)<br>35 (%100,0) | 0.299 |
| **Marital Statü** | **Birlikte**<br>**Ayrı** | 37 (%92,5)<br>3 (%7,5) | 34 (%85,0)<br>6 (%15,0) | 37 (%92,5)<br>3 (%7,5) | 31 (%88,6)<br>4 (%11,4) | 0,715 |
| **Kardeş** | **Yok**<br>**Var** | 14 (%35,0)<br>26 (%65,0) | 14 (%35,0)<br>26 (%65,0) | 9 (%22,5)<br>31 (%77,5) | 11 (%31,4)<br>24 (%68,6) | 0.582 |
| **Aylık Gelir** | **Asgari Düşük** | 1 (%2,5) | 3 (%7,5)<br>7 (%17,5) | 0 (%0,00)<br>0 (%0,00) | 0 (%0,00) | **0,000*** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Orta**<br>**Yüksek** | 4 (%10,0)<br>13 (%32,5)<br>22 (%55,0) | 1 (%2,5)<br>29 (%72,5) | 3 (%7,5)<br>37 (%92,5) | 0 (%0.00)<br>9 (%25,7)<br>26 (%74,3) | |

*= p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.

### 5.3.Olguların Erken Dönem Gelişim Özellikleri

Gruplar arası klinik özellikler değerlendirildiğinde; DEHB+KOKGB (%35,0) olgularında okul öncesi eğitim oranlarının DEHB Grubu (%90,0),DEHB+YBT (%82,5) ve Kontrol Grubuna (%97,1) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (p<0.001). İlk kelime zamanının ise DEHB+YBT grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde en yüksek, DEHB+KOKGB (10,93 ± 3,74) grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde en düşük (15,13 ± 8,70) olduğu belirlenmiştir (p=0.010). Bunların dışında anne sütü, yürüme, cümle kurma ve tuvalet zamanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p> 0.05) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Gruplar arasındaki klinik özelliklerin karşılaştırması.

| | **Klinik Değişkenler** | **DEHB** | **DEHB+KOKGB** | **DEHB+YBT** | **Kontrol Grubu** | **p-değeri** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Okul Öncesi Eğitim** | **Hayır**<br>**Evet** | 4 (%10,0)<br>36 (%90,0) | 26 (%65,0)<br>14 (%35,0) | 7 (%17,5)<br>33 (%82,5) | 1 (%2,9)<br>34 (%97,1) | **0,000*** |
| **Anne Sütü (Ay)** | **Ort±SS** | 15,55 ± 9,48 | 15,23 ± 8,71 | 17,18 ± 8,97 | 16,20 ± 8,83 | 0,764 |
| **Yürüme zamanı (Ay)** | **Ort±SS** | 13,55 ± 4,21 | 12,30 ± 3,53 | 15,00 ± 7,80 | 12,74 ± 3,38 | 0,107 |
| **İlk kelime (Ay)** | **Ort±SS** | 12,53 ± 3,98 | 10,93 ± 3,74 | 15,13 ± 8,70 | 11,06 ± 3,90 | **0,010*** |
| **Cümle zamanı (Ay)** | **Ort±SS** | 23,43 ± 5,03 | 20,45 ± 5,60 | 24,88 ± 12,26 | 21,51 ± 6,60 | 0,155 |
| **Tuvalet zamanı (Ay)** | **Ort±SS** | 30,55 ± 8,79 | 28,80 ± 4,93 | 33,35 ± 13,18 | 28,20 ± 8,15 | 0,461 |

## 5.4.Klinik Değerlendirme, Testler ve Uygulanan Ölçeklerin Değerlendirilmesi

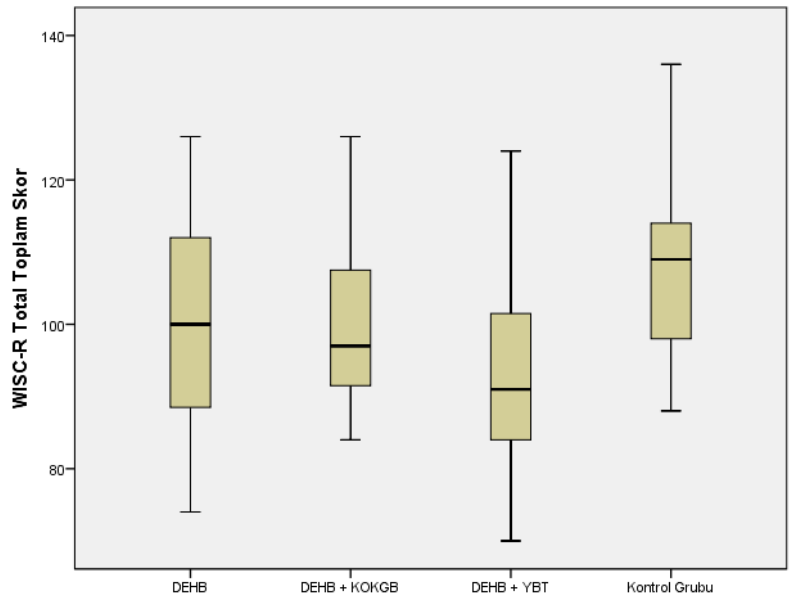
### 5.4.1. Wisc-r Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda Wechsler çocuklar için zeka ölçeği (WISC-R) değerlendirme sonuçlarına göre, DEHB+YBT grubunda ölçülen ortalama WISC-R total ve sözel toplam skorları; DEHB, DEHB+KOKGB ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük bulunmuştur (sırasıyla p-değerleri<0.001, 0.001) (Grafik 2). Bunun dışında WISC-R Performans toplam skoru açısından gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.005) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Gruplar arası WISC-R skorlarının karşılaştırması.

| | DEHB (Ort±SS) | DEHB+KOKGB (Ort±SS) | DEHB+YBT (Ort±SS) | KontrolGrubu (Ort±SS) | p-değeri |
|---|---|---|---|---|---|
| **WISC-R Total Toplam Skor** | 100,95± 13,86 | 101,18 ± 12,07 | 93,83 ± 12,75 | 107,14 ± 11,08 | **0.000*** |
| **WISC-R Sözel Toplam Skor** | 95,83 ± 13,93 | 97,75± 13,04 | 92,00± 13,04 | 105,34 ± 11,34 | **0.001*** |
| **WISC-R Performans Toplam Skor** | 105,90 ± 13,95 | 105,08 ± 11,12 | 99,30 ± 13,88 | 107,80 ± 11,64 | 0.033 |

*= p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.




**Grafik 2.** Gruplar arası WISC-R total skoru ortalamaları karşılaştırması.

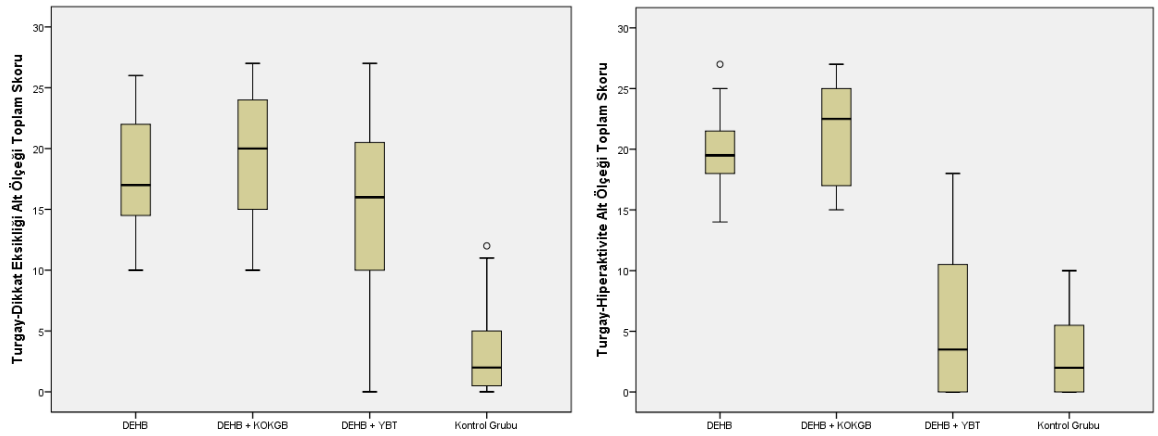
### 5.4.2. Tanıya yardımcı ölçeklerin skorlarının değerlendirilmesi

Çalışmamızda Turgay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği sub-skorları değerlendirildiğinde; DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Turgay DE toplam skoru (19,20±5,31), sırasıyla DEHB (17,80± 4,04), DEHB+YBT (15,10±8,28) ve kontrol grubuna (3,26±3,31) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.000). Benzer şekilde DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Turgay Hİ toplam skorunun (21,35±4,11), sırasıyla DEHB (19,78± 2,97), DEHB+ YBT (5,30±5,79) ve kontrol grubuna (3,23±3,34) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001). Ortalama Turgay KOKGB ve DB toplam skorlarında DEHB+KOKGB grubunda; DEHB, DEHB+YBT ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p-değerleri<0.001 ve <0.001). Bununla beraber ortalama Çocuklar için Depresyon Ölçeği (CDI) toplam skoru DEHB+KOKGB (11,30 ± 6,16) ve DEHB+YBT (11,23±6,09) gruplarında, DEHB (9,30± 6,28), ve kontrol grubuna (6,97±4,00) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.003). DEHB+YBT grubunda (31,48±9,40) ölçülen ortalama Barkley toplam skorunun, DEHB grubu (15,60±2,32), DEHB+KOKGB (16,13 ± 2,88) ve kontrol grubu (13,00±3,02) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 7) (Grafik 3).

**Tablo 7.** Gruplar arası ortalama DEHB sub-skorları, CDI ve Barkley toplam skorlarının karşılaştırması.

| | DEHB (Ort±SS) | DEHB+KOKGB (Ort±SS) | DEHB+YBT (Ort±SS) | Kontrol Grubu (Ort±SS) | p-değeri |
|---|---|---|---|---|---|
| **Turgay DE Toplam Skor** | 17,80± 4,04 | 19,20 ± 5,31 | 15,10 ± 8,28 | 3,26 ± 3,31 | **0.000*** |
| **Turgay Hİ Toplam Skor** | 19,78± 2,97 | 21,35 ± 4,11 | 5,30 ± 5,79 | 3,23 ± 3,34 | **0.000*** |
| **Turgay KOKGB Toplam Skor** | 2,15 ± 2,66 | 17,00 ± 4,15 | 4,90 ± 5,35 | 2,09 ± 2,59 | **0.000*** |
| **Turgay DB Toplam Skor** | 0,00 ± 0,00 | 4,80 ± 2,25 | 0,23 ± 0,48 | 0,11 ± 0,40 | **0.000*** |
| **CDI ToplamSkor** | 9,30± 6,28 | 11,30 ± 6,16 | 11,23 ± 6,09 | 6,97 ± 4,00 | **0.003*** |
| **Barkley ToplamSkor** | 15,60± 2,32 | 16,13 ± 2,88 | 31,48± 9,40 | 13,00 ± 3,02 | **0.000*** |

*= p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.




**Grafik 3.** Gruplar arası Turgay DE ve Hİ Toplam Skoru ortalamaları karşılaştırması.

### 5.4.3. Aile Değerlendirme Ölçeğinin Alt Gruplarının değerlendirilmesi

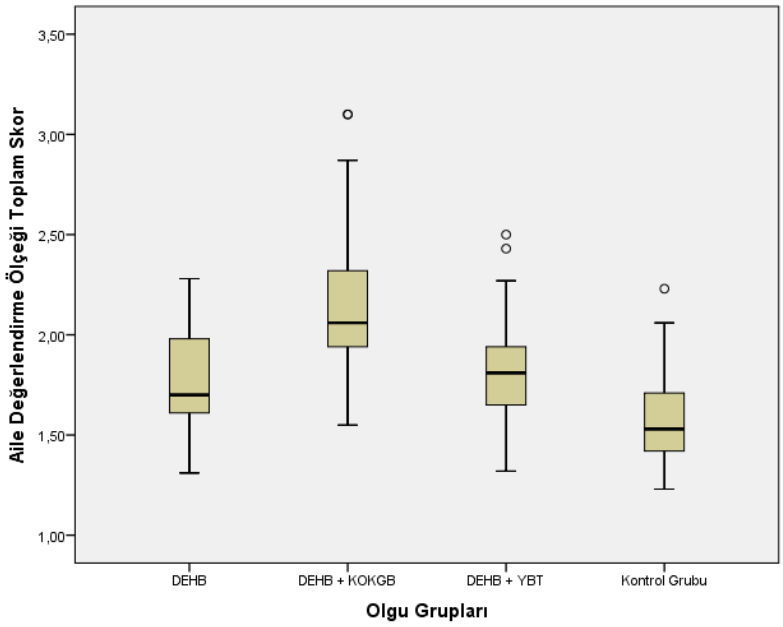
Çalışmamızda; DEHB+KOGB grubunda ölçülen ortalama Aile Değerlendirme Ölçeği toplam skoru (2,16±0,36); DEHB (1,77± 0,26) ,DEHB+YBT (1,82±0,26) ve kontrol grubuna (1,58±0,23) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.001) (Grafik 4). Benzer şekilde DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Problem çözme toplam skorunun (2,27±0,54), DEHB (1,75± 0,46), DEHB+ YBT (1,87±0,54) ve kontrol grubuna (1,54±0,40) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001). Ortalama İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verme, Gereken ilgiyi Gösterme toplam skorlarınında DEHB+KOKGB grubunda; DEHB+YBT, DE ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p-değerleri=0.000, 0.000, 0.000 ve 0.000). Benzer şekilde ortalama Davranış Kontrolü toplam skoru DEHB+KOKGB (2,11 ± 0,27) ve DEHB (2,11± 0,29) gruplarında, DEHB+YBT (1,98±0,42) ve kontrol grubuna (1,68±0,28) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.001). DEHB+KOKGB grubunda (2,05±0,57) ölçülen ortalama Genel İşlevler toplam skorunun, DEHB (1,63±0,47), DEHB+YBT (1,52±0,38) ve kontrol grupları (1,33±0,33) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Gruplar arası Aile değerlendirme Ölçeği sub-skorları karşılaştırması.

| | DEHB (Ort±SS) | DEHB+KOKGB (Ort±SS) | DEHB+YBT (Ort±SS) | Kontrol Grubu (Ort±SS) | p-değeri |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Aile Değerlendirme Ölçeği Toplam Skor** | 1,77± 0,26 | 2,16 ± 0,36 | 1,82 ± 0,26 | 1,58 ± 0,23 | **0.000*** |
| **Problem Çözme Toplam Skor** | 1,75± 0,46 | 2,27 ± 0,54 | 1,87 ± 0,54 | 1,54 ± 0,40 | **0.000*** |
| **İletişim Toplam Skor** | 1,64 ± 0,31 | 2,17 ± 0,49 | 1,68 ± 0,40 | 1,43 ± 0,32 | **0.000*** |
| **Roller Toplam Skor** | 1,93 ± 0,43 | 2,34 ± 0,55 | 2,03 ± 0,43 | 1,79 ± 0,34 | **0.000*** |
| **Duygusal Tepki Verme Toplam Skor** | 1,37 ± 0,43 | 1,78 ± 0,60 | 1,48 ± 0,46 | 1,20 ± 0,22 | **0.000*** |
| **Gereken İlgiyi Gösterme Toplam Skor** | 2,08 ± 0,34 | 2,35 ± 0,33 | 2,23 ± 0,33 | 2,03 ± 0,36 | **0.000*** |
| **Davranış Kontrolü Toplam Skor** | 2,11 ± 0,27 | 2,11 ± 0,29 | 1,98 ± 0,42 | 1,68 ± 0,28 | **0.000*** |
| **Genel İşlevler** | 1,63 ± 0,47 | 2,05 ± 0,57 | 1,52 ± 0,38 | 1,33 ± 0,33 | **0.000*** |

*= p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.




**Grafik 4.** Gruplar arası Aile Değerlendirme Ölçeği Toplam Skoru ortalamaları karşılaştırması.

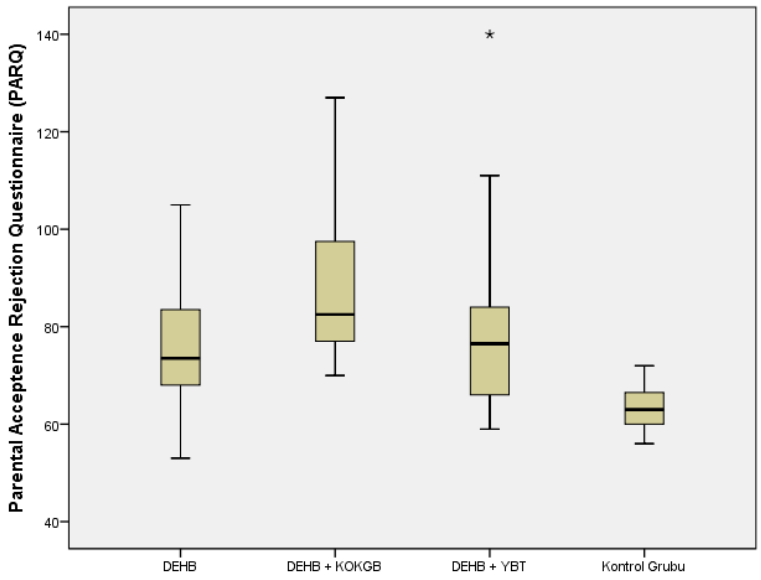
### 5.4.4. Aile Çocuk İlişkileri/Parental Acceptence Rejection Questionaire (PARQ) ölçeğinin değerlendirilmesi

Çalışmamızda; DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Parental Acceptence Rejection Questionnaire (PARQ) Toplam Skoru (88,08±15,26), DEHB (74,90± 11,32), DEHB+YBT (78,15±16,01) ve kontrol grubuna (63,40±4,37) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.001) (Grafik 5). Benzer şekilde DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Düşük Sıcaklık-Sevgi Toplam Skorunun (28,85±5,23), DEHB (26,00± 4,10), DEHB+ YBT (26,80±4,94) ve kontrol grubuna (22,51±1,73) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bununla beraber Saldırganlık-Kin, İhmal İlgisizlik, Ayrıştırılmamış reddetme toplam skorlarının DEHB+KOKGB grubunda, DEHB, DEHB+YBT ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p-değerleri <0.001,<0.001,<0.001 ve <0.001) (Tablo 9).

**Tablo 9.** Gruplar arası PARQ Ölçeği sub-skorları karşılaştırması.

| | DEHB (Ort±SS) | DEHB+KOKGB (Ort±SS) | DEHB+YBT (Ort±SS) | Kontrol Grubu (Ort±SS) | p-değeri |
|---|---|---|---|---|---|
| **Parental Acceptence Rejection Questionnaire (PARQ) Toplam Skor** | 74,90± 11,32 | 88,08 ± 15,26 | 78,15 ± 16,01 | 63,40 ± 4,37 | **0.000*** |
| **Düşük Sıcaklık-Sevgi Toplam Skor** | 26,00± 4,10 | 28,85 ± 5,23 | 26,80 ± 4,94 | 22,51 ±1,73 | **0.000*** |
| **Saldırganlık-Kin Toplam Skor** | 22,80 ± 5,78 | 27,50 ± 7,38 | 22,75 ± 6,52 | 17,00 ± 1,73 | **0.000*** |
| **Ihmal Ilgisizlik Toplam Skor** | 13,63 ± 2,48 | 16,48 ± 3,28 | 14,90 ± 3,57 | 12,80 ± 1,82 | **0.000*** |
| **Ayrıştırılmamış reddetme Toplam Skor** | 12,95 ± 3,28 | 15,88 ± 4,10 | 13,65 ± 3,84 | 11,09 ± 1,66 | **0.000*** |

*= p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.




**Grafik 5.** Gruplar arası Parental Acceptence Rejection Questionnaire (PARQ) Toplam Skoru ortalamaları karşılaştırması

### 5.4.5. Çocukluk Çağı Uyku Alışkanlıkları Anketinin Değerlendirilmesi

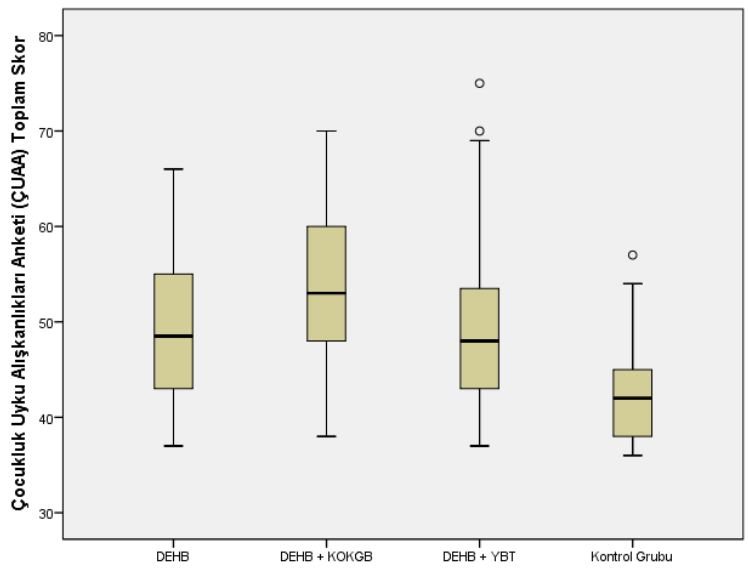
Çalışmamızda; DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) Toplam Skoru (54,35±8,16), DEHB (49,18± 7,83), DEHB+YBT (49,38±8,76) ve kontrol grubuna (42,69±5,67) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.001) (Grafik 6). Benzer şekilde DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Yatma zamanı direnci toplam skorunun (10,88±2,50); DEHB (9,73± 2,60), DEHB+ YBT (9,05±2,90) ve kontrol grubuna (7,71±2,17) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bununla beraber Uyku kaygısı, Parasomnialar, Uykuda solunumun bozulması, Gün içinde uykululuk toplam skorlarınında DEHB+KOKGB grubunda; DEHB, DEHB+YBT ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p-değerleri <0.001, 0.001, 0.003 ve 0.005). Bunların dışında Uykuya dalmanın gecikmesi, Uyku süresi, Gece uyanmaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p> 0.05) (Tablo 10).

**Tablo 10.** Gruplar arası Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) Ölçeği sub-skorları karşılaştırması.

| | DEHB (Ort±SS) | DEHB+KOKGB (Ort±SS) | DEHB+YBT (Ort±SS) | KontrolGrubu (Ort±SS) | p-değeri |
|---|---|---|---|---|---|
| **Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) Toplam Skor** | 49,18± 7,83 | 54,35 ± 8,16 | 49,38 ± 8,76 | 42,69 ± 5,67 | **0.000*** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Yatma zamanı direnci Toplam Skor** | 9,73 ± 2,60 | 10,88 ± 2,50 | 9,05 ± 2,90 | 7,71 ± 2,17 | **0.000*** |
| **Uykuya dalmanın gecikmesi Toplam Skor** | 1,48 ± 0,71 | 1,75 ± 0,84 | 1,53 ± 0,75 | 1,29 ± 0,51 | 0.088 |
| **Uyku süresi Toplam Skor** | 3,85 ± 1,31 | 4,25 ± 1,73 | 3,60 ± 1,25 | 3,71 ± 0,95 | 0.308 |
| **Uyku kaygısı Toplam Skor** | 6,60 ± 1,99 | 7,55 ± 2,35 | 6,73 ± 2,62 | 5,00 ± 1,87 | **0.000*** |
| **Gece uyanmaları Toplam Skor** | 3,95 ± 1,19 | 4,48 ± 1,37 | 3,88 ± 0,96 | 3,57 ± 0,91 | **0.007*** |
| **Parasomnialar Toplam Skor** | 8,00 ± 1,55 | 8,85 ± 2,10 | 8,38 ± 1,95 | 7,40 ± 1,33 | **0.001*** |
| **Uykuda solunumun bozulması Toplam Skor** | 3,08 ± 0,35 | 3,65 ± 1,09 | 3,58 ± 1,25 | 3,20 ± 1,02 | **0.003*** |
| **Gün içinde uykululuk Toplam Skor** | 12,50 ± 3,25 | 13,30 ± 3,51 | 12,78 ± 3,69 | 10,77 ± 2,25 | **0.005*** |

*= p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.




**Grafik 6.** Gruplar arası Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) Toplam Skoru ortalamaları karşılaştırması.

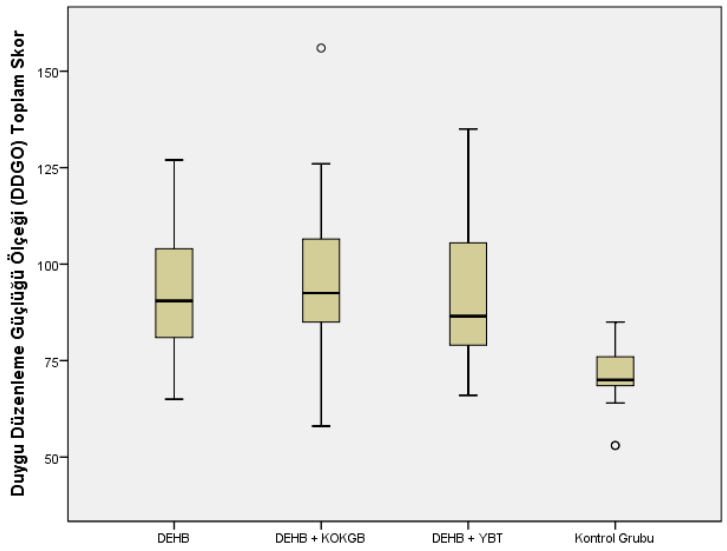
### 5.4.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda; DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGO) Toplam Skoru (96,68±19,49); DEHB (92,28± 15,97), DEHB+YBT (93,23±17,78) ve kontrol grubuna (71,29±7,11) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.001) (Grafik 7). Benzer şekilde DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Dürtü Toplam Skorunun (16,15±5,21), DEHB (13,35 ± 4,62), DEHB+ YBT (15,33±6,34) ve kontrol grubuna (12,00±2,17) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bununla beraber Kabul Etmeme, Stratejiler toplam skorlarının da DEHB+KOKGB grubunda; DEHB, DEHB+YBT ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p-değerleri <0.001, <0.001). Kontrol grubunda ölçülen ortalama Farkındalık Toplam Skorunun, diğer gruplara kıyasla istatiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bunların dışında Açıklık, Hedefler toplam skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p> 0.05) (Tablo 11).

**Tablo 11.** Gruplar arası Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGO) sub-skorları karşılaştırması.

| | DEHB (Ort±SS) | DEHB+KOKGB (Ort±SS) | DEHB+YBT (Ort±SS) | KontrolGrubu (Ort±SS) | p-değeri |
|---|---|---|---|---|---|
| **Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGO) Toplam Skor** | 92,28± 15,97 | 96,68 ± 19,49 | 93,23 ± 17,78 | 71,29 ± 7,11 | **0.000*** |
| **Açıklık Toplam Skor** | 14,23 ± 2,67 | 14,10 ± 2,88 | 13,40 ± 3,11 | 12,40 ± 1,92 | 0.023 |
| **Farkındalık Toplam Skor** | 17,20 ± 3,40 | 16,05 ± 4,49 | 16,70 ± 4,63 | 11,94 ± 2,76 | **0.000*** |
| **Dürtü Toplam Skor** | 13,35± 4,62 | 16,15 ± 5,21 | 15,33 ± 6,34 | 12,00 ± 2,38 | **0.005*** |
| **Kabul Etmeme Toplam Skor** | 14,33 ± 4,54 | 15,05 ± 3,89 | 14,48 ± 5,63 | 10,77± 2,66 | **0.000*** |
| **Hedefler Toplam Skor** | 14,18 ± 4,46 | 14,75 ± 4,27 | 15,08 ± 4,53 | 13,00 ± 3,03 | 0.259 |
| **Stratejiler Toplam Skor** | 20,40 ± 4,47 | 21,35 ± 7,34 | 18,08 ± 5,03 | 12,66 ± 2,30 | **0.000*** |

*= p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.




**Grafik 7.** Gruplar arası Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGO) total skoru ortalamaları karşılaştırması.

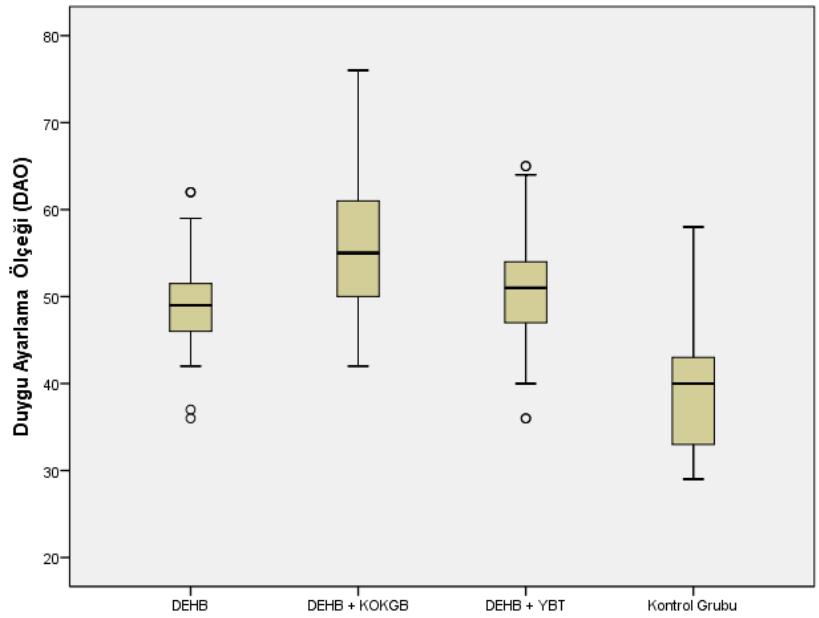
### 5.4.7.Duygu Ayarlama Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda; DEHB+KOKGB grubunda ölçülen ortalama Duygu Ayarlama Ölçeği (DAO) Toplam Skoru (55,90±8,77), DEHB (49,28± 5,93), DEHB+YBT (50,58±7,32) ve kontrol grubuna (39,51±7,26) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.001) (Grafik 8). Benzer şekilde Değişkenlik-Olumsuzluk toplam skorları DEHB+KOKGB grubunda, DEHB, DEHB+YBT ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu; Duygu Ayarlama toplam skorlarının ise DEHB+YBT grubunda, DEHB, DEHB+KOKGB ve kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p-değerleri <0.001, <0.001) (Tablo 12).

**Tablo 12.** Gruplar arası Duygu Ayarlama Ölçeği (DAO) sub-skorları karşılaştırması.

| | DEHB (Ort±SS) | DEHB+KOKGB (Ort±SS) | DEHB+YBT (Ort±SS) | KontrolGrubu (Ort±SS) | p-değeri |
|---|---|---|---|---|---|
| **Duygu Ayarlama Ölçeği (DAO)Toplam Skor** | 49,28 ± 5,93 | 55,90 ± 8,77 | 50,58 ± 7,32 | 39,51 ± 7,26 | **0.000*** |
| **Değişkenlik Olumsuzluk Toplam Skor** | 29,75 ± 5,08 | 35,58 ± 6,13 | 29,33 ± 5,19 | 23,91 ± 4,89 | **0.000*** |
| **Duygu Ayarlama Toplam Skor** | 19,13 ± 4,05 | 20,08 ± 5,20 | 20,73 ± 3,80 | 15,60 ± 3,58 | **0.000*** |

*= p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.




**Grafik 8.** Gruplar arası Duygu Ayarlama Ölçeği total skoru ortalamaları karşılaştırması.

### 5.4.8. Dikkat Eksiliği Skorlarının Mediatör Analizi Aracılığıyla Değerlendirilmesi

Dikkat eksikliği skorlarının hangi faktörler aracılığıyla aile ilişkilerindeki sorunlara etki ettiğini göstermek için yapılan analizde; dikkat eksikliğinin KOKGB ve DDG üzerinde aile ilişkilerindeki sorunları etkilediği görülmüştür. YBT üzerinden, YBT aracılı KOKGB, YBT aracılı DDG üzerinden aile ilişkilerindeki sorunları etkilemediği görülmüştür. Ayrıca DE KOKGB aracılığıyla DDG üzerinden de aile ilişkilerini etkilemektedir.

**Tablo 13. DE Skorlarının KOKGB ve YBT Aracılı Duygu Düzenleme ve Aile İlişkileri Etkisi**

| | Effect | SE | LLCI | ULCI |
|---|---|---|---|---|
| **Total** | 0,011 | 0,003 | 0,006 | 0,0018 |
| **DE-YBT-AİS** | 0,000 | 0,001 | -0,002 | 0,001 |
| **DE-KOKGB-AİS** | 0,009 | 0,002 | 0,005 | 0,0013 |
| **DE-DDG-AİS** | 0,002 | 0,001 | 0,001 | 0,005 |
| **DE-YBT-KOKGB-AİS** | -0,000 | 0,000 | -0,001 | 0,000 |
| **DE-YBT-DDG-AİS** | 0,000 | 0,000 | -0,000 | 0,000 |
| **DE-KOKGB-DDG-AİS** | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,001 |
| **DE-YBT-KOKGB-DDB-AİS** | 0,000 | 0,000 | -0,000 | 0,000 |

**DDG: Duygu Düzenleme Güçlüğü, AİS: Aile İlişkilerinde Sorunlar**

### 5.4.9. Hiperaktivite Skorlarının Mediatör Analizi Aracılığıyla Değerlendirilmesi

Hiperaktivite skorlarının hangi faktörler aracılığıyla aile ilişkilerindeki sorunlara etki ettiğini göstermek için yapılan analizde; Hİ'nin KOKGB, DDG üzerinden AİS'i etkilediği ancak YBT üzerinden etkilemediği görülmüştür. DE'nin aksine Hİ ;YBT üzerinden DDG ve KOKGB aracılığıyla AİS'i etkilemektedir.

**Tablo 14. Hİ Skorlarının KOKGB ve YBT Aracılı Duygu Düzenleme ve Aile İlişkileri Etkisi**

| | Effect | SE | LLCI | ULCI |
|---|---|---|---|---|
| **Total** | 0,011 | 0,003 | 0,004 | 0,0017 |
| **Hİ-YBT-AİS** | -0,000 | 0,000 | -0,002 | 0,000 |
| **Hİ-KOKGB-AİS** | 0,010 | 0,002 | 0,005 | 0,0014 |
| **Hİ-DDG-AİS** | 0,002 | 0,001 | 0,000 | 0,004 |
| **Hİ-YBT-KOKGB-AİS** | 0,000 | 0,000 | -0,001 | -0,000 |
| **Hİ-YBT-DDG-AİS** | -0,000 | 0,000 | -0,001 | -0,000 |
| **Hİ-KOKGB-DDG-AİS** | 0,000 | 0,000 | -0,000 | 0,002 |
| **Hİ-CDS-KOKGB-DDB-AİS** | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

## 6.TARTIŞMA

Çalışmamız SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 7-12 yaş arasındaki DEHB, DEHB+YBT, DEHB+KOKGB tanılı ve sağlıklı kontrol grubu içeren 155 olgudan oluşmaktadır. Bu gruplar arasındaki sosyodemografik özellikler, nörogelişimsel basamaklar, zeka düzeyleri, uyku problemleri, duygu düzenleme güçlükleri ve aile işleyişi verileri değerlendirilerek gruplar arası karşılaştırma yapıldı ve güncel literatür eşliğinde tartışıldı.

DEHB, DEHB+YBT, DEHB+KOKGB ve kontrol grupları arasında yaş ve cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Pür DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında benzer şekilde erkek sayısı kız sayısının 3-4 katı iken DEHB+YBT grubunda erkek oranı kız oranının 1-2 katı olarak bulunmuştur. DEHB ve eşlik eden KOKGB tanı gruplarında yazında da görüldüğü gibi erkek cinsiyet baskınlığı mevcuttur. Bu oran toplum bazlı çalışmalarda 3 kat klinik örneklemde 9 kat şeklinde bulunmuştur.[114] Mevcut çalışmamızdaki oranlar literatürle benzerdir. DEHB ve YBT gruplarının karşılaştırıldığı çalışmalarda cinsiyet bakımında YBT gruplarında kız cinsiyetin baskın olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.[115] Literatürde bizim çalışmamızda olduğu gibi komorbid DEHB+YBT olan vakalarda ise erkek cinsiyetin baskın olduğu bildirilmiştir.[5] Gruplar arası yaş ortalamaları literatürle uyumlu olarak benzer bulunmuştur.[39,67,115] Literatürde pür YBT olgularında tanının klinisyenlerce fark edilmesinin zor olduğu tanı yaşının DEHB olan gruba göre daha geç olduğu görülmekle birlikte DEHB'nin eşlik ettiği vakalarda yaş ortalamasının pür DEHB olgularıyla benzer olması çalışmamızla uyumludur.[116]

Gruplar arası klinik özelliklere bakıldığında DEHB+KOKGB grubunda diğer gruplara kıyasla okul öncesi eğitim oranı belirgin düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda okulöncesi dönemde kurallı ortamlarda bulunmanın mevcut davranış sorunlarını azalttığı gösterilmiştir.[117] Okulöncesi eğitim DEHB tanılı olgularda, davranış sorunlarını azaltmada etkili olmakla mevcut problemlerin daha hızlı fark edilip tedavi şansını arttırmaktadır. Okul öncesi eğitim almamak DEHB'ye komorbid yıkıcı davranış bozuklukları sıklığını arttırdığı düşünülmektedir.[117]

Sağlıklı kontrol grubunun ebeveynlerinin yüksek öğrenim oranları olgu gruplarına kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda özellikle annenin eğitim

seviyesinin düşüklüğünün DEHB ve eşlik eden psikopatolojileri arttırabileceği gösterilmiştir.[118] Aylık gelir düzeyine bakıldığında en yüksek oranın DEHB+YBT grubunda olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatürle uyumsuz bulunmuştur.[35]Örneklemin kısıtlılığı, kliniğe başvuran olguların sosyoekonomik düzeyinin genel olarak orta ve düşük düzey olması literatürle uyumsuz bir sonuç yansıttığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda DEHB+YBT grubunda ilk kelime zamanının diğer gruplara kıyasla en geç olduğu bulunmuştur. Yazında bilindiği kadarıyla bu kıyaslamanın mevcut olduğu bir çalışma bulunmamakla birlikte bulgumuzun desteklenmesi için daha geniş örneklemli gruplara ihtiyaç vardır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda DEHB ve YBT tanılı olguların sağlıklı kontrollere göre nörogelişimsel basamaklarının geciktiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. [119] [5]Çalışmamızda DEHB+KOKGB grubunda beklenin aksine ilk kelimenin en erken ayda olması ve DEHB ve sağlıklı kontrollerin ilk kelime yaşının benzer olması, diğer dönüm noktalarında anlamlı bir farklılık bulunmaması yazınla uyumsuz gibi görünmektedir. Literatürde nörogelişimsel bozuklar üzerine yapılan daha eski çalışmalarda DEHB'li olguların dil gelişimindeki dönüm noktalarıyla ilgili farklılık olmadığı bildirilirken yeterli kanıt oluşturabilmesi için daha fazla veriye ihtiyaç vardır. [120] Diğer gelişim basamaklarında herhangi bir farklılık saptanmaması klinik olarak normal zeka düzeyinde olguların seçilip çalışmaya dahil edilmesi, böylelikle eşlik eden mental problemlerin dışlanması sebebiyle olduğunu düşündürmektedir.

Wisc-r sonuçlarına bakıldığında DEHB+YBT grubunda total ve sözel skorlar diğer gruplara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Litaratüre bakıldığında DEHB ve eşlik eden komorbid olguların Wisc-r testinde kontrollere göre daha düşük performans sergilediği görülmüştür.[121] Bizim DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda sonuçların olgu grubuyla benzer bulunması klinik olarak mental kapasitesi iyi olan (parlak düzey) olguların çalışmaya dahil edilmesiyle ve DEHB+YBT'li olguların ise düşük (normal kapasite) bulunmasının; kliniğe başvurularının ve tanınmasının görece daha zor olmasının seçiciliği azalttığını düşündürmektedir.

Turgay DE skoru, Hİ skoru, KOKGB ve DB skoru DEHB+KOKGB grubunda diğer gruplara kıyasla yüksek bulunmuştur. KOKGB ve DB skorlarında sadece DEHB+KOKGB grubunun farklılık oluşturması beklenen bir durumdur. Vakaların tanı gruplarına ayrılmasında yalnızca mevcut tanının belirtilerini gösteren olguların dahil edilmesine özen gösterilmiştir.

DEHB+KOKGB grubunda Turgay alt skorlarının tamamında anlamlı yüksek bulunması; KOKGB komorbiditesinin en yoğun belirtilere yol açtığını düşündürmektedir.

DE skoru ve Hİ skoru kıyaslanmasında DEHB+KOKGB grubunu DEHB, DEHB+YBT ve kontrol grubu izlemektedir. Literatüre bakıldığında DEHB+YBT gruplarında görülen DEHB tipinin en az oranda hiperaktivite baskın tip olması sonuçlarımızla uyumludur.[5] Ek olarak hiperaktivite belirtileriyle YBT belirtilerinin birlikte bulunmasının ters korelasyon gösterdiğini bildiren çalışmaların olması sonuçları destekler niteliktedir.[81,122]

CDI skorları DEHB+KOKGB ve DEHB+YBT gruplarında anlamlı olarak yüksek bulunmakla birlikte tüm olgu gruplarında CDI puanları depresyon kesim puanın altındadır. Literatürde eşlik eden depresyon ve CDI skorlarının hiperaktivite ve karşıt olma skorlarıyla korelasyon gösterdiği çalışmalar bulunmaktadır.[123] Öte yandan eşlik eden YBT komorbiditesinin de içe yönelim semptomlarını arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur.[124] Farklı gibi görünen bu iki vaka grubunun CDI ölçek puanlarının benzer bulunmasının, çocuk yaş grubunda depresif belirtilerin; irritabiliteyle giden ve çökkünlükle giden şeklinde 2 belirti kümesi etrafında toplanmasıyla açıklanabilir.[125–127] Eşlik eden depresyon, anksiyete bozukluğu olan olgular çalışmaya dahil edilmemesine rağmen mevcut vakaların CDI puanlarının eşik altı olsa da anlamlı yüksek gelmesi bu iki grupta depresif bozukluğun çok sık eşlik edebileceğini öngörmektedir.

DEHB ve komorbid durumlardaki aile işleyişini değerlendirmek amacıyla literatürle benzer şekilde Aile Değerlendirme Ölçeği ve Aile İlişkileri Ölçeği kullandık. Aile Değerlendirme Ölçeği toplam skoru, Problem Çözme alt ölçeği skoru, genel işlevler skoru DEHB+KOKGB grubunda diğer gruplara kıyasla anlamlı yüksek bulunmuştur. Yıkıcı davranış sorunlarının aile işlevselliği üzerindeki olumsuz etkisi çeşitli çalışmalarda da gösterilmiştir.[128,129]Literatüre bakıldığın da DEHB'ye eşlik eden KOKGB tanılı olgularda çocukların duygusal-davranışsal işlevselliği ve ebeveynleri tarafından bildirilen sorunları daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, bu sorunlar ebeveynlerin duygusal sağlığı ve ebeveynlerin kendi ihtiyaçlarını karşılama zamanları üzerinde de önemli bir etkiye sahip olup aile uyumunu da bozduğu gösterilmiştir.[130] Bu anlamda sonuçlar literatürle uyumludur. Ebeveynlerin bu döngüde kendi duygularını düzenlemedeki zorlukları ve problem çözme becerilerinde yaşadığı güçlüklerin olguların davranış sorunlarını arttırdığı, problemlere yönelik işlevsiz baş etme tutumları geliştirdiği düşünülmektedir. Ebeveynlerin duygu düzenleme becerilerinin ve

problem çözme yeteneklerinin ebeveyn eğitim programları geliştirilmesiyle olguların daha az karşıt olma tutumları göstermeleriyle ilişkilendirilmiştir.[131–133] Literatürle uyumlu olarak YBT'nin genel aile işlevselliği üzerine olumsuz etkisi direk gösterilememiştir. Aile içi mevcut problemler eşlik eden komorbiditelerden kaynaklı gibi gözükmektedir.[134]

ADÖ'nün İletişim Kurma, Roller, Duygusal Tepki Verme, Gereken ilgiyi Gösterme toplam skorlarında DEHB+KOKGB grubunu sırasıyla DEHB+YBT , DEHB ve kontrol grubu izlemektedir. Dolaysız ileti gönderebilme ve gelen iletiye uygun karşılıklık İletişim Kurma ve Duygusal Tepki Verme alt başlıklarıyla ölçülmüştür. DEHB+KOKGB olan olgularda görülen dürtüsellik, öfke nöbetleri, öngörülemezlik, karşıt davranışlar ebeveynlerdeki düşük sıcakla beraber iletişim sorunlarını ve doğru tepki vermeyi ketlediği çalışmamızda da gösterilmiştir. Olumsuz ebeveyn-çocuk ilişkisi ebeveynin gereken ilgiyi vermesini de zorlaştırmaktadır. Ailelerin gerekenden az ilgi göstermeleri sürecin kronikleşmesini arttırmakta, gereken de çok ilgi gösterme de olgunun otonomi kazanma süreçlerini olumsuz etkilemektedir.[135,136] DEHB+YBT olgularında görülen içselleştirme sorunları yine iletişimi ve iletişimle ilgili süreçleri olumsuz etkilediği düşünülmektedir.[137] Roller alt bölümü aile içi adaletli görev paylaşımı, sorumlulukların yerine getirilmesiyle ilgili süreçleri, uygulanan yöntemlerin sürdürülebilirliğini ele almaktadır. DEHB+KOKGB olan olguların sorumluluklarını yerine getirmedeki zorlukları, aile içi görev paylaşımında aktif rol almada motivasyonsuzluk, başa buyruk davranmaları, otoriteye karşı tutumları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.[136,138]

Davranış kontrolü alt skorunda DEHB+KOKGB ve DEHB grubu diğer gruplara kıyasla anlamlı yüksek bulunmuştur. Davranış kontrolü alt ölçeğinde ebeveynlerin tutarsız kontrol edici tutumları ve disiplin sağlama yöntemleri yer alır. Hiperaktivite ve dürtüselliğin ön planda olduğu durumlarda çocukları kontrol etmek, disiplin uygulamak zorlaşabilir. Bu çocukların ebeveynlerinde bildirilen yüksek stres seviyesi, zayıf sosyal destek, kontrol amaçlı uygulanan sözel, fiziksel şiddeti arttırarak süreğen çatışmaları tetikler ve sonuçta karşıt olma tepkilerini arttırabilmektedir.[136,139,140] Bu iki grubun benzer olmasını; tanıdan bağımsız ebeveynlerin duygu düzenleme becerilerinin davranış kontrolüyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara dayanarak açıklayabilmekteyiz.[141] Ebeveyn-çocuk ilişkisinde bu bağlamdan yola çıkarak hem ebeveyn duygu düzenleme hem çocuk duygu düzenleme becerilerinin değerlendirildiği kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.[136]

PARQ skorlarına baktığımızda; total skor ve Düşük Sıcaklık-Sevgi alt ölçeği skorunda DEHB+KOKGB grubu diğer gruplara kıyasla anlamlı yüksek bulunmuştur. Literatürdeki boylamsal çalışmalarda da daha düşük sıcaklık gösteren ebeveynlerin DEHB olan olguların ilerleyen yıllarda daha yoğun semptom göstermesiyle ilişkili bulunmuştur.[142] Çalışmamızda düşük sıcaklığın yalnızca DEHB+KOKGB grubunda anlamlı bulunması vakaların erken dönem olguları içermesi, ebeveynlerin destek amaçlı polikliniğe kendi başvuran olgulardan seçilmesiyle ilişkilendirilebilir.

Saldırganlık-Kin, İhmal İlgisizlik, Ayrıştırılmamış Reddetme alt ölçek skorları sırasıyla DEHB+KOKGB, DEHB, DEHB+YBT ve kontrol grubunda anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda DEHB eşlik eden komorbid yıkıcı bozukluklarında ihmal, istismar oranları yüksek bulunmuştur. Olgulardaki mevcut davranış problemleri, dürtüsellik ve hiperaktivite ebeveynlerde bakım verme konusunda zorluk oluşturabilir ebeveynlerin daha saldırgan ve ihmalkar tutum sergilemesine sebep olabilmektedir. [143] Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgular da literatürle uyumludur. Literatürde bildiğimiz kadarıyla YBT olan olguların saldırgan, ihmalkar, kin güden olumsuz ebeveyn tutumlarının incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır. DEHB+YBT olguların 3. Sırada yer alması; bu grubun daha az hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları göstermesiyle ilişkilendirilebilir. Yıkıcı belirti ve bulgular; yavaşlık, hayale dalma gibi YBT belirtilere göre ebeveynlerde daha yüksek oranda kin, saldırganlık ve düşük sıcaklık gösterme paterni oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle duygu düzenleme güçlüğü yaşayan DEHB tanılı olguların daha olumsuz ebeveyn tutumlarına maruz kaldıkları gösterilmiştir.[144]

Literatürde duygu düzenleme ile çeşitli psikopatolojilerin ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan birçok çalışma mevcuttur. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği ve Duygu Ayarlama Ölçeği yazında bu zorlukları belirlemek için kullanılan ölçeklerdir. Duygu düzenleme sürecindeki 2.basamak olan Duygusal Reaktivite/Değişkenlik/Olumsuzluk; olumsuz tepkiye hızlıca yanıt verme, duygusal açıdan labil olma ve olumsuz duyguları aşırı hassasiyeti içerir ve Duygu Ayarlama Ölçeğinin Değişkenlik-Olumsuzluk alt ölçeği ile ölçülmektedir. 3.basamak olan oluşan duygunun düzenlemesi ise ; duyguların fark edilmesi, olumlu duyguların düzenlenmesi ve olumlu yanıt oluşturabilme becerisidir yine DAÖ'nin Duygu Ayarlama alt ölçeği tarafından ölçülmektedir.[145] DDGÖ'ye baktığımızda açıklık alt ölçeği; bireyin duygularını tanımlayabilmesi, farkındalık; duyguları hakkındaki farkındalığı, dürtü; olumsuz duygular yaşantılama esnasında kendini kontrol becerisi, kabullenememe;

olumsuz duyguya verilen olumsuz yanıt oranı, hedef; olumsuz duygular yaşarken amacına yönelmesi, strateji ise olumlu duygu düzenleme becerileri uygulayabilme olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda bakıldığında açıklık, farkındalık alt ölçekleri 3.basamak; dürtü, kabullenme alt ölçekleri 2.basamak olarak kabul edilebilir. Duygu düzenlemedeki güçlüklerin DEHB'li olguların, komorbidite sıklığını ve tedaviden faydalanmalarını yüksek ölçüde etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.[146] Duygu Düzenleme Güçlüğü ölçeği skorlarına bakıldığında toplam skor, dürtü skoru DEHB+KOKGB grubunda diğer gruplara kıyasla anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda DEHB'de duygu düzenleme güçlüklerinin hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla direkt; çalışma belleğiyle ilgili yürütücü işlev sorunları üzerinden indirekt etkiyle oluşabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur.[147,148] Literatüre bakıldığında DEHB ve KOKGB'nin bir arada bulunma sıklığının yüksek oluşu hem DEHB'de hem de KOKGB'de yoğun duygu düzenleme problemleri bulunmasıyla ilişkilendiren yayınlar mevcuttur.[149] Özellikle DEHB'deki duygu düzenleme güçlüğünün DEHB'nin çekirdek belirtilerinden çok KOKGB ile ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. [150] Çalışmamızda literatürle benzer şekilde hiperaktivite, dürtüsellik ve yıkıcı davranış puanları yüksek olan DEHB+KOKG grubu total duygu düzenleme ve dürtüsellik alt grubunda diğer gruplara kıyasla anlamlı yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda ölçülen farkındalık skoru diğer gruplara kıyasla anlamlı düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında DDGÖ'nün farkındalık alt ölçeğinin diğer alt ölçeklere kıyasla güvenilirlik analiz kat sayısının en düşük olduğu gösterilmiştir. Duygu düzenleme güçlüklerinin bulunduğu psikopatolojilerle de zayıf bir korelasyon göstermektedir.[151] Bu bağlamda sonuca bakıldığında beklenin aksi sonuçlar görülmesi ölçeğin farkındalık alt skorunun zayıf bir tutarlılık göstermesiyle ilişkilendirilmektedir.

Kabul etmeme ve stratejiler alt ölçeklerinde sırasıyla DEHB+KOKGB, DEHB, DEHB+YBT ve kontrol grubu anlamlı bulunmuştur. Kabullenememe; kişinin stresör verdiği yanıtları kabul etmemesiyle, stratejiler de uygun yanıt oluşturabilmek için kullandığı yöntemlerin yeterince efektif olmamasıdır. Yüksek skorlar literatüre benzer şekilde; sıkça gözlemlenen duygusal aşırı tepkisellik ve stresle başa çıkma konusundaki düşük tolerans, öfke kontrolünde zorluk ile ilişkilendirilebilir. Gelişmiş duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmasının gelecekteki karşıt davranışlar açısından koruyucu olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.[152]

Açıklık ve hedefler alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Olguların yaş grubu ve sosyodemografik özellikleri ele alındığında kendi duygularını ayırt edebilme konusunda tüm olguların belli bir zorluğu olup bu durumun gruplar arasında farklılık oluşturmadığı düşünülmektedir.

Duygu Ayarlama Ölçeği toplam skor DEHB+KOKGB grubunda diğer gruplara kıyasla anlamlı bulunmuştur. Değişkenlik-Olumsuzluk; zorlu görevler sırasındaki stabil olmayan, olumsuz tepkisel yoğunluğu tanımlar.[153] Değişkenlik olumsuzluk skorunda sırasıyla DEHB+KOKGB, DEHB, DEHB+YBT, kontrol grubu şeklinde anlamlılık gösterirken; Duygu Ayarlama alt ölçek puanında DEHB+YBT, DEHB, DEHB+KOKGB, kontrol grubu sırasıyla anlamlı bulunmuştur. Yıkıcı davranış bozukluklarında görülen tepkiselliğin diğer olgu gruplara göre anlamlı olması, beklenen bir bulgudur. Literatüre bakıldığında komorbidite çalışmalarının yanında yalnızca DEHB olgular ile yapılan çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmalarda DEHB belirtileri duygu düzenlemenin özellikle değişkenlik-olumsuzluk aşamasıyla ilişkilendirilmiştir. [154]DEHB belirti şiddetinin artması ve DEHB'ye karşıt olma sorunlarının eşlik etmesinin, duygu düzenleme zorluklarını artırdığı görülmektedir. Duygu Ayarlama; duyguların tanınması, izlenmesi, sürdürülmesi becerisini gerektirmektedir. YBT kliniğine bakıldığında; ana semptomlardan biri olan hayale dalmanın bu süreci zorlaştırdığı düşünülmektedir. Ayrıca YBT'nin yavaşlık alt boyutu da duygu işlemle sürecinin diğer gruplara daha geç gerçekleşebileceğini düşündürmekle birlikte bu konuda çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yavaşlık, duygu tanınması, işlenmesi, uygun yanıt oluşturulması süreçlerini sekteye uğratabilir. Daha eski literatüre bakıldığında DEHB alt tiplerinin bulunduğu çalışmalarda ise Duygu Ayarlama alt ölçeği DEHB dikkat eksikliği baskın tipte anlamlılık bulunması, YBT semptomlarının klinisyenlerce ayırt edilememesiyle ilişkilendirilebilmektedir.[155]

Dikkat eksikliği semptomlarının YBT üzerinde aile ilişkisine olan etkisini inceleyen literatürdeki ilk çalışmada bizim sonuçlarımızdan farklı olarak dikkat eksikliği ve depresif semptomların YBT üzerinden aile işleyişini etkilediği bulunmuştur.[156] Çalışmamızdan farklı olarak bu ilişki duygu düzenleme açısından değerlendirilmemiş olup yalnızca dikkat eksikliği semptomları ve depresif semptomlar üzerinden değerlendirilmeye alınmıştır. Literatüre bakıldığında son yayınlarda YBT semptomlarının DEHB aracılığıyla duygu düzenleme sorunlarına yol açtığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Yani emosyonel problemlerin çoğunlukla DEHB ve eşlik eden yıkıcı davranış sorunları ile birlikte ortaya çıktığı

gösterilmiştir.[157] Çalışmamızda DEHB'nin dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptom skorlarına yönelik mediatör analizi yöntemi kullanılarak yapılan analizde dikkat eksikliği skorlarının YBT üzerinden duygu düzenleme sorunlarını yordamadığı ancak hiperaktivite üzerinde yordadığı ve bu sorunların aile ilişkilerinde bozulmalara yol açtığı tespit edilmiştir. Bu da semptomatolojinin belirlenmesinde ve ayrıştırılmasında önem arzetmektedir. Yine dikkat eksikliği skorları hiperaktivite skorlarından bağımsız KOKGB ve duygu düzenleme aracılığıyla aile işleyişini etkilemektedir.

Hiperaktivite semptomları YBT semptomlarıyla dolaylı etki olarak aile ilişkilerini öngörmemektedir ancak hiperaktiviteyle ilişkili YBT semptomları KOKGB gelişimini, duygu düzenleme güçlüklerini ve sonuç olarak da aile işleyişini etkilemektedir. Bu dolaylı ilişki aile ilişkilerindeki sorunlara müdahalede basamak oluşturması açısından önemli görünmektedir. Yine dikkat eksikliği bulgularına benzer şekilde hiperaktivite de KOKGB ve duygu düzenleme dolaylı olarak aile ilişkilerindeki zorluğu yordamaktadır. Özellikle dikkat eksikliği skorları aile işleyişine direkt etkisi açısından hiperaktivite skorlarına göre daha güçlü bir yordayıcı olarak görülmektedir. Benzer ilişki YBT dolaylı gerçekleşmemesi, Dikkat eksikliği ve YBT klinik özelliklerini ayırmada katkıda bulunmaktadır.

Çalışmamızın güçlü yanları; Sosyodemografik özellikler açısından olgular arasında ciddi bir farklılık oluşmamıştır. İlk tanı ve herhangi bir farmakolojik tedavi kullanmayan olgular dahil edilmiştir. Semptomatolojinin ayrı yönleriyle ele alınması ve ilişkili noktaların birden fazla faktör üzerinden ele alınması güçlü yanlarından biridir.Çalışmamız bilindiği kadarıyla DEHB ve eşlik eden KOKGB,YBT komorbiditelerinde duygu düzenleme ve aile işleyişini birlikte ele alan ilk çalışma olmasıyla literatüre katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; Çalışmamızın çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır ve bu kısıtlılıklar, elde edilen sonuçların genel geçerliliğini sınırlayabilir. İlk olarak, örneklem sayımızın düşük olması, elde edilen bulguların genellemesini güçleştirebilir. Düşük örneklem sayısı, istatistiksel anlamlılığın yanı sıra sonuçların dışa aktarılabilirliği açısından da sorunlara yol açabilir. Ayrıca, çalışmanın sadece 8-12 yaş arasındaki çocuklar üzerinde yürütülmüş olması, elde edilen sonuçların bu yaş aralığındaki çocuklara özgü olma ihtimalini arttırmış olsa da genelleme potansiyelini azaltabilir. Bu durum, çalışmanın tek bir şehir özelinde gerçekleştirilmiş olmasıyla birleştiğinde, elde edilen bulguların daha geniş bir topluma

uygulanabilirliğini sınırlayabilir. Bir diğer kısıtlılık ise YBT DSM'de yer alan resmi bir tanı olmadığı için tüm olgulara klinik görüşme ile tanı konulmuştur.

## 7.SONUÇ

Bu çalışma, DEHB'li çocuklarda duygu düzenleme becerilerindeki düşüklüğün belirli komorbiditelerle ilişkili olarak çeşitlilik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bulgularımız, duygu düzenleme problemlerinin aile işleyişinde de sorunlara yol açtığını göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmanın sonuçları, DEHB, DEHB+KOKGB ve DEHB+ YBT kliniğinin duygu düzenleme üzerinde farklı etkileri olduğunu göstermektedir. Bu bulgular DEHB ve ilişkili komorbiditeler bir araya geldiği durumlarda duygu düzenleme problemlerinin daha karmaşık hale geldiğini öne sürmektedir.

DEHB ve ilişkili duygu düzenleme güçlükleri birçok morbiditeyle ilişkili olduğundan duygu düzenleme güçlükleri artık DEHB'de görülen bir özellik olmaktan çok çekirdek belirti kümesi olduğunu düşünülmekle birlikte bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, çalışmamız DEHB ve belirlenmiş komorbiditelerinin duygu düzenleme ve aile işleyiş sistemleri üzerinde farklı etkileri olduğunu göstermektedir. Ancak, çalışmanın bazı sınırlamaları ve genişletilmiş örneklemle desteklenmeden önce bu bulguların genelleştirilmemesi önemlidir.

## 8.KAYNAKLAR


1. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **46**, (2007).

2. Serra-Pinheiro, M. A., Schmitz, M., Mattos, P. & Souza, I. Oppositional defiant disorder: A review of neurobiological and environmental correlates, comorbidities, treatment and prognosis. *Revista Brasileira de Psiquiatria* vol. 26 Preprint at https://doi.org/10.1590/s1516-44462004000400013 (2004).

3. Becker, S. P. Topical review: Sluggish cognitive tempo: Research findings and relevance for pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology* vol. 38 Preprint at https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst058 (2013).

4. Weiss, N. H., Sullivan, T. P. & Tull, M. T. Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *Current Opinion in Psychology* vol. 3 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.013 (2015).

5. Barkley, R. A. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Abnorm Psychol* **121**, (2012).

6. Dulcan, M. K. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry* (2016). doi:10.1176/appi.books.9781615370306.

7. Pichot, P. [DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association]. *Rev Neurol (Paris)* **142**, (1986).

8. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Neurodevelopmental Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* **00**, (2013).

9. Scahill, L. & Schwab-Stone, M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* vol. 9 Preprint at https://doi.org/10.1016/s1056-4993(18)30106-8 (2000).

10. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* **56**, (2015).

11. Ercan, E. S. *et al.* The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry* **73**, (2019).

12. Willcutt, E. G. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics* vol. 9 Preprint at https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8 (2012).

13. Skirrow, C. & Asherson, P. Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord* **147**, (2013).

14. Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. & Langley, K. Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* vol. 54 Preprint at https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x (2013).

15. Asherson, P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement* vol. 13 Preprint at https://doi.org/10.1007/s00787-004-1006-6 (2004).

16. Lasky-Su, J. *et al.* Genome-wide association scan of quantitative traits for attention deficit hyperactivity disorder identifies novel associations and confirms candidate gene associations. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics* **147**, (2008).

17. Hoogman, M. *et al.* Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry* **4**, (2017).

18. Hoogman, M. *et al.* Subcortical brain volume differences of participants with ADHD across the lifespan: an ENIGMA collaboration. *Lancet Psychiatry* **4**, (2017).

19. Shaw, P. *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A* **104**, (2007).

20. Hart, H., Radua, J., Mataix-Cols, D. & Rubia, K. Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* vol. 36 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.08.003 (2012).

21. Cantwell, D. P. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **35**, (1996).

22. Berridge, C. W. & Spencer, R. C. Differential cognitive actions of norepinephrine a2 and a1 receptor signaling in the prefrontal cortex. *Brain Research* vol. 1641 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.brainres.2015.11.024 (2016).

23. Solanto, M. V. Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: A review and integration. *Behavioural Brain Research* **94**, (1998).

24. Richer, L. P., Shevell, M. I. & Rosenblatt, B. R. Epileptiform abnormalities in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol* **26**, (2002).

25. Mesulam, M. -M. Large-scale neurocognitive networks and distributed processing for attention, language, and memory. *Ann Neurol* **28**, (1990).

26. Barkley, R. A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* **121**, (1997).

27. Şair, Y. B., Sevinçok, D., Kutlu, A., Çakaloz, B. & Sevinçok, L. The affective temperament traits and pregnancy-related depression in mothers may constitute risk factors for their children with attention deficit and hyperactivity disorder. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* **40**, (2020).

28. Latimer, K. *et al.* Disruptive behaviour disorders: A systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child: Care, Health and Development* vol. 38 Preprint at https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01366.x (2012).

29. Antshell, K. M. & Waisbren, S. E. Developmental Timing of Exposure to Elevated Levels of Phenylalanine is Associated with ADHD Symptom Expression. *J Abnorm Child Psychol* **31**, (2003).

30. Athanasiadou, A. *et al.* Early motor signs of attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry* vol. 29 Preprint at https://doi.org/10.1007/s00787-019-01298-5 (2020).

31. Motavalli, M. N. *Motavallı Mukaddes N. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*.

32. Flory, K., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Gnagy, E. & Smith, B. Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* **35**, (2006).

33. Woodward, L. J., Fergusson, D. M. & John Horwood, L. Driving outcomes of young people with attentional difficulties in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **39**, (2000).

34. Gillberg, C. *et al.* Co-existing disorders in ADHD - Implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement* vol. 13 Preprint at https://doi.org/10.1007/s00787-004-1008-4 (2004).

35. Becker, S. P. *et al.* The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 55 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006 (2016).

36. Krull, K. R. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis. *UpToDate* (2019).

37. Barkley, R. A. Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment, and Comorbidity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* **42**, (2013).

38. Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L. & Tucha, O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* **2**, (2010).

39. Daviss, W. B. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: Etiology, phenomenology, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* vol. 18 Preprint at https://doi.org/10.1089/cap.2008.032 (2008).

40. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **46**, (2007).

41. Greenhill, L. L., Findling, R. L. & Swanson, J. M. A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* **109**, (2002).

42. Power, T. J., Hom, J. & Huang, P. Current Best Practices for Assessing and Treating Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Curr Treat Options Pediatr* **4**, (2018).

43. Chan, E., Fogler, J. M. & Hammerness, P. G. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. *JAMA - Journal of the American Medical Association* vol. 315 Preprint at https://doi.org/10.1001/jama.2016.5453 (2016).

44. Adler, L. A. & Newcorn, J. H. The impact, identification, and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. Introduction. *CNS Spectr* **12**, (2007).

45. Sayal, K., Washbrook, E. & Propper, C. Childhood behavior problems and academic outcomes in adolescence: Longitudinal population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **54**, (2015).

46. Molina, B. S. G. *et al.* The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **48**, (2009).

47. WHO ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). *World Health Organization* **1**, (2016).

48. Nobakht, H. N., Steinsbekk, S. & Wichstrøm, L. Development of symptoms of oppositional defiant disorder from preschool to adolescence: the role of bullying victimization and emotion regulation. *J Child Psychol Psychiatry* (2023) doi:10.1111/jcpp.13845.

49. Brænden, A., Coldevin, M., Zeiner, P., Stubberud, J. & Melinder, A. Executive function in children with disruptive mood dysregulation disorder compared to attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder, and in children with different irritability levels. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2023) doi:10.1007/s00787-023-02143-6.

50. Greene, S. & Vostanis, P. Genes and Behaviour: Nature-nurture Interplay Explained. *Journal of Children's Services* vol. 2 Preprint at https://doi.org/10.1108/17466660200700040 (2007).

51. O'Connor, T. G., Deater-Deckard, K., Fulker, D., Rutter, M. & Plomin, R. Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Dev Psychol* **34**, (1998).

52. Scott, S. Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors and Treatment. *Child Adolesc Ment Health* **10**, (2005).

53. Essau, C. A. *Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. *Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment* (2003). doi:10.4324/9781410607720.

54. Lahey, B. B. *et al.* Four-Year Longitudinal Study of Conduct Disorder in Boys: Patterns and Predictors of Persistence. *J Abnorm Psychol* **104**, (1995).

55. Clark, C., Prior, M. & Kinsella, G. The relationship between executive function abilities, adaptive, behaviour, and academic achievement in children with externalising behaviour problems. *J Child Psychol Psychiatry* **43**, (2002).

56. Burke, J. D., Rowe, R. & Boylan, K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *J Child Psychol Psychiatry* **55**, (2014).

57. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* **60**, (2003).

58. Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. & Angold, A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry* **66**, (2009).

59. Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. & Meltzer, H. Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* **45**, (2004).

60. Burns, G. L. & Becker, S. P. Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in a Nationally Representative Sample of U.S. Children: Differentiation Using Categorical and Dimensional Approaches. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* **50**, (2021).

61. Dick, D. M., Viken, R. J., Kaprio, J., Pulkkinen, L. & Rose, R. J. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity Ddsorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *J Abnorm Child Psychol* **33**, (2005).

62. Blader, J. C., Schooler, N. R., Jensen, P. S., Pliszka, S. R. & Kafantaris, V. Adjunctive divalproex versus placebo for children with ADHD and aggression refractory to stimulant monotherapy. *American Journal of Psychiatry* **166**, (2009).

63. Pearl, E. S. Parent management training for reducing oppositional and aggressive behavior in preschoolers. *Aggression and Violent Behavior* vol. 14 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.03.007 (2009).

64. Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L. & Jimenez-Camargo, L. Cognitive-Behavioral Therapy for Externalizing Disorders in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* vol. 20 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.005 (2011).

65. Stringaris, A. & Goodman, R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry* **50**, (2009).

66. Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E. & Maughan, B. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Psychol* **119**, (2010).

67. Stringaris, A. & Goodman, R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **48**, (2009).

68. Becker, S. P. *et al.* Report of a Work Group on Sluggish Cognitive Tempo: Key Research Directions and a Consensus Change in Terminology to Cognitive Disengagement Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **62**, (2023).

69. Neeper, R. & Lahey, B. B. The Children's Behavior Rating Scale: A Factor Analytic Developmental Study. *School Psych Rev* **15**, (1986).

70. LAHEY, B. B., SCHAUGHENCY, E. A., FRAME, C. L. & STRAUSS, C. C. Teacher Ratings of Attention Problems in Children Experimentally Classified as Exhibiting Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity. *J Am Acad Child Psychiatry* **24**, (1985).

71. Milich, R., Balentine, A. C. & Lynam, D. R. ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type Are Distinct and Unrelated Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice* **8**, (2001).

72. Barkley, R. A. Sluggish cognitive tempo (Concentration Deficit Disorder?): Current status, future directions, and a plea to change the name. *J Abnorm Child Psychol* **42**, (2014).

73. Servera, M., Sáez, B., Burns, G. L. & Becker, S. P. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Abnorm Psychol* **127**, (2018).

74. Moruzzi, S., Rijsdijk, F. & Battaglia, M. A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/ impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. *J Abnorm Child Psychol* **42**, (2014).

75. Fassbender, C., Krafft, C. E. & Schweitzer, J. B. Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *Neuroimage Clin* **8**, (2015).

76. Camprodon-Rosanas, E. *et al.* Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **58**, (2019).

77. Skirbekk, B., Hansen, B. H., Oerbeck, B. & Kristensen, H. The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. *J Abnorm Child Psychol* **39**, (2011).

78. Wåhlstedt, C. & Bohlin, G. DSM-IV-defined inattention and sluggish cognitive tempo: Independent and interactive relations to neuropsychological factors and comorbidity. *Child Neuropsychology* **16**, (2010).

79. Baytunca, M. B. *et al.* The neurocognitive nature of children with ADHD comorbid sluggish cognitive tempo: Might SCT be a disorder of vigilance? *Psychiatry Res* **270**, (2018).

80. Graham, D. M. *et al.* Prenatal Alcohol Exposure, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Sluggish Cognitive Tempo. *Alcohol Clin Exp Res* **37**, (2013).

81. Camprodon-Rosanas, E. *et al.* Sluggish Cognitive Tempo: Sociodemographic, Behavioral, and Clinical Characteristics in a Population of Catalan School Children. *J Atten Disord* **21**, (2017).

82. Froehlich, T. E. *et al.* Sluggish cognitive tempo as a possible predictor of methylphenidate response in children with ADHD: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* **79**, (2018).

83. Wietecha, L. *et al.* Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **23**, (2013).

84. Pfiffner, L. J. *et al.* A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **46**, (2007).

85. Diefendorff, J. M., Richard, E. M. & Yang, J. Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *J Vocat Behav* **73**, (2008).

86. Eisenberg, N. & Spinrad, T. L. Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development* vol. 75 Preprint at https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x (2004).

87. Gross, J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* vol. 2 Preprint at https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271 (1998).

88. Sripada, R. K. *et al.* Allopregnanolone elevations following pregnenolone administration are associated with enhanced activation of emotion regulation neurocircuits. *Biol Psychiatry* **73**, (2013).

89. Gross & Thompson, R. Emotion regulation: Conceptual foundations. Handbook of emotion regulation. *Emotion* (2007).

90. Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., Edge, M. D. & Gross, J. J. Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. *Behaviour Research and Therapy* **48**, (2010).

91. Gyurak, A., Gross, J. J. & Etkin, A. Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition and Emotion* vol. 25 Preprint at https://doi.org/10.1080/02699931.2010.544160 (2011).

92. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* vol. 30 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004 (2010).

93. Silk, J. S., Steinberg, L. & Morris, A. S. Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. *Child Dev* **74**, (2003).

94. Chapman, A. L., Gratz, K. L. & Brown, M. Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy* **44**, (2006).

95. Gross, J. J. & Jazaieri, H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clinical Psychological Science* **2**, (2014).

96. Biederman, J. *et al.* Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsychiatr Dis Treat* (2012) doi:10.2147/ndt.s29670.

97. Cooper, R. E., Tye, C., Kuntsi, J., Vassos, E. & Asherson, P. The effect of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation on emotional dysregulation, oppositional behaviour and conduct problems in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* vol. 190 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.053 (2016).

98. Becker, S. P., Luebbe, A. M. & Joyce, A. M. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial Validation of a child self-report measure of Sluggish Cognitive Tempo. *Psychol Assess* **27**, (2015).

99. Araujo Jiménez, E. A., Jané Ballabriga, M. C., Martin, A. B., Arrufat, F. J. & Giacobo, R. S. Executive Functioning in Children and Adolescents With Symptoms of Sluggish Cognitive Tempo and ADHD. *J Atten Disord* **19**, (2015).

100. Schreyer, I. & Hampel, P. ADHD among boys in childhood: Quality of life and parenting behavior. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* **37**, (2009).

101. Bilkey, T. Book Review: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis & Treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry* **61**, (2016).

102. Gökler, B., Ünal, F. & Pehlivantürk, B. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). Turk J Chıld Adolesc Ment Health. *Turk J Chıld Adolesc Ment Health.* **11**, (2004).

103. Ünal, F. *et al.* 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 Dergisi* **30**, (2019).

104. Selnes, O. A. A Compendium of Neuropsychological Tests. *Neurology* **41**, (1991).

105. Ercan, E. S., Amado, S., Somer, O. & Cikoglu, S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirme calışması. (Development of a test battery

for attention deficit hyperactivity and disruptive behavior disorders.). *Turk J Child Adolesc Ment Health* vol. 8 Preprint at (2001).

106. Gomez, R., Vance, A. & Gomez, R. M. Analysis of the Convergent and Discriminant Validity of the CBCL, TRF, and YSR in a Clinic-Referred Sample. *J Abnorm Child Psychol* **42**, (2014).

107. Firat, S. *et al.* Barkley child attention scale validity and reliability study. *Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* **31**, (2018).

108. Zalsman, G. *et al.* Children's Depression Inventory (CDI) and the Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R): Reliability of the Hebrew version. *Int J Adolesc Med Health* **17**, (2005).

109. Gratz, K. L. & Roemer, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale (Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment (2004) 26, (41-54) DOI: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* vol. 30 Preprint at https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4 (2008).

110. Shields, A. & Cicchetti, D. Emotion regulation among school-age children: the development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Dev Psychol* **33**, (1997).

111. Kocayörük, E. & Sümer, Z. H. The Effects of Father Involvement Training on Family Functioning and Adolescents' Peer Relations. *Journal of Theory and Practice in Education* **5**, (2009).

112. Epstein, N. B., Baldwin, L. M. & Bishop, D. S. THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE. *J Marital Fam Ther* **9**, (1983).

113. Owens, J. A., Spirito, A. & McGuinn, M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep* **23**, (2000).

114. Storebø, O. J., Rasmussen, P. D. & Simonsen, E. Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *J Atten Disord* **20**, (2016).

115. Uytun, M. C. *et al.* Sluggish cognitive tempo symptoms cooccurring with attention deficit hyperactivity disorder. *Middle East Current Psychiatry* **30**, (2023).

116. Mitchell, J. T., Davis, N. O., Kollins, S. H. & Lunsford-Avery, J. R. Sluggish cognitive tempo (SCT) in an adult outpatient sample seeking an attention-deficit/hyperactivity disorder assessment: Age of onset and assessment method impact on SCT rates. *J Psychiatr Res* **131**, (2020).

117. Fabiano, G. A. & Pyle, K. Best Practices in School Mental Health for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Framework for Intervention. *School Ment Health* **11**, (2019).

118. Hegelund, E. R., Flensborg-Madsen, T., Vassard, D., Niclasen, J. & Mortensen, E. L. Parental socioeconomic position and risk of ADHD in offspring: a cohort study of 9648 individuals in Denmark 1976–2013. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **28**, (2019).

119. Dyck, M. J. & Piek, J. P. Developmental Delays in Children With ADHD. *J Atten Disord* **18**, (2014).

120. Hannigan, L. J. *et al.* Developmental milestones in early childhood and genetic liability to neurodevelopmental disorders. *Psychol Med* **53**, (2023).

121. Tural Hesapçioğlu, S., Çelik, C., Özmen, S. & Yiğit, I. Analyzing the WISC-R in children with ADHD: The predictive value of subtests, Kaufman, and Bannatyne categories. *Turk Psikiyatri Dergisi* **27**, (2016).

122. Lee, S. Y., Burns, G. L. & Becker, S. P. Can Sluggish Cognitive Tempo Be Distinguished From ADHD Inattention in Very Young Children? Evidence From a Sample of Korean Preschool Children. *J Atten Disord* **21**, (2017).

123. Cubero-Millán, I. *et al.* Methylphenidate ameliorates depressive comorbidity in ADHD children without any modification on differences in serum melatonin concentration between ADHD subtypes. *Int J Mol Sci* **15**, (2014).

124. Lee, S., Burns, G. L., Snell, J. & McBurnett, K. Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: Sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention as distinct symptom dimensions. *J Abnorm Child Psychol* **42**, (2014).

125. Mullen, S. Major depressive disorder in children and adolescents. *Mental Health Clinician* **8**, (2018).

126. Purper-Ouakil, D. *et al.* What do childhood attention deficit/hyperactivity symptoms in depressed adults tell us about the bipolar spectrum? *Psychiatry Res* **249**, (2017).

127. Gaffrey, M. S., Tillman, R., Barch, D. M. & Luby, J. L. Continuity and stability of preschool depression from childhood through adolescence and following the onset of puberty. *Compr Psychiatry* **86**, (2018).

128. Wasserman, G. A., Miller, L. S., Pinner, E. & Jaramillo, B. Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **35**, (1996).

129. Bornheimer, L. A., Acri, M., Li Verdugo, J. & McKay, M. M. Family Processes and Mental Health among Children and Caregivers in a Family Strengthening Program. *J Child Fam Stud* **30**, (2021).

130. Klassen, A. F., Miller, A. & Fine, S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* **114**, (2004).

131. Johnson, M. *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder in Swedish children - An open study of collaborative problem solving. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* **101**, (2012).

132. Helander, M., Enebrink, P., Hellner, C. & Ahlen, J. Parent Management Training Combined with Group-CBT Compared to Parent Management Training Only for Oppositional Defiant Disorder Symptoms: 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry Hum Dev* **54**, (2023).

133. Leijten, P. *et al.* Individual Participant Data Meta-analysis: Impact of Conduct Problem Severity, Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Emotional Problems, and Maternal Depression on Parenting Program Effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 59 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.023 (2020).

134. Dvorsky, M. R., Becker, S. P., Tamm, L. & Willoughby, M. T. Testing the Longitudinal Structure and Change in Sluggish Cognitive Tempo and Inattentive Behaviors From Early Through Middle Childhood. *Assessment* **28**, (2021).

135. Hoag, A. Mothers' perceptions of family communication patterns when having an adhd child. *Contemporary Perspectives in Family Research* **8A**, (2014).

136. Yusuf, Ö., Gonka, Ö. & Pekcanlar Aynur, A. The effects of the triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* **29**, (2019).

137. Ünsel Bolat, G. *et al.* Sluggish Cognitive Tempo and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Similarities and Differences. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* **27**, (2020).

138. Chaudhury, P., Bhattacharya, B. & Saha, P. K. Parent–Child Relationship and Marital Quality of Parents of Conduct or Oppositional Defiant Disorder and Unaffected Individuals: A Comparative Study. *Psychological Studies* vol. 65 Preprint at https://doi.org/10.1007/s12646-019-00543-w (2020).

139. DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L. & VanBrakle, J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **40**, (2001).

140. Lo, H. H. M., Wong, S. Y. S., Wong, J. Y. H., Wong, S. W. L. & Yeung, J. W. K. The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: Design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol). *BMC Psychiatry* **16**, (2016).

141. Evans, S. *et al.* Mindful parenting behaviors and emotional self-regulation in children with ADHD and controls. *J Pediatr Psychol* **45**, (2020).

142. Saito, A., Matsumoto, S. & Sugawara, M. Relationship Between an Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Tendency and Anxiety/Depression: A Longitudinal Study of Early Adolescents. *Japanese Journal of Educational Psychology* **68**, (2020).

143. Stern, A. *et al.* Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Child Abuse Negl* **81**, (2018).

144. Keser, N., Kapçi, E. G. & Özer, A. Investigation of attention deficit and hyperactivity disorder in children: The analysis of the mediation and moderation model. *Yeni Symposium* **50**, (2012).

145. Güzel, H. Ş., Akkaya, G. & Altuntaş, M. The investigation of the relationship between depressive symptoms and self-perception in children diagnosed with specific learning disorder: The mediator role of difficulties in emotional regulation. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **24**, (2021).

146. Anastopoulos, A. D. *et al.* Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *J Atten Disord* **15**, (2011).

147. Groves, N. B., Kofler, M. J., Wells, E. L., Day, T. N. & Chan, E. S. M. An Examination of Relations Among Working Memory, ADHD Symptoms, and Emotion Regulation. *J Abnorm Child Psychol* **48**, (2020).

148. Groves, N. B. *et al.* Executive Functioning and Emotion Regulation in Children with and without ADHD. *Res Child Adolesc Psychopathol* **50**, (2022).

149. Barkley, R. A. Deficient emotional self-regulation is a core component of ADHD. *J. ADHD Relat. Disord* (2010).

150. Sobanski, E. *et al.* Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Clinical correlates and familial prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* **51**, (2010).

151. Ruganci, R. N. & Gençöz, T. Psychometric properties of a Turkish Version of the difficulties in emotion regulation scale. *J Clin Psychol* **66**, (2010).

152. Nobakht, H. N., Steinsbekk, S. & Wichstrøm, L. Development of symptoms of oppositional defiant disorder from preschool to adolescence: the role of bullying victimization and emotion regulation. *J Child Psychol Psychiatry* (2023) doi:10.1111/jcpp.13845.

153. Graziano, P. A. & Garcia, A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* vol. 46 Preprint at https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011 (2016).

154. Faraone, S. V. *et al.* Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* vol. 60 Preprint at https://doi.org/10.1111/jcpp.12899 (2019).

155. Barkley, R. a. Deficient emotional self-regulation: a core component of attention-deficit/hyperactivity disorder. . *J ADHD Relat Disord* **1**, (2010).

156. Fredrick, J. W. *et al.* Family environment moderates the relation of sluggish cognitive tempo to attention-deficit/hyperactivity disorder inattention and depression. *J Clin Psychol* **75**, (2019).

157. Taylor, S. G. *et al.* Emotion Dysregulation and Sluggish Cognitive Tempo as Moderators of Cortisol Responsivity in Children with ADHD. *Adv Neurodev Disord* **4**, (2020).

# 9.EKLER

## EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

**T.C.**
**SAĞLIK BAKANLIĞI**
**İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**
**S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**ÇOCUK HASTALARDA YAPILACAK OLAN**
**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR)**
**İÇİN "EBEVEYN" BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

*[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!] Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.*

**1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:**

**Araştırmanın Tıbbi Adı:**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu veya Yavaş Bilişsel Tempo Olan Olguların Emosyonel Labilite ve Aile İşleyişleri Açısından Değerlendirilmesi

**Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı:** Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'na eşlik eden durumların duygu düzensizliği ve aile ilişkileri açısından değerlendirilmesi

**Araştırmanın İçeriği:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden durumların duygu düzenleme ve aile ilişkileri açısından değerlendirilmesi

**Araştırmanın Amacı:**Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden durumların duygu düzenleme ve aile ilişkileri açısından değerlendirilmesi

**Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 yıl**

**Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 80**

**Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:**

*Polikliniğe başvuran 7-13 yaş kız ve erkek olgular arasında Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Yavaş Bilişsel Tempo ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve çalışmayı kabul eden olgulara duygu düzenleme ve aile işlevlerini değerlendirmeye yönelik klinisyen ve klinik psikolog tarafından test bataryası uygulanacaktır. Çocuğunuza çalışma hakkında anlayacağı şekilde sözlü bilgilendirme yapılacaktır*

**2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):**

*Bu araştırmada sizin için beklenen yarar aldığınız tanı sonucunda duygu düzenleme ve aile işleyişi özelliklerinin değerlendirilmesidir.*

**3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:**

Herhangi bir risk teşkil etmemektedir.

**4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:**

Bu araştırmada uygulanan tedavi ile çocuğunuzun hastalığı kontrol altına alınabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle çocuğunuzun hastalığının tanısının konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

**5. ÇALIŞMA HAKKINDA YENİ BİLGİLER ELDE EDİLİRSE NE OLACAK?**

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

**6. GEBELİK**

**…… nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gönüllünün gebe olmadığından ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğundan emin olmalısınız. Çocuk doğurma potansiyeli varsa çalışma doktoru sizinle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gönüllünün gebe kaldığından şüphelenirseniz, hemen çalışma doktoruna haber vermelisiniz. Gönüllü gebe ise, izin alınmadan araştırmadan çıkarılacaktır.**

**7.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME**

Bu araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında çocuğunuzun hastalığı ile ilgili bu yöntemden başka aşağıda belirttiğim alternatif yöntemler var ancak bu araştırmada uygulanmayacaktır.

**8.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI**

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız, gebelik veya çocuğunuzun çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalması veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorunuz sizin iznini olmadan çocuğunuzu çalışmadan çıkarabilir.

**9.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

**10.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Çocuğunuzun bu araştırmada yer alması nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**11.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT**

**12.ZARARLARIN KARŞILANMASI:**

Çocuğunuz bu çalışmaya katıldığı için zarar görecek olursa, gerekli olan tıbbi bakım sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirilecektir. Çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı masraflarınız sorumlu araştırmacı / doktor tarafından karşılanacaktır.

**13. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ÇALIŞMADAN ÇIKARILMA:**

a. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu konuda size ve çocuğunuza şimdi veya çalışmanın herhangi bir aşamasında baskı ve zorlayıcı davranış uygulanmayacaktır.

b. Çocuğunuzun araştırmaya katılmasını reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğinizde bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını reddetmeniz ya da sonradan çekilmeniz halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Bu durum şimdi ya da gelecekte çocuğunuzun gereksinim duyduğu tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gerekliliklerini yerine getirmedeki ihmaliniz nedeniyle ya da almakta olduğunuz tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, sizin onayınızı almadan çocuğunuzu çalışma kapsamından çıkarabilir.

**14. GİZLİLİK** Çalışma doktorunuz çocuğunuzile ilgili kişisel bilgileri, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak çocuğunuzun kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, çocuğunuz ile ilgili bilgileri Etik Kurullar ya da Resmi Makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi isteme hakkınız vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak çocuğunuzun kimliği açıklanmayacaktır.

**Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Fatma Sibel Durak
GÖREVİ : Sorumlu Araştırmacı

*(Katılımcı çocuğun ebeveyninin beyanı)*

S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde Doç. Dr. Fatma Sibel Durak tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Çocuğumun araştırmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun çalışmaya katılmasını reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden verdiğim izni geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

**T.C.**
**SAĞLIK BAKANLIĞI**
**İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**
**S.B.Ü. DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**ÇOCUK HASTALARDA YAPILACAK OLAN**
**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR)**
**İÇİN "9-18 YAŞ ÇOCUK" BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

*[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!] Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.*

**1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:**

**Araştırmanın Tıbbi Adı:**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu veya Yavaş Bilişsel Tempo Olan Olguların Emosyonel Labilite ve Aile İşleyişleri Açısından Değerlendirilmesi

**Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı:** Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'na eşlik eden durumların duygu düzensizliği ve aile ilişkileri açısından değerlendirilmesi

**Araştırmanın İçeriği:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden durumların duygu düzenleme ve aile ilişkileri açısından değerlendirilmesi

**Araştırmanın Amacı:**Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden durumların duygu düzenleme ve aile ilişkileri açısından değerlendirilmesi

**Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 yıl**

**Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 80**

**Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:**

*Polikliniğe başvuran 7-13 yaş kız ve erkek olgular arasında Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Yavaş Bilişsel Tempo ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve çalışmayı kabul eden olgulara duygu düzenleme ve aile işlevlerini değerlendirmeye yönelik klinisyen ve klinik psikolog tarafından test bataryası uygulanacaktır. Çocuğunuza çalışma hakkında anlayacağı şekilde sözlü bilgilendirme yapılacaktır*

**2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):**

*Bu araştırmada sizin için beklenen yarar aldığınız tanı sonucunda sosyal biliş becerilerinin değerlendirilmesidir*

**3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:**

Yukarıda açıklanan, araştırma sırasında uygulanacak olan işlem ve tedaviler sırasında aşağıdaki belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebilir.

- Kan alma işlemi ile ilgili riskler arasında bayılma, ağrı ve/veya morarma sayılabilir. Ender durumlarda iğne deliğinin bulunduğu yerde enfeksiyon ya da küçük bir kanpıhtısı olabilir. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

**4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:**
Bu araştırmada uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilir ya da araştırma sonucunda elde edilen bilgilerle hastalığının tanısının konulması sağlanabilir. Ayrıca araştırmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

**5. ÇALIŞMA HAKKINDA YENİ BİLGİLER ELDE EDİLİRSE NE OLACAK?**

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

**6. GEBELİK**

**…… nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gebe olmadığından ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğundan emin olmalısın. Çocuk doğurma potansiyelin varsa çalışma doktoru seninle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gebe kaldığından şüphelenirsen, hemen çalışma doktoruna haber vermelisin. Gebe isen, iznin alınmadan araştırmadan çıkarılacaksın.**

**7. ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME**
Bu araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında hastalığınla ilgili bu yöntemden başka aşağıda belirttiğim alternatif yöntemler var ancak bu araştırmada uygulanmayacaktır. Eğer bu çalışmaya katılmasını kabul etmezsen aşağıda sözü edilen öteki tedavileri alma hakkına sahipsin.

8. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemen, çalışma programını aksatman, gebelik veya çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalman veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorun senin iznin olmadan seni çalışmadan çıkarabilir.

**9. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları sana veya güvencesi altında bulunduğun resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

**10. ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer alman nedeniyle sana hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT**
Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklar için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığında aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.
1. Doç.Dr.Fatma Sibel Durak
2. Dr. Tuğçem Şar

**12. ZARARLARIN KARŞILANMASI:**
Bu çalışmaya katıldığın için zarar görecek olursan, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirilecektir. Çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı masrafların sorumlu araştırmacı / doktor tarafından karşılanacaktır.

**13. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ÇALIŞMADAN ÇIKARILMA:**
a. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu konuda sana şimdi veya çalışmanın herhangi bir aşamasında baskı ve zorlayıcı davranış uygulanmayacaktır.
b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsin. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğin anda bu çalışmadan çekilebilirsin. Bu çalışmaya katılmayı reddetmen ya da sonradan çekilmen halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceksin. Bu durum şimdi ya da gelecekte senin gereksinim duyduğu tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir.
d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalin nedeniyle ya da almakta olduğun tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, onayını almadan seni çalışma kapsamından çıkarabilir.

**14. GİZLİLİK** Çalışma doktorun kişisel bilgilerini, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak kimlik bilgilerini gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, bilgilerini Etik Kurullar ya da Resmi Makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkın vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğin açıklanmayacaktır.

**Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**
Çalışma ile ilgili bir sorunun olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksinim duyduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geç.
ADI : Fatma Sibel Durak
GÖREVİ : Sorumlu Araştırmacı

## Ek-2 Sosyodemografik Veri formu

TARİH:

1. AD SOYAD:
2. YAŞ:
3. CİNSİYET: Kız Erkek
4. DOĞUM TARİHİ:
5. EV ADRESİ:

   ◯İL MERKEZİ ◯İLÇE ◯KÖY
6. BERABER YAŞADIĞI KİŞİLER

   a.çekirdek aile b.Geniş aile c. yurt/kurum d. üvey anne/baba
7. OKUL/SINIFI:
8. SINIF TEKRARI: ◯VAR ◯YOK
9. DAHA ÖNCE PSİKİYATRİ BAŞVURUSU: ◯VAR ◯YOK
10. VARSA TANISI:
11. İLAÇ KULLANIMI: ◯ yok ◯var (*belirtiniz)*
12. ANNE YAŞ:
13. ANNE EĞİTİM DURUMU: ◯okur-yazar değil ◯ilkokul mezunu ◯ortaokul mezunu
    ◯ lise mezunu ◯ üniversite / yüksekokul mezunu
14. ANNE MESLEK:
15. ANNEDE FİZİKSEL HASTALIK : ◯ yok ◯var (*belirtiniz)*
16. ANNEDE PSİKİYATRİK HASTALIK: ◯ yok ◯var (*belirtiniz)*
17. ANNEDE İLAÇ KULLANIMI:
18. BABA YAŞ:
19. BABA EĞİTİM DURUMU: : ◯okur-yazar değil ◯ilkokul mezunu ◯ortaokul mezunu
    ◯ lise mezunu ◯ üniversite / yüksekokul mezunu
20. BABA MESLEK:
21. BABADA FİZİKSEL HASTALIK : ◯ yok ◯ var (*belirtiniz)*
22. BABADA PSİKİYATRİK HASTALIK: ◯ yok ◯var (*belirtiniz)*
23. BABADA İLAÇ KULLANIMI:
24. ANNE-BABA: ◯ BİRLİKTE ◯AYRI ◯ÖLÜM:

25. AKRABA EVLİLİĞİ:

26. AİLENİN SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ *(AYLIK GELİR DÜZEYİ)*:

◯ 3000 TL'nin altı ◯3000-5999 TL arası ◯6000-8999 TL arası ◯9000 TL ve üzeri

27. KARDEŞ SAYISI/YAŞLARI /CİNSİYETLERİ:

28. KARDEŞ SIRASI:

29. KARDEŞLERDE PSİKİYATRİK BOZUKLUK: ◯ YOK ◯ VAR *(BELİRTİNİZ)*

30. KARDEŞLERDE TIBBİ HASTALIK: ◯ YOK ◯ VAR *(BELİRTİNİZ)*

31. GEBELİKTE İLAÇ/ALKOL/SİGARA KULLANIMI:

32. GEBELİKTE TIBBİ HASTALIK/ KOMPLİKASYON:

33. GEBELİKTE KÖTÜ ALIŞKANLIK ( ANNE VEYA BABA) :

34. GEBELİKTE RUHSAL SORUN:

35. DOĞUM ŞEKLİ: ◯ S/C ◯ NSVD ◯ VAKUM/FORSEPS

36. DOĞUM ZAMANI: ◯ TERM ◯ PRETERM ◯ POSTTERM

37. DOĞUM KİLOSU: BOYU:

38. KÜVEZ ÖYKÜSÜ / YOĞUN BAKIM ÖYKÜSÜ/SÜRESİ:

39. FOTOTERAPİ/KAN DEĞİŞİMİ/SARILIK ÖYKÜSÜ:

40. ASFİKSİ/MEKANYUM ASPİRASYONU :

41. ANNE SÜTÜ ALMA SÜRESİ/ MAMA :

42. YÜRÜMEYE BAŞLAMA ZAMANI:

43. İLK KELİME:

44. İLK CÜMLE:

45. TUVALET EĞİTİMİ:

46. OKUMA YAZMA ÖĞRENME ZAMANI:

47. OKUL ÖNCESİ EĞİTİM: ◯ VAR ◯ YOK

48. FİZİKSEL HASTALIK VARLIĞI:

49. ALERJİ/KAZA/OPERASYON:

**Ek-3 Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği**

## I-BÖLÜM
### A- DİKKATSİZLİK

| SORUN | SORUNUN DERECESİ Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
|---|---|---|---|---|
| 1) Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2) Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3) Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünüyor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4) Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5) Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6) Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi-ev ödevi) kaçınır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7) Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem,kitap,oyuncak araç-gereç gibi) kaybeder. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8) Dikkati kolayca dağılır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9) Günlük etkinliklerde unutkandır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı | ...../9 | | | |
| IA bölümünde alınan toplam puan | ...../27 | | | |

### B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK AŞIRI HAREKETLİLİK

| SORUN | SORUNUN DERECESİ Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
|---|---|---|---|---|
| 10) Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11) Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12) Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur y a da tırmanır. (Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13) Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14) Hep hareket halindedir ya da sanki motor takmış gibi davranış. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15) Çok konuşur. | 0 | 1 | 2 | 3 |

### DÜRTÜSELLİK

| SORUN | SORUNUN DERECESİ Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
|---|---|---|---|---|
| 16) Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17) Sırasını beklemekte güçlük çeker | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18) Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| IB bölümünde karşılanan ölçüt sayısı | ...../9 | | | |
| IB bölümünde alınan toplam puan | ...../...../27 | | | |
| IA ve IB bölümünde karşılanan toplam ölçüt sayısı | ...../...../18 | | | |
| Bölüm IA ve IB' nin toplam puanı | ...../ | | | |

## II-BÖLÜM

| SORUN | | SORUNUN DERECESİ Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
|---|---|---|---|---|---|
| 19) | Kontrolünü kaybeder. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20) | Erişkinlerle tartışır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21) | Kurallar ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22) | Başkalarını isteyerek rahatsız eder. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23) | Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24) | Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25) | Kızgın ve güceniktir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26) | Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | II.Bölümde karşılaşılan ölçüt sayısı | ...../18 | | | |
| | II.Bölümden alınan toplam puan | ...../24 | | | |

## III-BÖLÜM

### A- İNSANLARA VE HAYVANLARA KARŞI SALDIRGANLIK

| SORUN | | SORUNUN DERECESİ Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
|---|---|---|---|---|---|
| 27) | Kabalık eder, tehdit eder ya da göz dağı verir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28) | Kavga dövüş başlatır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29) | Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah (sopa,taş,kırık şişe,bıçak,tabanca v.b) kullanır | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30) | İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31) | Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32) | Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla Soygun,çanta kapıp kaçmak,tehdir ile soyma,silahlı soygun) yapar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33) | Başka birisine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar | 0 | 1 | 2 | 3 |

### B- MALA ZARAR VERME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 34) | Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35) | Başkalarının malına mülküne ciddi zarar verir (yangın çıkarma dışında) | 0 | 1 | 2 | 3 |

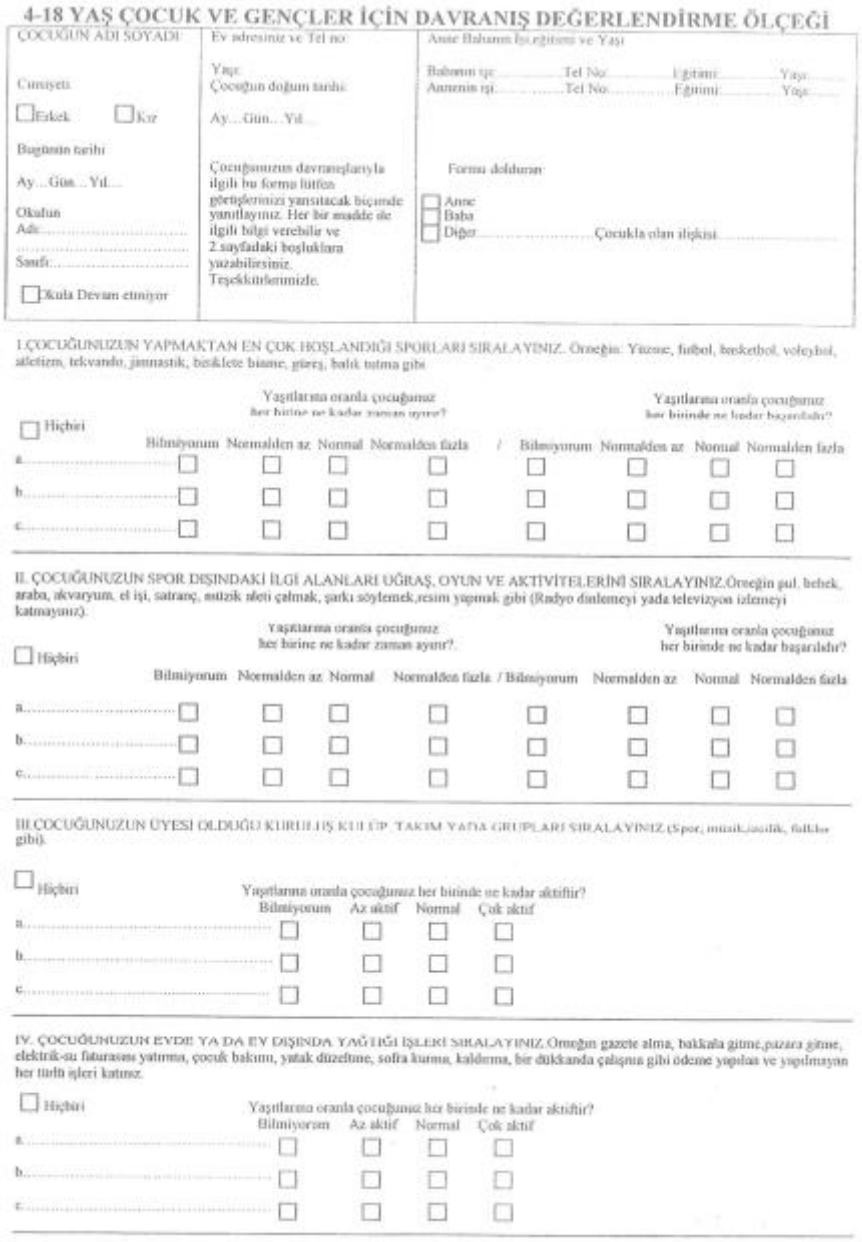
### C- DOLANDIRILICIK YA DA HIRSIZLIK

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 36) | Başkalarının evine,binasına ya da aracına zorla girme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37) | Bir şey elde etmek,bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler(başkalarını atlatır) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38) | Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar. (mağazalardan mal çalma,sahtekarlık) | 0 | 1 | 2 | 3 |

### D- KURALLARI CİDDİ BİÇİMDE BOZMA

| SORUN | | SORUNUN DERECESİ Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
|---|---|---|---|---|---|
| 39) | 13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40) | Anne-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kere evden kaçmış olma (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41) | 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | III.Bölümde karşılaşılan toplam ölçüt sayısı | ...../15 | | | |
| | III.Bölümden alınan toplam puan | ...../45 | | | |
| | I.II.III.Bölümde karşılaşılan toplam ölçüt sayısı | ...../41 | | | |
| | Her üç bölümde alınan toplam puan | ...../123 | | | |

**Ek-4 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List = CBCL)**



4-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUĞUN ADI SOYADI:

Cinsiyeti:
☐ Erkek ☐ Kız

Bugünün tarihi
Ay…Gün…Yıl…

Okulun
Adı:……
……
Sınıfı:……
☐ Okula Devam etmiyor

Ev adresiniz ve Tel no:

Yaşı:
Çocuğun doğum tarihi:

Ay…Gün…Yıl…

Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2.sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkürlerimizle.

Anne Babanın İş,eğitimi ve Yaşı

Babanın işi……Tel No:……Eğitimi:……Yaşı:……
Annenin işi……Tel No:……Eğitimi:……Yaşı:……

Formu dolduran:

☐ Anne
☐ Baba
☐ Diğer……Çocukla olan ilişkisi……

I.ÇOCUĞUNUZUN YAPMAKTAN EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi

☐ Hiçbiri

| | Yaştlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır? | | | | | Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır? | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bilmiyorum | Normalden az | Normal | Normalden fazla | / Bilmiyorum | Normalden az | Normal | Normalden fazla |
| a.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI UĞRAŞ, OYUN VE AKTİVİTELERİNİ SIRALAYINIZ.Örneğin pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, satranç, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek,resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi yada televizyon izlemeyi katmayınız).

☐ Hiçbiri

| | Yaştlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır? | | | | | Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır? | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bilmiyorum | Normalden az | Normal | Normalden fazla | / Bilmiyorum | Normalden az | Normal | Normalden fazla |
| a.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

III.ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KURUMLAŞ KULÜP TAKIM YATIA GRUPLARI SIRALAYINIZ.(Spor, müzik,sosdk, fulkler gibi).

☐ Hiçbiri

| | Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir? | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Bilmiyorum | Az aktif | Normal | Çok aktif |
| a.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

IV. ÇOCUĞUNUZUN EVDE YA DA EV DIŞINDA YAĞ TIĞI İŞLERİ SIRALAYINIZ.Örneğin gazete alma, bakkala gitme,pazara gitme, elektrik-su faturasını yatırma, çocuk bakımı, yatak düzeltme, sofra kurma, kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan her türlü işleri katınız.

☐ Hiçbiri

| | Yaştlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir? | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Bilmiyorum | Az aktif | Normal | Çok aktif |
| a.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c.…… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

V-1.ÇOCUĞUNUZUN YAKLAŞIK OLARAK KAÇ TANE YAKIN ARKADAŞI VARDIR? (Kardeşlerini katmayınız)

| Hiç yok | 1 | 2 ya da 3 | 4 ya da fazla |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

2-ÇOCUĞUNUZ OKUL DIŞI ZAMANLARDA HAFTADA KAÇ KEZ ARKADAŞLARIYLA BİRLİKTE OLUR?(Kardeşleri katmayınız)

| Hiç yok | 1 | 2 ya da 3 | 4 ya da fazla |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

VI.YAŞITLARINA ORANLA ÇOCUĞUNUZUN;

| | Kötü | Normal sayılır | Oldukça iyidir | Kardeşi yoktur |
|---|---|---|---|---|
| a.Kardeşleriyle arası nasıldır? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b.Diğer çocuklarla arası nasıldır? | ☐ | ☐ | ☐ | |
| c.Ana babasına karşı davranışı nasıldır? | ☐ | ☐ | ☐ | |
| d.Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır? | ☐ | ☐ | ☐ | |

VII.ÇOCUĞUNUZUN OKUL BAŞARISI NASILDIR? ( 6 yaş ve yukarısı için)Çocuğunuz eğer okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz.....

| | Başarısız | Orta | Başarılı | Çok başarılı |
|---|---|---|---|---|
| a.Okuma, yazma, Türkçe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b.Hayat Bilgisi , Sosyal Bilgiler | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c.Aritmetik | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d.Fen Bilgisi | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Diğer derslerde nasıldır? Örneğin:Yabancı dil, bilgisayar (Beden Eğitimi, resim ve müziği katmayınız) | | | | |
| e..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| f..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| g..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

2.ÇOCUĞUNUZ ALT ÖZEL SINIF YA DA BİR ÖZEL EĞİTİM KURUMDA OKUYOR MU?

☐ Hayır ☐ Evet-Ne tür bir sınıf ya da okul?.....

3.ÇOCUĞUNUZ HİÇ SINIFTA KALDI MI?

☐ Hayır ☐ Evet-Kaçıncı sınıfta ve nedeni.....

4. ÇOCUĞUNUZUN OKULDA DERS YA DA DERS DIŞI SORUNLARI OLDU MU?

☐ Hayır ☐ Evet-açıklayınız.....
Bu sorunlar ne zaman başladı?.....
Sorunlar bitti mi?

☐ Hayır ☐ Evet-ne zaman.....

5.ÇOCUĞUNUZUN HERHANGİ BİR HASTALIĞI,FİZİKSEL RAHATSIZLIĞI YA DA ZİHİNSEL ÖZÜRÜ VAR MIDIR?

☐ Hayır ☐ Evet-açıklayınız.....

6.ÇOCUĞUNUZUN SİZİ EN ÇOK ÜZEN, KAYGILANDIRAN ÖZELLİKLERİ NELERDİR?

.....
.....7

7.ÇOCUĞUNUZUN EN BEĞENDİĞİNİZ ÖZELLİKLERİNİ BELİRTİNİZ

.....
.....

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğumuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğumuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0, saydırını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0 Doğru değil (bildiğiniz kadarıyla) 1 Bazen ya da biraz doğru 2 Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2 1.Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranıyor

0 1 2 2. Alerjisi vardır (Yeme,koklama ile,tozlu bir yerde bulunmakta kaşıntı, döküntü, göz yaşarması ve olması).....

0 1 2 3. Çok tartışır

0 1 2 4. Astımı (nefes darlığı) vardır

0 1 2 5. Karşı cinsten biri gibi davranır

0 1 2 6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar

0 1 2 7. Övünür, yüksekten atar, hava yapar

0 1 2 8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz

0 1 2 9. Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız).....

0 1 2 10. Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir

0 1 2 11. Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır

0 1 2 12. Yalnızlıktan yakınır

0 1 2 13. Kafası karışıktır, şaşkın görünür

0 1 2 14. Çok ağlar

0 1 2 15. Hayvanlara eziyet eder

0 1 2 16. Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır

0 1 2 17. Hayale dalıp gider, kendini unutur

0 1 2 18. Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur

0 1 2 19. Hep dikkat çekmek ister

0 1 2 20. Eşyalarına zarar verir

0 1 2 21. Ailesine ait ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir

0 1 2 22. Evde söz dinlemez

0 1 2 23. Okulda söz dinlemez

0 1 2 24. Iştahsızdır, az yemek yer

0 1 2 25. Diğer çocuklarla geçinemez

0 1 2 26. Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez

0 1 2 27. Genellikle kıskançtır

0 1 2 28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer(kum, kil, kalem,silgi gibi)(açıklayınız).....

0 1 2 29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız).....

0 1 2 30. Okulu gitmekten korkar

0 1 2 31. Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar

0 1 2 32. Mükemmel olmasının gerektiğine inanır

0 1 2 33 Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bunları yakınır

0 1 2 34 Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür

0 1 2 35 Kendini değersiz hisseder

0 1 2 36 Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz

0 1 2 37 Çok kavga dövüş eder

0 1 2 38 Onunla çok alay edilir ((Arkadaşları onunla çok alay eder)

0 1 2 39 Başı belada olan kişilerle dolaşır

0 1 2 40 Olmayan sesler işitir (açıklayınız).....

0 1 2 41 Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)

0 1 2 42 Başkalarıyla beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder

0 1 2 43 Yalan söyler ve bile yapar

0 1 2 44 Tırnaklarını yer

0 1 2 45 Sinirli ve gergindir

0 1 2 46 Kas seğirmeleri, tikleri vardır.....

0 1 2 47 Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır

0 1 2 48 Diğer çocuklar tarafından sevilmez

0 1 2 49 Kabızlık çeker

0 1 2 50 Çok korkak ve kaygılıdır

0 1 2 51 Baş dönmesi vardır

0 1 2 52 Kendini çok suçlu hisseder

0 1 2 53 Aşırı yemek yer

0 1 2 54 Aşırı yorgundur

0 1 2 55 Çok kiloludur

56 Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır

0 1 2 a.Ağrılar, sızılar

0 1 2 b.Baş ağrıları

0 1 2 c.Bulantı, kusma hissi

0 1 2 d.Gözle ilgili şikayetler (açıklayınız):.....

0 1 2 e.Döküntüler ya da başka cilt sorunları

0 1 2 f. Mide-karın ağrısı

0 1 2 g. kusma

0 1 2 h. Diğer (açıklayınız).....

0:Doğru değil (bildiğiniz kadarıyla) 1.Bazen ya da biraz doğru 2.Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2 57.İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur

0 1 2 58.Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız):.....

0 1 2 59.Herkesin ortasında cinsel organlarıyla oynar

0 1 2 60.Cinsel organlarıyla çok fazla oynar

0 1 2 61.Okul başarısı düşüktür

0 1 2 62.Dengesiz ve sakardır

0 1 2 63.Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder

0 1 2 64.Kendinden küçük çocuklarla olmayı yı tercih eder

0 1 2 65.Konuşmayı reddeder

0 1 2 66.Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (Tanımlayınız):.....

.....

0 1 2 67.Evden kaçar

0 1 2 68.Çok bağırır ,çağırır

0 1 2 69.Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar

0 1 2 70.Olmayan şeyleri görür(Açıklayınız):.....

.....

0 1 2 71.Sokağın ve utangaçtır

0 1 2 72.Yangın çıkartır

0 1 2 73.Cinsel sorunları vardır (Açıklayınız).....

.....

0 1 2 74.Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar

0 1 2 75.Çekingen ve tutuktur

0 1 2 76.Çocukların çoğundan daha az uyur

0 1 2 77.Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (Açıklayınız).....

.....

0 1 2 78.Kukası ile oynar ya da etrafa bırakır

0 1 2 79.Konuşma güçlüğü vardır (Açıklayınız).....

.....

0 1 2 80.Boş gözlerle uzun uzun bakar

0 1 2 81.Evden çalmaları vardır

0 1 2 82.Evin dışında çalmaları vardır

0 1 2 83.İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir (Tanımlayınız).....

.....

0 1 2 84.Acayip, tuhaf davranışları vardır (açıklayınız).....

.....

0 1 2 85.Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız):.....

.....

0 1 2 86.İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.

0 1 2 87.Duygu durumunda ani değişiklikler olur

0 1 2 88.Çok sık küser

0 1 2 89.Şüphecidir

0 1 2 90.Kuflulu ve açık, saçık konuşur

0 1 2 91.Kendini öldürmekten söz eder

0 1 2 92.Uykuda yürür ve konuşur(açıklayınız).....

.....

0 1 2 93.Çok fazla konuşur

0 1 2 94.Başkalarıyla çok fazla dalga geçer , alay eder

0 1 2 95.Öfke nöbetleri vardır, çok fazla öfkelenir

0 1 2 96.Cinsel konuları fazlaca düşünür

0 1 2 97.İnsanları tehdit eder

0 1 2 98.Parmak emer

0 1 2 99.Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür

0 1 2 100.Uyku sorunu vardır.....

0 1 2 101.Okuldan kaçar, dersini asar

0 1 22 102.Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir

0 1 2 103.Mutsuz, üzgün, çöküntü ve bezgindir

0 1 2 104.Çok görgüsüzdür

0 1 2 105.Tıbbi amaç dışında alkol yada ilaç kullanır (açıklayınız):.....

.....

0 1 2 106.Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır.

0 1 2 107.Gündüz altını ıslatır

0 1 2 108.Yatağını ıslatır

0 1 2 109.Sızlanır, mızırdanır

0 1 2 110.Kavga etmeye istekli

0 1 2 111.İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez

0 1 2 112.Evlatlıdır, her şeyi dert edinir

113.Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa yazınız.

0 1 2 .....

.....

TÜM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ

*Son 6 aylık sürenin dışında yukarıda sözü edilen özellikler Çocuğun yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü?

☐ Hayır ☐ Evet.....

*Son bir yıl içinde çocuk ruh sağlığı kliniğine başvurdunuz mu?

☐ Hayır ☐ Evet.....

*Çocuğunuz Kur'an Kursu'na gitti mi? Halen gidiyor mu?

## Ek-5 Barkley Çocuk Dikkat Anketi

### Barkley Çocuk Dikkat Anketi

©Russell A. Barkley, Ph.D., 2013

Adı: Tarih:

Cinsiyet: Yaşı: Sınıfı:

Dolduran (Anne,Baba,Öğretmen)

Yönerge

Çocuğunuz aşağıda tanımlanan sıkıntıları ne kadar sıklıkla yaşamaktadır? Lütfen, SON 6 AYLIK DÖNEMİ göz önünde bulundurarak her madde için çocuğunuzun davranışını en iyi tanımladığını düşündüğünüz rakamı daire içine alınız. Eğer çocuğunuz herhangi bir psikiyatrik yada psikolojik rahatsızlıktan dolayı ilaç tedavisi görüyorsa, puanlama yaparken İLAÇ ÖNCESİ DÖNEMİ baz alarak değerlendiriniz.

| | Asla Ya da Nadiren | Bazen | Sık Sık | Çok Sık |
|---|---|---|---|---|
| 1 Hayale dalıp gider (Hayal kurmaya yatkınlık) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Uyanık kalmada ya da harekete geçmede zorlanır | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Zihni bulanıktır ve şaşkın görünür | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Boş gözlerle uzun uzun bakar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kafası karışıktır: dikkatini çevresinde olanlara odaklayamaz ve aklı başka yerde gibi görünür. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Diğerlerine oranla kolay yorulur, enerjik değildir | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Diğer çocuklara oranla hareketsizdir | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Yavaş hareket eder ya da uyuşuktur (durgundur) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Sorulan ya da yönergeleri diğerleri kadar çabuk ya da doğru bir şekilde anlamıyor gibi görünür | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Uykuludur ya da uykulu bir görünüme sahiptir | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. İlgisiz ya da çekingendir; diğerlerine kıyasla aktivitelere daha az katılır | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Kendi düşüncelerinde kaybolur | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Eğer maddelerin çoğunu 3 (sık sık) veya 4 (çok sık) olarak işaretlediyseniz, bu sıkıntıların kaç yaşında başladığını belirtiniz | | | | |
| **14. Eğer maddelerin çoğunu 3 (sık sık) veya 4 (çok sık) olarak seçtiyseniz, bu durumlardan herhangi biri çocuğunuzun aşağıdaki alanlardan herhangi birinde zorluk yaşamasına neden oldu mu?** | | | | |
| 14a. Ev yaşamı | Hayır | Evet | | |
| 14b. Arkadaş ilişkileri | Hayır | Evet | | |
| 14c. Okul | Hayır | Evet | | |
| 14d. Boş zaman etkinlikleri | Hayır | Evet | | |

## Ek-6 Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı : Tarih:

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.

2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.

3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.

2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.

3- İşlerim yolunda gidecek.

C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.

2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.

3- Herşeyi yanlış yaparım.

D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.

2- Bazı şeylerden hoşlanırım.

3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.

2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.

3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.

2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.

3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G) 1- Kendimden nefret ederim.

2- Kendimi beğenmem.

3- Kendimi beğenirim.

H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.

2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.

3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.

2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.

3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.

2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.

3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J) 1- Herşey her zaman beni sıkar.

2- Herşey sık sık beni sıkar.

3- Herşey arada sırada beni sıkar.

K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.

2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

L) 1- Herhangi birşey hakkında karar verememem.

2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.

3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.

M) 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.

2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.

3- Çirkinim.

N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için herzaman kendimi zorlarım.

2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.

3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.

2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.

3- Oldukça iyi uyurum.

Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.

2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.

3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.

2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.

3- Oldukça iyi yemek yerim.

R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.

2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.

2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.

3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.

2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.

3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T) 1- Birçok arkadaşım var.

2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.

3- Hiç arkadaşım yok.

U) 1- Okul başarım iyi.

2- Okul başarım eskisi kadar iyi değil.

3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V) 1- Kimse beni sevmez.

2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

3- Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.

2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.

2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.

3- İnsanlarla her zaman kavga ederim

## Ek-7 Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Bazen (%11-%35)** | | **Çoğu zaman (%66- %90)** | |
| **1** | **2** | | **3** | | **4** | **5** |
| **Hemen hemen hiç (%0-%10)** | | **Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)** | | | **Hemen hemen her zaman ( %91-%100)** | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | Ne hissettiğim konusunda netimdir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **2.** | Ne hissettiğimi dikkate alırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **3.** | Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **4.** | Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **5.** | Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **6.** | Ne hissettiğime dikkat ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **7.** | Ne hissettiğimi tam olarak bilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **8.** | Ne hissettiğimi önemserim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **9.** | Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **10.** | Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **11.** | Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **12.** | Kendimi kötü hissettiğim için utanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **13.** | Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **14.** | Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **15.** | Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **16.** | Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **17.** | Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **19.** | Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **20.** | Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **21.** | Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **22.** | Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **23.** | Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **24.** | Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **25.** | Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **26.** | Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **27.** | Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **28.** | Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **29.** | Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **30.** | Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **31.** | Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **32.** | Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **33.** | Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **34.** | Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **35.** | Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha ivi hissetmem zaman | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Ek-8 Duygu Ayarlama Ölçeği

| | Hiçbir zaman/ Nadiren | Bazen | Sık sık | Neredeyse her zaman |
|---|---|---|---|---|
| 1-Neşeli bir çocuktur. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2- Duygu hali çok değişkendir (Çocuğun duygu durumunu tahmin etmek zordur çünkü mutluyken kolayca üzgünleşebilir). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3- Yetişkinlerin arkadaşça ya da sıradan (nötr) yaklaşımlarına olumlu karşılık verir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4- Bir faaliyetten diğerine kolayca geçer; kızıp sinirlenmez, endişelenmez (kaygılanmaz), sıkıntı duymaz veya aşırı derecede heyecanlanmaz. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5- Üzüntüsünü veya sıkıntısını kolayca atlatabilir (örneğin, canını sıkan bir olay sonrasında uzun süre surat asmaz, endişeli veya üzgün durmaz). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6- Kolaylıkla hayal kırıklığına uğrayıp sinirlenir (huysuzlaşır, öfkelenir). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7- Yaşıtlarının arkadaşça ya da sıradan (nötr) yaklaşımlarına olumlu karşılık verir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8- Öfke patlamalarına, huysuzluk nöbetlerine eğilimlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9- Hoşuna giden bir şeye ulaşmak için bekleyebilir (örneğin, şeker almak için sırasını beklemesi gerektiğinde keyfi kaçmaz veya heyecanını kontrol edebilir). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10- Başkalarının sıkıntı hissetmesinden keyif duyar (örneğin, biri incindiğinde veya ceza aldığında güler; başkalarıyla alay etmekten zevk alır). | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11- Heyecanını kontrol edebilir (örneğin, çok hareketli oyunlarda kontrolünü kaybetmez veya uygun olmayan ortamlarda aşırı derecede heyecanlanmaz). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12- Mızmızdır ve yetişkinlerin eteğinin dibinden ayrılmaz. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13- Ortalığı karıştırarak çevresine zarar verebilecek enerji patlamaları ve taşkınlıklara eğilimlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14- Yetişkinlerin sınır koymalarına sinirlenir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15- Üzüldüğünü, kızıp öfkelendiğini veya korktuğunu söyleyebilir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16- Üzgün veya halsiz görünür. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17- Oyuna başkalarını katmaya çalışırken aşırı enerjik ve hareketlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18- Yüzü ifadesizdir; yüz ifadelerinden duyguları anlaşılmaz. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19- Yaşıtlarının arkadaşça ya da sıradan (nötr) yaklaşımlarına olumsuz karşılık verir (örneğin, kızgın bir ses tonuyla konuşabilir ya da ürkek davranabilir). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20- Düşünmeden ani tepkiler verir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21- Kendini başkalarının yerine koyarak onların duygularını anlar; başkaları üzgün ya da sıkıntılı olduğunda onlara ilgi gösterir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22- Başkalarını rahatsız edecek veya etrafa zarar verebilecek kadar aşırı enerjik, hareketli davranır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23- Yaşıtları ona saldırgan davranır ya da zorla işine karışırsa olumsuz duygular gösterir ( örneğin, kızgınlık, korku, öfke, sıkıntı). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24- Oyuna başkalarını katmaya çalışırken olumsuz duygular gösterir (örneğin, aşırı heyecan, kızgınlık, üzüntü). | 1 | 2 | 3 | 4 |

## Ek-9 Aile-Çocuk İlişkileri Ölçeği

| | BENİM İÇİN DOĞRU | | BENİM İÇİN DOĞRU DEĞİL | |
|---|---|---|---|---|
| | Hemen hemen her zaman doğru | Bazen Doğru | Nadiren Doğru | Hiçbir zaman doğru değil |
| 1. Ben çocuğum hakkında güzel şeyler söylerim. | | | | |
| 2. Çocuğum kötü davrandığında onu küçümseyerek azarlarım. | | | | |
| 3. Çocuğum sanki orada yokmuş gibi davranırım. | | | | |
| 4. Çocuğumu gerçekten sevip sevmediğimden şüphe ediyorum. | | | | |
| 5. Günlük yaşantımızı çocuğumla tartışır ve fikrini alırım. | | | | |
| 6. O beni dinlemediği zaman çocuğumu başkalarına şikayet ederim. | | | | |
| 7. Çocuğumla candan ilgilenirim. | | | | |
| 8. Çocuğumu arkadaşlarını eve getirmesi için cesaretlendiririm ve onların iyi vakit geçirmesine gayret ederim | | | | |
| 9. Çocuğumla alay ederim | | | | |
| 10. Beni rahatsız etmediği sürece çocuğumun varlığını bilmezlikten gelirim | | | | |
| 11. Kızgın olduğum zaman çocuğuma bağırırım | | | | |
| 12. Çocuğumun bana güvenip açılmasını kolaylaştırırım | | | | |
| 13. Çocuğuma sert davranırım | | | | |
| 14. Çocuğumun etrafımda olmasından hoşlanıyorum | | | | |
| 15. Çocuğum bir şeyi iyi yaptığında onun gurur duymasını sağlıyorum | | | | |
| 16. Hakketmediği zaman bile çocuğuma vururum | | | | |
| 17. Çocuğum için yapmam gereken şeyleri unutuyorum | | | | |
| 18. Çocuğumu başkalarına överim | | | | |
| 19. Kızgın olduğum zaman çocuğumu cezalandırırım | | | | |
| 20. Çocuğumla şefkat ve sevgi dolu konuşurum | | | | |

| | BENİM İÇİN DOĞRU | | BENİM İÇİN DOĞRU DEĞİL | |
|---|---|---|---|---|
| | Hemen hemen her zaman doğru | Bazen Doğru | Nadiren Doğru | Hiçbir zaman doğru değil |
| 21. Çocuğuma karşı sabırsızım | | | | |
| 22. Çocuğumun sorularına cevap veremeyecek kadar meşgulüm | | | | |
| 23. Çocuğuma içerliyorum | | | | |
| 24. Çocuğumu hakkettiği zaman överim | | | | |
| 25. Çocuğum sinirime dokunur | | | | |
| 26. Çocuğumun kimlerle arkadaşlık ettiği ile ilgilenirim | | | | |
| 27. Çocuğumun hayatındaki olaylarla gerçekten ilgilenirim | | | | |
| 28. Çocuğumla kırıcı konuşurum | | | | |
| 29. Çocuğum yardım istediği zaman anlamazlıktan gelirim | | | | |
| 30. Çocuğumun başı dertte olduğunda ona karşı anlayışsız davranırım | | | | |
| 31. Çocuğuma istenilen ve ihtiyaç duyulan bir kişi olduğunu hissettiririm | | | | |
| 32. Çocuğuma sinirime dokunduğunu söylerim | | | | |
| 33. Çocuğuma büyük özen gösteririm | | | | |
| 34. Çocuğum iyi davrandığı zaman onunla gurur duyduğumu söylerim | | | | |
| 35. Çocuğumun kalbini kırarım | | | | |
| 36. Çocuğumun hatırlamamı beklediği olayları unuturum | | | | |
| 37. Çocuğum yanlış hareket ettiği zaman onu artık sevmediğimi hissettiririm | | | | |
| 38. Çocuğuma yaptığı şeyin önemli olduğunu hissettiririm | | | | |
| 39. Çocuğum yanlış bir şey yaptığında onu tehdit ediyorum veya korkutuyorum | | | | |
| 40. Çocuğumla birlikte vakit geçirmekten hoşlanırım | | | | |

| | BENİM İÇİN DOĞRU | | BENİM İÇİN DOĞRU DEĞİL | |
|---|---|---|---|---|
| | **Hemen hemen her zaman doğru** | **Bazen Doğru** | **Nadiren Doğru** | **Hiçbir zaman doğru değil** |
| 41. Çocuğum üzüldüğü, tasalandığı veya korktuğu zaman ona yardım etmeye çalışırım | | | | |
| 42. Çocuğum kötü davrandığı zaman onu oyun arkadaşlarının yanında küçük düşürürüm | | | | |
| 43. Çocuğumun benimle beraber olmasından kaçınırım | | | | |
| 44. Çocuğumdan şikayet ederim | | | | |
| 45. Çocuğumun görüşlerine saygı duyarım ve açıkça söylemesi için onu cesaretlendiririm | | | | |
| 46. Çocuğumu olumsuz bir şekilde başka çocuklarla kıyaslarım | | | | |
| 47. Plan yaptığım zaman çocuğumu da göz önünde bulundururum | | | | |
| 48. Benim için uygun olmasa bile, çocuğumun önemli gördüğü şeyleri yapmasına izin veririm | | | | |
| 49. Çocuğum kötü davrandığında onu başka çocuklarla haksız bir şekilde kıyaslarım | | | | |
| 50. Çocuğuma istenmediğini hissettiririm | | | | |
| 51. Çocuğumun yaptığı şeylere ilgi duyuyorum | | | | |
| 52. Çocuğum kötü davrandığı zaman ondan utandığımı söylerim | | | | |
| 53. Çocuğuma onu sevdiğimi hissettiririm | | | | |
| 54. Çocuğuma nazik ve yumuşak davranırım | | | | |
| 55. Çocuğum yanlış davrandığında onu utandırmaya veya suçlu hissettirmeye çalışırım | | | | |
| 56. Çocuğumu mutlu etmeye çalışırım. | | | | |

Şimdi başa dönerek, boş bıraktığınız soruları cevaplayınız.

## Ek-10 Aile Değerlendirme Ölçeği

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır. | | | | |
| 31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz. | | | | |
| 32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir. | | | | |
| 33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız. | | | | |
| 34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz. | | | | |
| 35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır. | | | | |
| 36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız. | | | | |
| 37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksak ilgi gösteririz. | | | | |
| 38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz. | | | | |
| 39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır. | | | | |
| 40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız. | | | | |
| 41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur. | | | | |
| 42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir. | | | | |
| 43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür. | | | | |
| 44.Ailemizde hiçbir kural yoktur. | | | | |
| 45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir. | | | | |
| 46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz. | | | | |
| 47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz. | | | | |
| 48.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir. | | | | |
| 49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz. | | | | |
| 50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz. | | | | |
| 51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz. | | | | |
| 52.Sinirlenince birbirimize küseriz. | | | | |
| 53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez. | | | | |
| 54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz. | | | | |
| 55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir. | | | | |
| 56.Aile içinde birbirimize güveniriz. | | | | |
| 57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz. | | | | |
| 58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz. | | | | |
| 59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz. | | | | |
| 60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız. | | | | |

## Ek-11 Uyku Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki cümleler çocuğunuzun uyku alışkanlıklarını ve uykuyla ilişkili muhtemel zorluklarını içermektedir. Geçen haftayı düşünerek bu sorulara cevap veriniz. Eğer geçtiğimiz hafta bir nedenle (çocuğunuzun ateşli bir enfeksiyonu olmuş olabilir ve iyi uyuyamamış olabilir ya da örneğin taşınma ya da tadilat nedeniyle ev yaşantınızda düzen değişikliği yaşanmış olabilir) her zamanki yaşantı düzeninizden farklı geçti ise o zaman normal düzeninizde yaşadığınız en son haftayı düşünerek soruları yanıtlayınız.
Eğer bir durum haftada 5-7 kez oluyorsa GENELLİKLE, 2-4 kez oluyorsa BAZEN, 1 kez oluyor ya da hiç olmuyorsa NADİREN şeklinde cevap veriniz.

Yatma Zamanı

Çocuğunuzun yatış saatini yazınız: _____

| | 3 Genellikle (5-7) | 2 Bazen (2-4) | 1 Nadiren (0-1) |
|---|---|---|---|
| 1) Yatağa her gece aynı saatte gidér* | □ | □ | □ |
| 2) Yattıktan sonra 20 dakika içinde uykuya dalar* | □ | □ | □ |
| 3) Kendi başına yatağında uykuya dalar* | □ | □ | □ |
| 4) Anne-babasının ya da kardeşinin yatağında uykuya dalar | □ | □ | □ |
| 5) Uykuya dalarken anne-babasının odada olması gerekir | □ | □ | □ |
| 6) Yatma saatinde mücadele eder (ağlar, yatakta durmak istemez vs) | □ | □ | □ |
| 7) Karanlıkta uyumaktan korkar | □ | □ | □ |

Uyku Davranışı

Çocuğunuzun her günkü genel uyku miktarı:_____saat,_____dakika (gece uykusu ile gün içindeki uyku miktarının toplamı)

| | 3 Genellikle (5-7) | 2 Bazen (2-4) | 1 Nadiren (0-1) |
|---|---|---|---|
| 9) Çok az uyur | □ | □ | □ |
| 10) Yeterli miktarda uyur* | □ | □ | □ |
| 11) Her gün aynı miktarda uyur* | □ | □ | □ |
| 12) Gece yatağını ıslatır | □ | □ | □ |
| 13) Uykusunda konuşur | □ | □ | □ |
| 14) Uyku sırasında huzursuzdur ve çok hareket eder | □ | □ | □ |
| 15) Gece uykusunda yürür | □ | □ | □ |
| 16) Gece başkasının yatağına gider (anne-babasının, kardeşlerinin vs) | □ | □ | □ |
| 17) Uykuda diş gıcırdatır (diş hekimi de bunu size söylemiş olabilir) | □ | □ | □ |
| 18) Yüksek sesle horlar | □ | □ | □ |
| 19) Uyku sırasında sanki nefes alması duruyor gibidir | □ | □ | □ |
| 20) Uyku sırasında kesik kesik nefes alır, burnundan horultuyla nefes alıp verir | □ | □ | □ |
| 21) Ev dışında bir yerde uyumakta sorun yaşar (akrabalarda, ya da gezide) | □ | □ | □ |
| 22) Gece uykudan bağırarak uyanır terlemiştir | □ | □ | □ |

Gece Uykudan Uyanma

| | 3 Genellikle (5-7) | 2 Bazen (2-4) | 1 Nadiren (0-1) |
|---|---|---|---|
| 24) Uykuda bir kez uyanır | □ | □ | □ |
| 25) Uykuda bir kereden fazla uyanır | □ | □ | □ |

Gece uyandığında kaç dakika uyanık kaldığını yazınız: _____

Sabah Uykudan Kalkma/ Gündüz Uykululuk Hali

Sabahları genelde uyandığı saati yazınız: _____

| | 3 Genellikle (5-7) | 2 Bazen (2-4) | 1 Nadiren (0-1) |
|---|---|---|---|
| 26) Sabah kendiliğinden uyanır* | □ | □ | □ |
| 27) Keyifsiz bir şeklide uyanır | □ | □ | □ |
| 28) Çocuğu yetişkinler ya da kardeşleri uyandırır | □ | □ | □ |
| 29) Sabahları yataktan çıkmakta zorlanır | □ | □ | □ |
| 30) Sabahları uyanıp ayılması uzun zaman alır | □ | □ | □ |
| 31) Sabahları yorgun görünür | □ | □ | □ |

Aşağıda belirtilen durumlarda çok uykusu gelir ya da uyuyakalır:

1 2 3

## Ek-12 Etik Kurul Onayı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Konu:Karar hk/ 318

22.12.2022

**Sayın Doç. Dr. Fatma Sibel DURAK**

Kurulumuz tarafından 22.12.2022 tarihinde 789 protokol numarası ile görüşülen "**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu veya Yavaş Bilişsel Tempo Olan Olguların Emosyonel Labilite ve Aile İşleyişleri Açısından Değerlendirilmesi** " isimli araştırmanıza ilişkin kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

## Ek-13 Turnitin Orjinallik Raporu

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 03-Nis-2024 11:25 ÖÖ +03
NUMARA: 2338709284
Kelime Sayısı: 18643
Gönderildi: 1

tuğçem tez Tuğçem Şar tarafından

| Benzerlik Endeksi | Kaynağa göre Benzerlik | |
|---|---|---|
| %17 | Internet Sources: | %14 |
| | Yayınlar: | %10 |
| | Öğrenci Ödevleri: | %8 |