MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DUYGU REGÜLASYONU, EMPATİ VE OLUMLU SOSYAL DAVRANIŞ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

DR. HANİFE ÖZDEMİR

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2017

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DUYGU REGÜLASYONU, EMPATİ VE OLUMLU SOSYAL DAVRANIŞ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

DR. HANİFE ÖZDEMİR

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. ALİYE TUĞBA BAHADIR

İSTANBUL 2017

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimimize verdiği önemi ile hep yanımızda olan, bilgi ve deneyimlerini bizlerle özveriyle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Yankı Yazgan'a,

Asistanlığım boyunca yakın ilgi ve destegini esirgemeyen, enerjisi ve güler yüzü ile her zaman desteğini hissettiğim anabilim dalı başkanımız değerli hocam Prof.Dr. Ayşe Rodopman Arman'a

Titizliği ve gayreti ile yanımızda olduğu için ve tez çalışmama verdiği destek için sevgili tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Aliye Tuğba Bahadır'a,

Asistanlığım süresince her daim klinik bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, tecrübelerinden her zaman yararlandığım, meslek eğitimime çok büyük katkısı olan, sorunlarımızı içtenlikle dinleyen sevgili hocam Doç. Dr. Neşe Perdahlı Fiş'e,

Bilimsel araştırma deneyimleriyle hepimize örnek olup yol gösteren ve motivasyon sağlayan Prof.Dr. Osman Sabuncuoğlu'na,

Birlikte çalışma ve tanıma şansı bulduğum için çok şanslı hissettiğim, deneyimleriyle her konuda yardımcı olan, çalışma hevesi ve enerjisiyle takdir ettiğim sevgili ablam Doç. Dr. Ayşe Burcu Ayaz'a,

Her durumda müthiş özveriyle, pratik çözüm önerileriyle bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, tez çalışmamda yardımı ve desteğini asla unutmayacağım sevgili ablam Uzm. Dr. Funda Gümüştaş'a,

Asistanlığımın son dönemlerinde dinamik bakış açısıyla eğitimime büyük katkısı olduğunu hissettiğim sevgili Uzm. Dr.Veysi Çeri'ye,

Uzmanlarımız sevgili Uzm. Dr.Hatice Ünver ve Uzm. Dr. Ümmügülsüm Gündoğdu'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışma şansı yakaladığım ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Tezimdeki analizler ilgili yardımları için Ceyda Afacan'a ve Yard. Doç. Dr. Aliye Tuğba Bahadır'a,

Eğitim hayatım boyunca desteklerini hep hissettiğim kızı olmaktan gurur duyduğum Canım Babam, Annem ve canım kardeşlerim Tuğba, Havva ve Hamza'ya; rahmetle andığım dedem ve babaneme; güleryüzlü amcalarım ve halama,

Sevgiyle, sabırla ve özveriyle çocuklarımı yetiştirmeme yardımcı olan Niki'ye,

Hayatıma girdiğinden beri elimi hiç bırakmayan, sevgiyi, mutluluğu, zorlukları birlikte paylaştığım, harika bir eş ve baba olan hayat arkadaşım büyük bir aşkla sevdiğim eşim Fatih'e ve hayatımıza renk katan, yaşam enerjimi artıran bana çok şey öğreten çocuklarım canım oğullarım Eray ve Aras'a çok teşekkür ediyorum.

Dr.Hanife ÖZDEMİR

Aralık, 2017

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda duygu düzenleme güçlükleri, empati becerileri ve prososyal davranış seviyelerinin sağlıklı çocuklar ile karşılaştırılması ve DEHB olan çocuklarda duygu düzenleme, empati ve prososyal davranış seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran 8-12 yaşlar arasındaki DEHB nedeniyle daha önce hiç ilaç tedavisi almamış veya en az 6 aydır ilaç tedavisi kullanmayan 61 DEHB tanılı olgu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan 50 çocuk çalışmamıza dahil edilmiştir. Katılımcılar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması ile değerlendirildiler ve katılımcılara WISC-R testinin 4 alt testi uygulandı. Çocuklar Bryant Çocuklar İçin Empati Ölçeği'ni, KA-Sİ Empati Eğilim Ölçeği Çocuk Formu'nu; ebeveynleri Çocuk Prososyallik Ölçeği'ni (Anne, baba formu), Griffith Empati Değerlendirme Ölçeği Ebeveyn Formu'nu, Duygu Ayarlama Ölçeği'ni doldurdular.

Bulgular: DEHB grubunda kontrol grubuna göre Bryant Çocuklar İçin Empati Ölçeği ve Çocuk Prososyallik Ölçeği- Anne, Baba Formu toplam puanları ve KA-Sİ Empati Eğilim Ölçeği Çocuk Formu toplam ve alt ölçek puanları anlamlı olarak daha düşük; duygu ayarlama ölçeği toplam ve alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. DEHB grubunda Çocuk Prososyallik Ölçeği (Anne Formu) puanları üzerine etki eden faktörlerin çok değişkenli olarak lineer regresyon analizi yapıldığında, Duygu Ayarlama Ölçeği toplam puanı ve KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı ile Çocuk Prososyallik Ölçeği (Anne Formu) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB grubunda Çocuklar için KA-Sİ empati ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin çok değişkenli olarak farklı bir model ile lineer regresyon analizi yapıldığında; duygu ayarlama ölçeği toplam puanı ve prososyallik anne ölçeği puanı ile KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: DEHB grubunun kontrol grubuna göre duygu ayarlama güçlüklerinin daha fazla olduğu; empati seviyelerinin daha düşük olduğu; prososyal davranış seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda empati, duygu ayarlama ve prososyal davranış seviyeleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, duygu regülasyonu, empati, prososyal davranış

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to compare the emotional regulation difficulties, empathy skills, and prosocial behavior levels of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and healthy children, and investigation of the relationship between emotion regulation, empathy and prosocial behavior levels in children with ADHD.

Materials and methods: 61 children between ages 8-12 with ADHD who applied to the Marmara University Pendik Education and Research Hospital Child Psychiatry Outpatient Clinic and who have not received medication in the past or in the last six months due to ADHD and 50 healthy control children were included in the study. Participants were evaluated by Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version-Turkish Version and were implemented 4 subtests of WISC-R. Children completed the Bryant Empathy Scale for Children, KA-Sİ Empathy Tendency Scale Child Form; parents completed Emotion Regulation Checklist, Child Prosocial Behavior Scales (Mother and Father Form), Griffith Empathy Measurement Parent Rating Scale.

Results: Total scores of the Bryant Empathy Scale for Children and Child Prosocial Behavior Scales (Mother and Father Form) and total and subscale scores of the KA-Sİ Empathy Tendency Scale Child Form were significantly lower; total and subscale scores of the Emotion Regulation Checklist were significantly higher in the ADHD group when compared with the controls. When factors affecting Child Prosocial Behavior Scale (Mother Form) total score were assessed with multivariate linear regression analyses within the ADHD group, a significant relationship was found between Child Prosocial Behavior Scale (Mother Form) and both Emotion Regulation Checklist total score and KA-Sİ Empathy Tendency Scale Child Form total score. When factors affecting KA-Sİ Empathy Tendency Scale Child Form total score were assessed with multivariate linear regression analyses with a different model within the ADHD group, a significant relationship was found between KA-Sİ Empathy Tendency Scale Child Form total score and both Emotion Regulation Checklist total score and Child Prosocial Behavior Scale (Mother Form) total score.

Conclusion: Emotion regulation difficulties were higher; empathy levels and prosocial behavior levels were lower in the ADHD group when compared with the controls. Significant relationships were found between empathy, emotion regulation and prosocial behavior levels within the ADHD group.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, emotion regulation, empathy, prosocial behavior

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ iiii
ÖZET v
ABSTRACT viii
KISALTMALAR DİZİNİ xiii
TABLO LİSTESİ xiiii
ŞEKİL LİSTESİ xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu 3
2.1.1. Tarihçe, Tanı Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi 3
2.1.2. Epidemiyoloji 7
2.1.3.Etiyoloji 8
2. 1. 4. Klinik görünüm ve değerlendirme 13
2. 1. 5. DEHB olgularında Eş tanı ve ayırıcı tanı 14
2. 1. 6. TEDAVİ 17
2. 2. Duygu Ayarlama 18
2. 2.1. Duygu Düzenleme Tanımı ve önemi 18
2.2.2.DEHB ve Duygu Ayarlama 19
2.3.Empati: 20
2.3.1.Tanımı ve Önemi 20
2.3.2.Farklı yaklaşımlarda empati kavramı; 22
2.3.3.Empatinin nörobiyolojisi 23
2.3.4.DEHB ve Empati 23
2.4.Prososyal Davranış 24

3. GEREÇ ve YÖNTEM 26
3.1. Katılımcıların Seçimi 26
3.2. Çalışmaya Dahil edilme ve çıkarılma kriterleri: 27
3.3.Gereçler 29
3.3.1 Klinisyen tarafından uygulanan yarı-yapılandırılmış, yapılandırılmış görüşmeler ve testler 29
3.3.2. Ebeveyn tarafından doldurulan ölçekler 30
3.3.3. Çocuklar tarafından doldurulan ölçekler 34
3.3.4. Öğretmenler tarafından doldurulan ölçekler 37
4. BULGULAR 39
4. 1. Olgular ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri 39
4. 1. 1. Olguların demografik özellikleri 39
4.1.2. Olguların prenatal ve perinatal özellikleri ve gelişim basamakları . 40
4.1. 3. Olguların gelişim basamakları ve akademik özellikleri 40
4. 1. 4. DEHB grubunun güncel eş tanı mevcudiyeti 42
4. 2. 1. Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi .. 42
4.2.2. Psikiyatrik soygeçmiş özelliklerinin değerlendirilmesi 44
4.3. Klinik Değerlendirme, Testler ve Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi 45
4.3.1.DEHB olgularının güncel hastalık şiddetinin Klinik Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS) ile değerlendirilmesi 45
4.3.2. WISC-R alt test ve toplam puan değerlendirilmesi 45
4.3.3. Grupların CADÖ ve SNAP-IV DEHB için belirti değerlendirme anketi ebeveyn formu değerlendirilmesi 47
4.3.4. Grupların CÖDÖ ve SNAP-IV (öğretmen) DEHB için belirti değerlendirme anketi değerlendirilmesi 48

4.3.5.Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu Ölçeği verilerinin gruplara göre değerlendirilmesi 48

4.3.6.Grupların Duygu Ayarlama Ölçeği Ebeveyn formu alt ölçek ve toplam puanlarının değerlendirilmesi 49

4.3.7.Ebeveyn ve Olgular Tarafından Doldurulan Empati Ölçeklerinin Değerlendirilmesi..... 50

4.3.8.Çocuk Prososyallik Ölçeği; Anne, Baba ve Öğretmen Formlarının Değerlendirilmesi..... 51

4.4. DEHB olgularında duygu ayarlama, empati ve prososyal davranış puanlarının KOKGB eşlik etme durumuna göre değerlendirilmesi 52

4. 5. Duygu ayarlama, empati ve prososyallik ölçek puanlarında cinsiyet farklılıkları 53

4.6.Empati, Duygu ayarlama ve Prososyallik ölçeklerinin birbirleriyle korelasyonu 56

4.7. DEHB grubunda anne prososyallik ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi ……60

4.8. DEHB grubunda Çocuklar için KASİ empati ölçeği puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi……61

5. TARTIŞMA 62

6. SONUÇLAR 69

7. KAYNAKLAR 71

8. EKLER..... 92

KISALTMALAR DİZİNİ

CADÖ: Conners Aile Derecelendirme Ölçeği

CÖDÖ: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

ÇDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

DAÖ: Duygu Ayarlama Ölçeği

DAT 1: Dopamin Taşıyıcısı

DRD4: D4 dopamin reseptör geni

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

SD: Standart Sapma

SDQ: Strenghts and Difficulties Questionarie

SNAP: Swanson Nolan and Pelham Questionnaire (Dikkat Eksikliği ve Hperkativite Bozukluğu için belirti tarama anketi)

WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. DEHB ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması, el tercihi ve olguların kardeşleri arasındaki sırası 39

Tablo 2. Olguların prenatal ve perinatal özellikleri 40

Tablo 3. Olguların gelişim basamakları 41

Tablo 4. Olgularda yuva eğitimi, okuma yazma zamanı ve sınıf tekrarı varlığı 42

Tablo 5. DEHB grubunun eş tanı oranları 42

Tablo 6. Olguların ebeveynlerine ait demografik özellikler 43

Tablo 7. Anne, baba, kardeş ve akrabalarda psikiyatrik tanı varlığı 44

Tablo 8. DEHB grubu olgularında genel klinik değerlendirme ölçeği verileri 45

Tablo 9. WISC-R alt test ve toplam puanları 46

Tablo 10. DEHB ve kontrol grubunda, CADÖ ve SNAP-IV aile belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları 47

Tablo 11. DEHB grubu olguları, CÖDÖ ve SNAP-IV öğretmen belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları 48

Tablo 12. Güçler güçlükler anketi ebeveyn formu verilerinin gruplara göre değerlendirilmesi 49

Tablo 13. Duygu Ayarlama Ölçeği Formu 50

Tablo 14. Ebeveyn ve olgular tarafından doldurulan empati ölçek puanları ... 51

Tablo 15. Çocuklar için prososyallik ölçekleri anne, baba ve öğretmen formu toplam puan ortalamaları 51

Tablo 16. KOKGB eşlik eden ve etmeyen DEHB alt gruplarında Griffith empati, çocuklar için empati, KASİ empati, çocuk prososyallik ölçeği öğretmen ve duygu ayarlama ölçek puanları 52

Tablo 17. Cinsiyet gruplarına göre empati, prososyallik ve duygu ayarlama puanlarının karşılaştırılması 55

Tablo 18. DEHB grubunda prososyallik anne, baba ve öğretmen ölçeklerinin birbirleri arasındaki korelasyonu 56

Tablo 19. DEHB grubunda prososyallik anne, Bryant empati, KA-Sİ toplam, Griffith empati, Duygu ayarlama toplam puanı ve GGA akran sorunları ile sosyal davranışlar puanları arasındaki korelasyon 58

Tablo 20. DEHB grubunda GGA toplam puanı, duygu ayarlama toplam puanı, ebeveyn SNAP toplam puanı ve Coaile toplam puanı arasındaki korelasyon 60

Tablo 21. DEHB grubunda anne prososyallik ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi 60

Tablo 22. DEHB grubunda Çocuklar için KASİ empati ölçeği puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi 61

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Gruplar arasında WISC-R toplam puanlarının karşılaştırılması 46

Şekil 2. Grupların CADÖ ve SNAP-IV aile belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları 47

Şekil 3. DEHB ve kontrol grubunda GGA Ebeveyn Formu toplam puan ve alt bölüm puanları ortalamalarının dağılımı..... 49

Şekil 4. Gruplara göre Bryant çocuklar için empati ölçeği toplam puanları 53

Şekil 5. Gruplara göre KASİ empati eğilimi ölçeği toplam puanı 54

Şekil 6. DEHB grubu içinde prososyallik anne ve baba ölçeklerinin birbirleri arasındaki korelasyonu. 57

Şekil 7. DEHB grubu içinde prososyallik anne ölçeği ve KASİ empati toplam puanı arasındaki korelasyonu 59

Şekil 8. DEHB grubu içinde prososyallik anne ölçeği ve duygu ayarlama toplam puanı arasındaki korelasyonu 59

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur. (APB, 2013). Çocukluk çağının en sık görülen bozukluklarından biridir ve yaklaşık olarak sıklığı %5 olarak bildirilmektedir (Polanczyk ve ark., 2007). DEHB tanılı olguların sosyal ilişkilerdeki bozuklukları aile, okul ve iş gibi birçok ortamda işlev kaybına neden olmaktadır (Shaw ve ark., 2012).

Duygu düzenleme güçlüğü duyguların fark edilememesi, duyguların kabul edilememesi, duruma uygun duygusal düzenleme stratejilerinin kullanılamaması, olumsuz duygular yaşanırken davranış ve dürtülerin kontrol edilememesi olarak tanımlanır (Gratz ve Roemer, 2004). Özellikle de Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) gibi komorbidite eşlik eden DEHB'li olgularda duygu düzenleme güçlükleri olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır (Ambrosini ve ark., 2013; Gratz ve Roemer, 2004). Kliniğe yansıyan halleri ise daha çok öfke, irritabilite ve agresyondur (Shaw ve ark., 2007).

Empati, kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve onun duygu, düşünce ve davranışlarını anlayabilmesidir (Sharma RM., 1992). DEHB olan çocuklarda empati becerilerinde eksiklikler olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır ancak DEHB tanısı olan çocuklarda empati becerileri ile ilgili eksiklikler daha çok komorbiditeler ve agresyon ile ilişkilendirilmekte ve agresyondan bağımsız DEHB olan çocukların empati yapma yeteneklerinin sağlıklı çocuklara göre ne düzeyde olduğu tam olarak bilinmemektedir (Marton ve ark., 2009). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada DEHB-Bileşik tip olan çocukların DEHB-Dikkat Eksikliği Baskın tipe göre bazı empati testlerinde daha kötü performans gösterdikleri bildirilmiş ve DEHB-Bileşik tip tanılı çocukların daha kötü akran ve sosyal ilişkileri empati becerilerindeki eksikliklere bağlanmıştır (Maoz ve ark., 2014). Empati ve teselli etme, paylaşma, yardım etme gibi prososyal davranışlar pozitif yönde ilişkilidir (Eisenberg ve ark., 2010). Dikkat ile ilgili problemlerin prosoyal davranışı etkilediği düşünülmektedir. Hay ve ark.(2010) çalışmasında klinik olarak anlamlı derecede

Davranım Bozukluğu (DB) ve DEHB belirtileri olan okul öncesi dönemdeki çocukların DEHB belirtileri kontrol edildikten sonra prososyal davranışları ve DB belirtileri arasında ilşki gösterilememiştir (Hay ve ark., 2010). Davranım problemleri ve agresyonu olan çocuklarda prososyal davrnışın negetif yönde etkilendiği görülmektedir (Tseng ve ark., 2012). Bazı çalışmalarda DEHB olan çocuklarda negatif yönde etkilenmiş prososyal davranışlar komorbiditelere bağlansa da DEHB olan çocuklarda hem empatiyi hem prososyal davranışı inceleyen çok az sayıda araştırma bulunmaktadır (Deschamps ve ark., 2015).

Vaka kontrol çalışma deseni ile tasarlanmış olan çalışmamızda aşağıda belirtilen hipotezlerin psikiyatik değerlendirme ölçekleri kullanılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1. DEHB grubunda kontrol grubuna göre duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olacağı varsayıldı.
2. DEHB grubunun empati becerilerinin daha düşük olacağı varsayıldı.
3. DEHB grubunun prososyal davranış seviyelerinin daha düşük olabileceği varsayıldı.
4. DEHB grubunda duygu düzenleme güçlükleri, empati becerileri ve prososyal arasında anlamlı ilişki olacağı varsayıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sağlıklı bireylere kıyasla dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerin şiddetli ve sık yaşanması durumudur ve çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından birisidir. Önemli derecede sosyal, akademik ve psikiyatrik sorunlara neden olmakta bu olumsuz etkiler yaşam boyu sürebilmektedir (Barkley R., 2004, Polanczyk ve ark., 2007).

Çocukluk çağında bu kadar sık görülen bir bozukluğun saptanması ve tedavi edilmesi bu yaş grubunda yaşanan sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğin arttırılması açısından da çok önem taşımaktadır (Ford ve ark., 2003).

2.1.1. Tarihçe, Tanı Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi

Dikkat eksikliği ilk kez Melchior Adam Weikard tarafından dile getirilmiştir. 1170 yılında yazdığı kitapta dikkat eksikliğinden bahsetmiştir. 1845'te Hoffman epilepsili

bir çocukta dikkat eksikliği olabileceğini söylemiştir (Gillberg 2014) (Mukaddes, 2015).

1902'de George Stıll bu çocukları hiperaktivite, dikkat eksikliği, öğrenme güçlükleri ve davranım problemleri olan çocuklar olarak tanımlamış ve bu sendromun etyolojisinde çevresel faktörler kadar genetik faktörlerin de rol oynayabileceğini söylemiştir. Tabloyu "moral kontrol defekti"(defects in moral kontrol) olarak tanımlamıştır (Stubbe, 2000).

Birinci dünya savaşı sonrasında influenza ensefaliti epidemisinde ensefalit geçiren çocuklarda aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ve davranım sorunları ortaya çıkınca bu durumun beyin zedelenmesi sonrası geliştiği düşünülüp "minimal beyin hasarı sendromu" terimi kullanıldı (Clements, 1966). 1937 yılında Bradley aşırı hareketlilik belirtilerinin amfetamin tedavisiyle gerilediğini gördükten sonra "minimal beyin disfonksiyonu" terimi kullanılmaya başlanmıştır (Clements, 1966). 1975 yılında Morison hiperaktif çocukların ebeveynlerinde de hiperaktivite, davranım problemleri bulunduğunu söylemiş ve bu yıllarda DEHB'nin kalıtımı ile ilgili çalışmalar yapılmıştır (Morrison ve Stewart, 1973).

DEHB resmi olarak ilk kez 1968 yılında yayınlanan "çocukluğun hiperkinetik reaksiyonu" tanısıyla DSM-II (Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı) 'de tanımlanmıştır. 1980 yılında yayınlanan DSM-III'de 'dikkat eksikliği' terimi kulanılmış hereketlilikle birlikte olup olmamasına göre alt gruplara ayrılmıştır. DSM-III'ün revize edilmiş formunda adına 'hiperaktivite' eklenerek ' dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu' adını almıştır (DSM-III-R) (APB., 1987).

DSM-IV'de DEHB 'Yıkıcı Davranış Bozuklukları' başlığı altında yer almaktadır. Tanı kriterleri dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki belirti kümesinden oluşur. Her belirti kümesinde 9 madde bulunmaktadır. Her belirti kümesinden 6 veya daha fazla belirti maddesinin olması durumunda DEHB tanısı konulmaktadır. Hiperaktivite/dürtüsellik kümesinden 6 ya da daha fazla belirtinin bulunması, dikkat eksikliği kümesinden 5 ya da daha az sayıda belirtinin olması durumunda hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin önde geldiği tip olarak tanımlanmaktadır. Dikkat eksikliği kümesinden 6 ya da daha fazla belirtinin pozitif olması, hiperaktivite/dürtüsellilk kümesinden 5 ya da daha az belirtinin pozitif olması

durumunda dikkat eksikliği baskın tip olarak tanımlanmaktadır. Belirtiler 7 yaşından önce başlamalı, 6 aydır mevcut olmalı, en az 2 veya daha fazla ortamda semptomlar olmalı, toplumsal veya mesleki/okul alanında işlevselliğini bozmalıdır (APB., 2001).

DSM-V'de DSM-IV'e göre yapılan en majör değişiklik belirtilerin 7 yaşından önce değil 12 yaşından önce başlaması gerekir şeklinde değiştirilmesidir. Daha önceden tüm tanı kriterleri karşılanmış olmakla birlikte, son 6 ay içinde belirtiler toplumsal, mesleki, okulla ilgili işlevsellik kaybına neden oluyor ancak tanı ölçütlerinden daha azı karşılanıyor ise tam olmayan yatışma gösteren şeklinde tanımlandı. Hafif-orta-ağır olarak derecelendirilmiştir. 17 yaş ve üstü için her kümeden 6 belirti değil de 5 belirtinin olması tanı için yeterli olarak kabul edilmştir (Amerikan Psikiyatri Birliği (APB), 2013).

DSM- V DEHB Tanı Kriterleri

A) Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süre giden bir dikkatsizlik ve /ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:
   1) Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı yada daha çok belirti en az altı ay sürmektedir.

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

      a) Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında yanlışlar yapar.
      b) Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
      c) Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
      d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okluda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz.
      e) Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.
      f) Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
      g) Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.
      h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
      i) Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkandır.
   2) Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve

toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.

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

a) Çoğu kez, kıpırdanır ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.
b) Çoğu kez, oturması beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
c) Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda , ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)
d) Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz.
e) Çoğu kez, " her an hareket halinde" dir, "motor takılmış" gibi davranır.
f) Çoğu kez aşırı konuşur.
g) Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
h) Çoğu kez sırasını bekleyemez.
i) Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B) On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik- dürtüsellik belirtisi olmuştur.
C) Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.
D) Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
E) Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

314.01 (F90.2) Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1(dikkatsizlik), hem de A2(aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır. Ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da isle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikteki bozulma "ağır olmayan" la "ağır" arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB ile ilgili epidemiyolojik araştırmalara bakıldığında DEHB sıklığı %1 ile %20 arasında değişen geniş bir aralıkta bulunmuştur (Polanczyk ve Rohde, 2007). Sonuçların bu kadar değişken olması çalışmaların metadoloji faklılıkları, kültürel ve genetik faktörler ile açıklanmaya çalışılmaktadır (Polanczyk ve Rohde, 2007). Amerikan Psikiyatri Birliği verilerine göre DEHB okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülmektedir (APB, 2013).

DEHB prevalansı erkeklerde kızlara göre 2,4 kat daha fazla bulunmuştur (Gershon J., 2002). Epidemiyolojik örneklemde erkek: kız oranı 3/1 iken klinik örneklemde 9/1 olark bulunmuştur. Bu klinik ve toplumsal örneklem arasındaki farklılık, erkeklerde hiperaktivite ve davranım sorunlarının daha fazla olmasının kliniğe başvuru oranını arttırmasıyla açıklanmıştır (Kooij J., 2010).

İlk tanımladığında çocukluk çağına özgü bir hastalık olduğu düşünülen DEHB'nin, yapılan uzunlamasına çalışmalar ışığında pek çok olguda erişkin yaşta da devam ettiği gösterilmiştir (Polanczyk ve Rohde, 2007). DEHB'nin ana belirtileri

yaşla birlikte azalma göstermesine rağmen, belli oranda devam ettiği ve bu DEHB belirtilerinin DEHB olgularında hayatın pek çok alanında kontrollere göre daha çok sorun yaşadıkları gösterilmiştir (Barkley ve ark., 2006; Wilens ve ark., 2004). DEHB hastalarının %60'ı erişkin yaşa geldiklerinde hala tanı ölçütlerini tam olarak karşılamakta veya kısmi iyileşme göstermekte iken, bir kısım hasta tam iyileşme göstermektedir (Faraone ve ark., 2006). Yaşla birlikte azalmanın en çok hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinde olduğu, bu azalmanın dikkat eksikliği ve işlevsellik alanlarında daha az belirgin olduğu gözlenmektedir (Biederman ve ark., 2000; Faraone ve ark., 2006). Erişkin DEHB epidemiyolojik çalışmalarının meta-analizinde oran %2.5 olarak tespit edilmiştir (Simon ve ark., 2009).

Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımız da ise Ercan ve ark. tarafından ilkokul öğrencilerinde 2. Sınıfta başlayarak önce tarama yapılmış sonra seçilen olgulara DSM-IV tanı ölçüleri kullanılarak, KSADS uygulanarak, öğretmen ve ebeveynden bilgi alınarak 4 yıl çocuklar değrlendirilmiştir. DEHB prevalansı ilk yıl için %13,38, ikinci yıl için %12,53, üçüncü yıl için %12,22 ve dördüncü yıl için %12,55 olarak bulunmuştur (Ercan ve ark., 2013).

2.1.3.Etiyoloji

DEHB çocuk psikiyatri alanında üzerinde en çalışılmış bozukluklardan birisi olmasına rağmen etyolojisi halen tam olarak anlaşılamamıştır. Genetik, çevresel ve biyolojik etkenlerin karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir.

2.1.3.1. Genetik etkenler

Aile, ikiz ve evlat edinen ebeveynlerle ilgili çalışmalar bize DEHB' nin genetiği ile ilgili bilgiler vermektedir. Bu çalışmalar DEHB'nin yüksek oranda (%60-90) kalıtımsal bir rahatsızlık olduğunu göstermektedir (Thapar ve ark., 2000). DEHB ile ilgili yaklaşık 20 ikiz çalışma incelenerek yapılan bir metanalizde DEHB'nin kalıtsallığı yaklaşık olarak %76 olark belirlenmiştir (Faraone ve ark., 2005).

DEHB olan çocukların ebeveynlerinde DEHB riskinin 2 ile 8 kat arasında arttığı ve kardeşleri için de aynı oranların geçerli olduğu bulunmuştur (Faraone ve Biederman, 2000).

DEHB'li bireyin birinci derece akrabalarında göreceli risk 5-9 kattır. Bir ebeveynde DEHB varsa çocuğun DEHB olma riski %57 oranındadır (Biederman ve ark., 1995).

Gen çalışmaları kapsamında DEHB riskini arttıran çeşitli genom değişiklikleri bulunmuş olup (Rutter ve ark., 2011), ancak bu değişiklikler genellikle toplumun %5'inden fazlasında görülen yaygın tek nükleotid poliformizmi (single nucleotid poliformizm-SNP) varyantlardır, ancak binlerce SNP birleştirildiğinde genetik risk skoru ile ilişkili sonuçlar elde edilmektedir (Hamshere ve ark., 2014). Kopya sayısı varyantları (Copy number variants-CNV) denilen ve < %1' den az görülen delesyon ve duplikasyonlar da DEHB riski ile ilişkili bulunmuştur. Bu değişikliklerin etki alanı daha geniştir; ancak daha nadir görülürler (Williams ve ark., 2010).

Frajil X, tuberoskleroz, 22q11 mikrodelesyonu ve Williams Sendromu gibi bazı nadir genetik sendromlarda DEHB veya DEHB benzeri özellikler genel toplumdan çok daha sık görülmektedir ve sıklıkla zeka geriliği eşlik etmektedir. (Owena ve Thapar, 2010).

Evlat edinme çalışmaları çevresel etkileri en aza indirgediğinden çok değerli çalışmalardır. DEHB tanılı çocukların biyolojik ebeveynlerinin evlat edinen ailelere göre daha yüksek oranda DEHB tanısı aldığı görülmüştür (Sprich ve ark., 2000).

DEHB ile ilgili yapılan moleküler genetik çalışmlarda birçok gen ile DEHB'nin anlamlı ilşkisi bulunmuştur. Özellikle de dopaminerjik sistem genleri olan DRD4 (D4 dopamin reseptör geni) ve DAT1 (dopamin taşıyıcı) genleri ile DEHB arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Bobb ve ark., 2006).

2. 1. 3. 2. Yapısal, nörofizyolojik ve nörokimyasal farklılıklar

DEHB tanılı olgularda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında gri cevher hacminin azldığı en belirgin azalmanın da sağ putamen ve globus pallıdus gibi bazal ganglıon yapılarında olduğu gözlenmiştir (Ellison ve ark., 2008).

Frontal lob; özellikle de prefrontal korteks DEHB patolojisinde oldukça önem arz eden bir bölgedir. Prefrontal bölgede hasarı olan çocuk ve yetişkinlerde sürekli dikkat, inhibisyon, duygu düzenlemesi, motivasyon, zaman organizasyonu becerilerinde bozukluk gözlenir (Fuster, 1997; Grattan ve Eslinger, 1997). Yetişkinlerin de dahil edildiği bir metanaliz çalışmasında en önemli dismorfolojinin sağ putamen, sağ globus pallıdus ve her iki kaudat nukleusta olduğu görülmüştür bu bulgular DEHB nöroanatomisinde striatumun önemli olduğunu göstermektedir.

DEHB' tanılı çocukların kontrollere özellikle de prefrontal bölgede olmak üzere en yüksek kortıkal kalınlığa geç ulaştığı görülmüştür. Prefrontol bölge dikkat ve organizasyon açısından önemli bir bölgedir (Shaw ve ark., 2007).

DEHB olan çocuklarda yapılan çalışmalarda prefrontal korteks, kaudat ve serebellum hacminin ve aktivitesinin azalmış olduğu gösterilmiştir (Arnsten ve Pliszka, 2011; Shaw ve ark., 2007).

Çalışmalarda DEHB tanılı hastaların birden fazla beyin bölgesinde dopamin reseptör yoğunluğunun sağlıklı kontrollerden daha az olduğu gösterilmiştir (Cortese, 2012; Fusar-Poli ve ark., 2012; Tripp ve Wickens, 2009). Ancak noradrenalin sisteminde azalmış reseptör yoğunluğu veya gen polimorfizmi henüz tespit edilmemiştir; bununla birlikte α2A işlevindeki bozulmanın dikkatte ve dürtü kontrolünde azalmaya ve hiperaktiviteye yol açtığı tespit edilmiştir (Arnsten ve Pliszka, 2011; Gizer ve ark., 2009). Bazı çalışmalarda da DEHB'de dopamin veya noradrenalin yolaklarında aşırı aktivite bulunmuştur (Pliszka S.R., 2005). Fakat bu durum henüz tam olarak bilinmemekle beraber prefrontal korteksin ideal çalışması için uygun bir dopamin/noradrenalin seviyesinin gerekli olduğu düşünülmektedir (Sharma ve Couture, 2014).

Merkezi ve otonomik sinir sistemi aktivitelerini; elektriksel aktivite, elektroensefalogram (EEG), deri iletkenliği, kalp hızı gibi parametreler ile ölçmeye çalışsan psiko-fizyolojik çalışmalar sonucunda DEHB ve kontrol grupları arasında tutarlı farklılıklar bulunamamıştır (Barkley R., 2014).

Beyin kan akımı ölçmeye yönelik yapılan Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) çalışmalarında tutarlı bir biçimde prefrontal alanda, özellikle

sağ frontal alanlarda, ve bu alanları subkortikal yapılara ve serebelluma bağlayan yolaklarda azalmış kan akımı saptanmıştır (Lou ve Bruhn, 1984, 1990; Lou ve ark., 1989; Sieg ve ark., 1995).

Beyin glukoz metabolizmasını inceleyen Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) çalışmalarında da erişkin DEHB hastalarında beyin glukoz metabolizmasında özellikle de frontal alanlarda sağlıklı kontrollere göre azalmış metabolizma saptanmıştır (Schweitzer ve ark., 2000; Zametkin ve ark., 1990); ancak çocuk ve ergenlerde sonuçlar çelişkili bulunmuştur (Ernst ve ark., 1997; Tannock, 1998; Zametkin ve ark., 1993).

Yapısal farklılıkları inceleyen Bilgisayarlı Tomografi (BT) çalışmalarında DEHB'li çocuklar ile sağlıklı kontroller arasında farklılık saptanmamaktadır (Rutter M., 2011).

2. 1. 3. 3. Çevresel risk faktörleri

DEHB etyolojisinden sadece genetik faktörlerin sorumlu olmadığını bilinmektedir. DEHB genetiği ile ilgili risk oranları verilirken çevresel faktörlerin genlerle olan etkileşimini unutmamak gerekir. Çevresel faktörlerin DEHB ile ilişkili varyansların yaklaşık %10-40 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Banerjee ve ark., 2007).

Çevresel toksinler ile ilgili yapılan çalışmalar vücuttaki artmış kurşun seviyelerinin DEHB belirtileri ile anlamlı ilişkisi olduğunu göstermiştir (Baloh ve ark., 1975; David, 1974; De la Burde ve Choate, 1975; Needleman ve ark., 1979; Needleman ve ark., 1990).

DEHB belirtileri ile ilişkisi saptanan bir diğer çevresel toksin, prenatal dönemde tütün ve alkol maruziyetidir (Banerjee ve ark., 2007; Williams ve Ross, 2007). Nikotinin beyin gelişimi ve davranışlar üzerine olumsuz etkisi gösterilmiş olmakla birlikte; DEHB ile arasında nedensellik ilişkisi henüz açık bir şekilde kurulamamıştır (Pauly ve Slotkin, 2008). Annenin gebelik boyunca sigara kullanımı çevresel veya epigenetik olarak çocukta DEHB belirtilerini arttırmaktadır (Langley ve ark., 2005). Çalışmalarda prenatal alkol maruziyetinin daha çok dikkat eksikliği belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Annenin gebelik boyunca aldığı alkolün

ortalama miktarından öte, tek seferde alınan yüksek oranda alkolün daha etkili olduğu saptanmıştır (Williams ve Ross, 2007). Prenatal esrar maruziyeti de özellikle dikkati sürdürmede güçlüklere neden olduğu gösterilmiştir (Fried ve Watkinson, 2001; Williams ve Ross, 2007). Yapılan geniş çaplı çalışmalarda travmatik beyin hasarının da sonraki iki sene içerisinde DEHB tanısı alma riskini arttırdığını (Max ve ark., 2005a, 2005b), travmadan önce DEHB tanısı alanların belirtilerinin şiddetlendiğini göstermiştir (Levin ve ark., 2007). Yukarıda bahsedilenler dışında cıva maruziyetinin, tarım ilaçlarının, bazı antikonvülzan ilaçların, tiroid hormonlarındaki dengesizliklerin de DEHB belirtileri ortaya çıkardığı bilinmektedir (Barkley, 2014).

Uzun dönem anne sütü alımının DEHB belirtilerini azalttığı, yürütücü işlevleri arttırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Julvez ve ark., 2007; Stadler ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda 3 aydan az anne sütü alımının çevresel risk etkeni olduğu saptanmıştır (Kadziela-Olech ve Piotrowska-Jastrzebska, 2005).

Prematüre doğum, annenin hamileyken sigara kullanımı, düşük doğum ağırlığı, perinatal tıbbı komplikasyonlar, annenin ilaç kullanımı gibi birçok neden DEHB'nin gelişiminde suçlanmaktadır. Son zamanlarda yapılan bir metaanaliz çalışmasında bu etkenler gözden geçirilmiş ve en güçlü kanıtların sadece ileri derecede prematurite ile ilgili olabileceği söylenmiştir (Sciberras ve ark., 2017).

2.1.3.4. Psikososyal Etkenler

Psikososyal etkenler yaşam kalitesi, tanı- tedavi ve eğitim kaynaklarına ulaşma, eş tanların gelişimi gibi konularda belirleyici rol oynar. Ancak zayıf ebeveynlik becerileri, modern yaşam tarzı, televizyon veya video oyunları ile fazla vakit geçirme, aile içi çatışmalar gibi psikososyal etkenlerin tek başına DEHB ortaya çıkardığını gösteren bir kanıt yoktur (Barkley R., 2014). Olumsuz ebeveynlik tutumlarının DEHB'ye eşlik eden KOKGB gelişimi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Televizyon izleme özellikleri ile DEHB ortaya çıkması arasında nedensellik ilişkisi kuran tutarlı çalışmalar mevcut değildir, ancak DEHB tanısı olan çocukların daha çok televizyon izlediği ve televizyon izlemekten daha çok keyif aldığı

bilinmektedir (Barkley ve ark., 2010; David Acevedo- Polakovich ve ark., 2007; Lingineni ve ark., 2012).

Aile bağlarının zayıflığı, ebeveyn psikopatolojisi, kaotik aile yapısı da DEHB'nin gelişiminde risk faktörü olark bilinmektedir.

Psikososyal etkenlerin DEHB gelişimine etkisi incelendiğinde, tek bir olumsuz koşulun varlığı değil, birden fazla olumsuz olayın birikimsel etkisinin önemli olduğu gösterilmiştir (Rutter ve ark., 1975).

2. 1. 4. Klinik görünüm ve değerlendirme

DEHB klinik bir tanıdır. Herhangi bir görüntüleme ve laboratuar tetkiki yoktur. Klinisyen değerlendirmesinde aile ve çocuk ile görüşme, psikiyatrik ve nörolojik muayene, davranış ölçekleri ve bilişsel testleri kullanır. Ebeveyn ve öğretmenler tarafından doldurulan davranış değerlendirme ölçekleri büyük önem taşır (Dereboy ve ark., 2007).

DEHB tanısı olan çocuklarda dikkat problemleri; dikkatini yeterli süre bir konu üzerinde toplayamama, dışarıdan gelen küçük uyaranlarla dikkatin dağılması, sıklıkla eşya kaybetme, sorumluluklarını unutma şeklinde oartaya çıkmaktadır. Acelecilik, düşünmeden hareket etme, söz kesme, sırasını bekleyememe davranışlar dürtüsellik alanındaki zorlukları gösterir. Çocuğun yaşıtlarına göre hareketli olması ve bu hareketliliğin ev, okul, arkadaş gibi ortamlarda işlevselliğini bozması durumunda hiperaktiviteden bahsedebiliriz.

DEHB olan kişilerin dikkat, dürtüsellik ve hiperaktivite alanlarında kronik olarak sorun yaşadıkları çevresindekiler tarafından genellikle gözlenir. Bu özellikler gelişimin erken zamanlarından itibaren başlamıştır, ve kişinin yaşına veya gelişimsel düzeyine uygun değildir. Belirtiler özellikle kişinin dikkatini verme kapasitesini zorlaması, hareketlerini kısıtlaması, dürtü kontrolü sağlaması veya davranışlarını kurallara veya zamana göre düzenlemesi gerektiği durumlarda belirgin olur (Barkley,

2014). DEHB tanılı olan bireylerde bir diğer belirti kümesi zayıf inhibisyon ve eşlik eden hiperaktivitedir (Willcutt ve ark., 2012). Klinik olarak, durumlara, yönergeleri sonuna kadar dinlemeden veya gerekliliklere yeterince önem vermeden hızlı yanıt verme ve dolayısıyla dürtüsel hatalar yapma görülür. Belirli durum veya davranışların olası olumsuz, yıkıcı veya tehlikeli sonuçlarını düşünmekte yetersizlikleri olabilir. Dürtüsellik ile ilgili klinik sonuçlar yürütücü işlevlerdeki yetersizliğin sonucu olarak değerlendirilmektedir (Olson ve ark., 1999).

Çocukluk çağında konulan DEHB tanısı ergenlikte %50-80, erişkinlikte ise %35-65 devam etmektedir (Barkley, 2004; Polanczyk ve Rohde, 2007; Willoughby, 2003). Yapılan bir çalışmada ergenlikte azalman hiperaktivite/dürtüsellik grubunda fazla saptanmış olup, DEHB tanılı ergenlerin çoğunda dikkat eksikliği belirtilerinin benzer şiddette devam ettiği tespit edilmiştir (Biederman ve ark., 2000).

Çocukluk çağında konan DEHB tanısı, ergenlikte tanının devam etmesinden bağımsız olarak düşük akademik başarı, eğitim sisteminden erken kopma, düşük mesleki kazanım görülür (Loe ve Feldman, 2007). Bu ergenler ayrıca antisosyal davranışlar, suça sürüklenme ve madde kötüye kullanımı açısından da risk altındadır (Langley ve ark., 2010).

Başka bir çalışmada ise DEHB olan bireylerde olmayanlara göre artmış mortalite oranı saptanmış olup kazalar ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Özellikle de KOKGB, DB ve madde kötüye kullanım eş tanılarının varlığı olanlarda daha yüksek mortalite oranları bulunmuştur (Dalsgaard ve ark., 2015).

2. 1. 5. DEHB olgularında Eş tanı ve ayırıcı tanı

Kliniğe başvuran DEHB tanılı olgularda %67-80 oranında eş tanı mevcudiyeti bulunmaktadır (Barkley ve ark., 2010). DEHB ile birlikte bulunabilen başlıca ruhsal durumlar; KOKGB ve DB gibi yıkıcı davranım bozuklukları, duygudurum ve kaygı bozukluları, madde kullanım bozuklukları, tik bozukluğu, zihinsel gerilik, otizm spektrum bozukluklarıdır. DEHB olan çocuklarda karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunun 10 kat, depresyonun 5 kat ve anksiyete

bozukluklarının 3 kat daha fazla görüldüğünü bilmekteyiz (Angold ve ark., 1999). DEHB tanılı çocuklarda özel öğrenme güçlüğü ve dile ait gelişimsel bozukluklar da daha sık görülmektedir (Pliszka ve ark., 1999).

DEHB'ye en sık eşlik eden ruhsal hastalıklar KOKGB (%45-84), Davranım Bozukluğu (%15-56), Anksiyete Bozuklukları (%25-50), Depresyon (%30), Yıkıcı Duygudurum Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk (%0-30), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (%5-6), tik bozuklukları (%10) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)'tur (Barkley R., 2014).

DEHB tanısı olan çocuklarda görülen duygu disregülasyonu sorunlarının bu çocuklarda KOKGB gelişiminde kısmi ama önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Russell A Barkley, 2014).DEHB'ye eşlik eden KOKGB özellikle de DB tanısı olan çocuklarda erişkin dönemde antisosyal davranış geliştirme olasılığı yüksek olup ve yine suça sürüklenme ve madde kötüye kullanımı da eşlik eden DB tanısı olan çocuklarda daha fazladır (August ve ark., 2006; Satterfield ark., 2007). DEHB ve depresyonun eş tanı olarak bulunması KOKGB/DB eş tanısı, olumsuz yaşam olayları ve ebeveynlerde depresyon öyküsü ile ilişkili bulunmuştur (Daviss W.B., 2008). DEHB tanısı olan bireylerde özellikle ergenlik döneminde depresyon eş tanısı intihar girişiminde bulunma oranlarını arttırmaktadır (Hurtig ve ark., 2012).

DEHB tanısı olan hastalarda anksiyete bozuklukları riski 2.1-4.3 kat daha fazladır (A. Angold ve ark., 1999). Genel pediatrik popülasyonda %6-20 oranında saptanan anksiyete bozuklukları, DEHB popülasyonunda %25-50 saptanmaktadır (Costello ve ark., 2004). Erişkin DEHB hastaları ile yapılan çalışmalarda da daha yüksek oranda anksiyete bozuklukları bildirilmektedir (Biederman ve ark., 1993). İrritabilite varlığı duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve reaktif agresyon için temel bir risk etkeni olabilir (Waschbusch ve Willoughby, 1998).

Bazı çalışmalarda DEHB tanılı çocuklarda topluma göre artmış bipolar bozukluk riski saptanmamaktadır (Brotman ve ark., 2006; Pataki ve Carlson, 2013). Ancak kimi çalışmalarda da DEHB tanısına sahip çocuklarda artmış bipolar bozukluk riski tespit edilmiştir. Diğer taraftan bipolar bozukluk tanılı çocuklarda ise DEHB görülme oranları oldukça yüksek olup %60'ın üzerindedi (Kowatch ve ark., 2005; Singh ve ark., 2006). DEHB ve bipolar bozukluğun birlikte olduğu durumlarda

duygudurum bozukluğunun tedavisi önceliklidir (Pataki ve Carlson, 2013; Pliszka, 2009).

DEHB tanısı olan çocukların küçük bir kısmında tik bozuklukları veya OKB varken, tik bozukluklarının %50-60'ında, OKB'nin %36-51'nde DEHB eş tanısı mevcuttur (Group M.C., 1999; Rothenberger ve ark., 2007). DEHB tek başına nikotin, alkol ve esrar kullanımı için risk etkenidir ve KOKGB/ DB eşlik etmesi bu riski daha da arttırmaktadır (Charach ve ark., 2011). Zihinsel yetersizliği olanlarda DEHB belirtilerinin görülme riski yüksek olup bu çocuklarda DEHB yaygınlığı %18-40 görülebilmektedir (Epstein ve ark., 1986; Pearson ve Aman, 1994). Eşlik eden zihinsel yetersizlik tanısı metilfenidat ilaç tedavisine daha düşük yanıt ile ilşkilendirilebilir (Handen ve Gilchrist, 2006).

DEHB tanısı olan çocuklarda %20-30 gibi artmış otizm spektrum bozukluğu belirtileri görülme riski varken, OSB tanısı olan çocukların %30-50'sinde eşlik eden DEHB tanısı mevcuttur (Rommelse ve ark., 2010). DSM 5'teki değişiklikle birlikte DEHB ile Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanılarının beraber konması mümkün olmuştur.

DEHB ile OSB'nin birlikte görüldüğü çocuklarda stimulan tedavinin etkili ve güvenli olduğu geniş ölçekli bir çalışma ile gösterilmiştir; ancak bu çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinde ilaç tedavisine yanıt yalnızca DEHB olan çocuklara göre daha düşüktür (Network R.U.P.P., 2005).

DEHB olan kızlarda daha çok internalizan bozukluklar eş tanısı olarak bulunurken erkek DEHB hastalarında ekstarnalizan bozukluklar daha çok eşlik etmektedir (Martel, 2013).

Erişkin DEHB hastalarında ise eşlik eden KOKGB ve DB daha çok antisosyal kişilik bozukluğuna evrilmektedir. Madde ve alkol kullanım oranları, suça bulaşma ve kaza geçirme oranları daha yüksek olarak bulunmuştur (Biederman, 2004). DEHB' ye eşlik eden tanıların saptanması, tedavinin belirlenmesi ve sürdürülmesinde büyük önem taşımaktadır.

DEHB'nin ayırıcı tanısında; anksiyete bozuklukları, majör depresyon ve bipolar bozukluk, duygudurum düzenleyememe bozukluğu gibi duygudurum bozuklukları, özel öğrenme güçlüğü, mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu,

davranım bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozukluğu bulunmaktadır (Hechtman, 2000).

2. 1. 6. TEDAVİ

DEHB tedavisi farmakolojik ve non farmakolojik olmak üzere iki türlüdür.

2. 1. 6. 1. Farmakolojik Tedavi

Amfetaminler ve metilfenidat grubu psikostimulan ilaçlar uzun yıllardır DEHB tedavisinde kullanılmaktadır. Metilfenidat DEHB' nin etyolojisinde de çok bahsedilen prefrontal korteks ve striatum bölgelerinde doğrudan dopamin ve noradrenalinin sinaptik alana salınımını arttırarak ve dolaylı olarak da bu monamin taşıyıcılarının inhibisyonu ile presinaptik bölgeden geri emilimlerini sağlayarak etki gösterdiği bilinmektedir (Findling ve ark., 2007).

Psikostımulanlar'ın dikkat süresinini arttırdığı, hereketlilik ve dürtüsel davranışların sıklığını azalttığı, KOKGB belirtilerini azalttığı, okul ve arkadaş uyumunu arttırdığı, akademik başarıyı arttırdığı birçok çalışmada kanıtlanmıştır (Hechtman, 2000). Psikostimulanlar olguların %70'ına yakın bir kısmunda etkili olmakta ancak %20'lik bir bölümde yeterli etki sağlanamaması ve yan etkiler nedeniyle tedaviye devam edilememektedir (Faraone ve Buitelaar, 2010).

En çok görülen yan etkiler iştahsızlık, uykusuzluk, karın ağrısı, baş ağrısı, nabız sayısında artış şeklindedir ve bu sık görülen yan etkiler düzenli kullanımla birlikte giderek azalmaktadır.

Atomoksetin DEHB tedavisinde giderek daha sık kullanılan ilaçlardan biridir olup atomoksetinin prefrontal kortekste norepinefrin transportunu inhibe ederek hem norepinefrin hem dopamin miktarını arttırarak etki gösterdiği bilinmektedir (Bymaster ve ark., 2002).

Atomoksetin ve psikostımulanlar dışında FDA tarafından DEHB tedavisinde onay verilmiş olan ilaçla; etki mekanizmaları benzer olan klonidin ve guanfasındır. Klonidinin etki büyüklüğünün guanfasine göre daha az olduğu söylenmekle birlikte ikisi de prefrontol kortekste a2 reseptör agonisti olup nörepinefrini taklit ederler (Childress A., 2017). İlaç tedavisinin yeterince etkili olmadığı durumlarda ebeveyn eğitimi ve DEHB tanısı olan çocuklarda okula yönelik düzenlemeler şeklinde psikososyal müdahaleler bulunmaktadır. İlaçla birlikte psikososyal müdahalelerin uygulandığı olgularda daha iyi cevaplar alınmaktadır.

2. 2. Duygu Ayarlama

2. 2.1. Duygu Düzenleme Tanımı ve önemi

TDK ruh bilim sözlüğünde duygu belirli nesne, olay veya kişilerin insanın iç dünyasında harekete geçirdiği izlenim şeklinde tanımlanmıştır.(TDK, RUHBİLİM)

Duygu ayarlamanın tanımıyla ilgili tam olarak bir uzlaşı sağlanılmış değildir. Birçok farklı tanımlama bulunmaktadır (Berking ve Wupperman, 2012; Cole ve ark., 2004). Thompsan 1994' de kişinin amacına yönelik olarak duygusal tepkilerinin, yoğunluk ve zamansal özellikleri başta olmak üzere izlenmesi, değerlendirilmesi ve kendine göre değiştirilmesinden sorumlu olan içsel ve dışşal süreçler olarak tanımlamışlardır (Thompson, 1994). Gross ise kişinin hangi duyguyu ne zaman ve nasıl yaşadığı ve ifade ettiğini etkişeyen süreçler olarak tanımlamıştır (Gross, 2002).

Duygu ayarlama yerine duygusal kontrol (*emotional control*), duygu yönetimi (*emotion management*), duygulanım kontrolü (*affect control*) şeklinde kullanımlar da bulunmaktadır. Duygu ayarlamanın bozuk olduğu durumlar da afektif instabilite

(*affective instability*), afektif dısregulasyon (*affective dysregulation*), emosyonel labilite (*emotional lability*) şeklinde kavramlar kullanılmaktadır.

Son zamanlarda pozitif duyguların düzenlenmesi ile ilgili çalışmalar yapılmış olsa da çalışmaların bir çoğu olumsuz duyguların kontrol altına alınmasına ilişkin stratejiler ve becerileri araştırmaktadır. Duygu ayarlamanın son kavramsallaştırımış halinde biçim yerine işlevin önemli olduğunu yani duyguları etkilemek amacı ile yapılan herhengi bir eylem duygu ayarlamanın bir örneği olarak kabul edilir (Naragon-Gainey ve ark., 2017).

Duygu düzenleme güçlüğü duyguların fark edilememesi, duyguların kabul edilememesi, duruma uygun duygusal düzenleme stratejilerinin kullanılamaması, olumsuz duygular yaşanırken davranış ve dürtülerin kontrol edilememesi olarak tanımlanır (Gratz ve Roemer, 2004). Duygu ayarlamadaki güçlükler kişinin topluma uyumunu, diğer insanlarla ilşkisini olumsuz yönde etkileyerek işlevselliğini ve hayat kalitesini azaltmaktadır (Gross ve Muñoz, 1995).

2.2.2.DEHB ve Duygu Ayarlama

DEHB tanılı çocuklar yürütücü işlevler (planlama, çalışma belleği, ortama uygun tepki geliştirebilme ev inhibisyon) yönünden eksiklikler yaşamaktadırlar. Duygu ayarlama becerisi yürtücü işlevlerin duygusal süreçlerini oluşturmakta ve DEHB tanısı olan çocukların bu süreçlerinde bozuklar olduğu bildirilmektedir.. DEHB'deki duygu düzenleme ile ilgili güçlükler sosyal ortama uyumsuz duygu reaksiyonları, hızlı ve kontrol edilemeyen duygu geçişleri, herhengi bir duygusal uyaran ile anormal şekilde dikkatin dağılması olark tanımlanabilir. Bu güçlüklerin kliniğe yansıyan halleri ise irritabilite, agresyon ve öfke atakları şeklindedir (Shaw ve ark., 2014).

DEHB öz-düzenleyememe bozuklarından biridir. özelllikle de bileşik tip DEHB tanılı belirgin derecede duygu ayarlamada sorun yaşarlar ve çok yoğun

olumlu ve olumsuz davranışlar gösterirler (Sjöwall ve ark., 2013; Stringaris ve Goodman, 2009).

5326 kişinin değerlendirildiği toplum bazlı bir araştırmada DEHB tanısına sahip çocuklarda duygusal labilite 10 kat daha fazla bulunmakla birlikte başta KOKGB olmak üzere eş tanıları olan DEHB tanılı çocuklarda duygusal labilite daha yüksek oranda bulunmuştur (Stringaris ve Goodman, 2009).

Duygu disregülasyonu sadece DEHB ile değil birçok psikopatoloji ile birlikte olabilir aynı zamanda duygu disregulasyonu olan çocukların zaman içinde bir psikopatoloji geliştirme riskleri çok daha fazladır. Hem DEHB tanısı olan hemde duygu disregulasyonu olan 79 çocuğun, DEHB tanısı mevcut olup da duygu disregulasyonu olmayan olgularla ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada 4 yıl sonra DEHB' ye duygu disregulasyonu eşlik eden olgularda psikiyatrik komorbidite, DEHB' nin kalıcılığı, işlevselliğin bozulması daha yüksek oranda bulunmuştur (Biederman ve ark., 2012).

2.3. Empati

2. 3. 1. Tanımı ve Önemi

Empati, Yunanca empathia kelimesinden köken almakta ve etimolojik olarak "em" ekinin karşılığı "..in içinde, içerde"; "pathia" ekinin karşılığı ise "hissetme" şeklinde ifade edilmektedir (Arkonaç, O 1999).

Empati kavramına tarihsel olarak baktığımızda ilk olarak 1897 yılında Theodor Lipps tarafından Almanca "Einfühlung" sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmıştır. Lipps, ''Einfühlung'' kelimesini şu şekilde tanımlamaktaydı: "Bir insanın kendisini karşısındaki bir nesneye yansıtması, kendini onun içinde hissetmesi

ve bu yolla o nesneyi içine alarak/özümseyerek anlaması sürecidir". Diğer bir ifadeyle Almanca'da empatiye karşılık kullanılan "Einfühlung" kelimesi, bir başkasının yerine geçebilme yetisi anlamına gelmektedir. İngilizce'de ise bu kavram "bir başkasının duygularını anlayabilme" şeklinde ifade edilebilmektedir.

Empati, kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve onun duygu, düşünce ve davranışlarını anlayabilmesidir(Sharma RM., 1992).

Dökmen ise empatiyi, bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve anlaşıldığını da karşısındaki kişiye ifade etmesi şeklinde tanımlamaktadır (Dökmen Ü., 2004) .

Kişinin karşısındaki kişi ile empati kurabilmesi için önce kendisi ile karşısındaki kişinin ayrımını bilişsel olarak yapabilmesi ve karşısındaki kişinin hangi duygu durumu içerisinde olduğunu bilişsel olarak ayırt edebilmesi gerekmektedir. (Hoffman, M.L. 1984).

Empatinin kaynağı tam olarak bilinmemekle (Decety J. ve ark., 2009) birlikte, empati kavramının kişilik yapısıyla ilişkili olduğu ve eğitim programlarıyla aktive edilebileceği düşünülmektedir.(Tavakol S. ve ark., 2012)

Empati, duygusal zekanın bir parçasıdır.(Yeşilyaprak B. 2001). Empatinin duygusal boyutu, karşıdaki kişinin yaşadığı duyguyu hissedebilme ve o kişinin duygusal durumuna en uygun tepkiyi verebilme anlamına da gelmektedir (De Wied, 2007).

Empatinin kişinin diğer bireylere yönelik agresyonu engellemek için önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. (Hoffman ML, 2003). Yapılan bazı çalışmalar agresif çocuklarda sağlıklı kontrollere göre empati becerilerinin daha düşük olduğu ve empati ile agresyonun negatif bir ilişkisi olduğunu göstermektedir (Eisenberg N., 1998).

2. 3. 2. Farklı yaklaşımlarda empati kavramı

S. Freud "Analistin kendi bilinçdışını, hastanın verici bilinçdışına karşı alıcı bir organa dönüştürmesi gerektiğini" belirtmiş ve empati sürecinin iki yönüne işaret etmiştir bunlar; serbest çağrışımların ortaya çıkması için, hastanın duygu ve düşüncelerini özgürce dışavuracağı bir ortam yaratmak ve hastanın bilinçdışına uyum sağlamaktır (Freud S., 1912). Fakat daha sonra, 1920 yılında ise empatinin tanımını "egomuza doğal olarak yabancı olan bir başka insanı anlamamızda en önemli kısmı oluşturan süreç" olarak ifade eden Freud, empati kavramını "özne ve nesne arasındaki bazı benzerliklerden temel alan özel bir özdeşim şekli" olarak değerlendirmiştir (Freud S., 1920).

Uzun süre aktif olarak psikanalizle uğraşan Sandor Ferenczi de empati konusunda en önemli isimlerden biri olarak kabul edilir. S. Ferenczi, nevrozların gelişimini ödipal çatışmalara değil erken çocukluk çağındaki empati yetersizliği deneyimlerine bağlamıştır (Ferenczi, (1933). Bu bağlamda geliştirmiş olduğu terapi yönteminin erişkinin içindeki çocuğa yönelik hoşgörülü, rahatlatıcı ve empatik iletişimin, güvene, savunmasızlığa, kendini keşfetmeye açık bir ortam yarattığı şeklinde yorumlanmıştır. (Rachman, A.W.M. (1988). Ferenczi'ye göre empatik iletişim analistin hastasıyla çocuk çocuğa konuşabilme kapasitesine bağlı olup, psikoterapi esnasında Freudyen yönteme göre daha az yorumcu ve çok daha fazla empatik olunması gerektiğini ifade etmiştir. Ferenczi, bir psikoterapistin her zaman empati kurma kuralını uygulaması gerektiğini, hatta yoğun bir şekilde antipati hissettiği hastalarda bile kendisini empatik anlama için zorlaması gerektiğini savunmuştur. (Ferenczi S., 1931)

Davranışçı-bilişsel terapilerde ise empati kavramı hasta ile terapist arasında iyi bir işbirliğinin kurulabilmesi ve gerekli müdahalelerde bulunulabilmesinde kullanılan yardımcı bir unsur olarak değerlendirilmiştir. (Gülseren, Ş, 2001).

Rogers tarafından geliştirilen danışan-merkezli (client-centered) psikoterapide empati, kuramın temelini oluşturur. Rogers'e göre empati, kişinin belirli bir duruma bağlı olarak karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru bir şekilde anlaması,

onun hissettiklerini hissetmesi ve bu durumu o kişiye iletmesi sürecidir. Rogers'ın bu empati anlayışı, bilişsel anlayışa ilave olarak duyuşsal anlayışı da kapsamaktadır (Rogers C.R., 1983).

2 .3 .3 .Empatinin nörobiyolojisi

Empatinin kökeni hakkında kesin ve tam doğru bir bilgi bulunmamakla birlikte, çağımızda gelişen görüntüleme yöntemleri sayesinde bu konuda birçok farklı çalışma yürütülmektedir (Krämer ve ark., 2010).

Empati ile ilgili yapılan nörobilim çalışmalarının birçoğu diğer insanlarda ağrının gözlemlenmesi ile açığa çıkan empatik yanıtın değerlendirilmesi esası ile yapılmıştır (Singer T., 2006) (Giummarra ve ark., 2015; Tait R.C., 2008).

2. 3. 4. DEHB ve Empati

Empati ve DEHB arasındaki iişkiyi araştıran ilk çalışmalardaDEHB tanılı çocuklarda empati becerilerinde eksiklikler olduğu söylenmiştir (Russell A Barkley, 2014; Braaten ve Rosén, 2000; Dyck ve ark., 2001). DEHB tanısı olan çocuklarda görülen davranışsal inhibisyonla ile ilgili eksikliklerin empatik becerileri negatif yönde etkilediğini söylemiştir. DEHB olan çocukların empatik becerilerindeki eksiklikler eşlik eden karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu ile ilişkilendirilmekte ve davranış problemlerinden bağımsız olarak DEHB tanılı çocukların da az empati gösterip göstermediği tam olarak bilinmemektedir (Marton ve ark., 2009). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada DEHB-Bileşik tip olan çocukların DEHB-Dikkat Eksikliği Baskın tipe göre bazı empati testlerinde daha kötü performans gösterdikleri bildirilmiş ve DEHB-Bileşik tip tanılı çocukların daha

kötü akran ve sosyal ilişkileri empati becerilerindeki eksikliklere bağlanmıştır (Maoz ve ark., 2014).

KOKGB bulunan DEHB olan çocuklar ile komorbiditesi olmayan DEHB tanılı çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada KOKGB bulunan DEHB tanılı çocuklarda empati becerilerinde eksikliklerinin daha fazla olduğu ve metilfenidat tedavisi ile iki grupta da empatik becerilerin arttığı gösterilmiştir (Golubchik ve Weizman, 2017).

Ülkemizde DEHB ve empati ilşkisini araştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. DEHB olan çocuklarla kontrol grubunun empati ve duygu tanıma becerileriin karşılaştırıldığı bir çalışmada empatik becerilerin kontrol grubuyla benzer olduğu ancak davranım problemlerinin empatik becerileri negatif yönde etkilediği görülmüştür. Yine bu çalışmada hastalar 12 haftalık metilfenidat tedavisinden sonra tekrar değerlendirilmiş ve hastalrın tedaviden sonra üzgün ve kızgın gibi negatif duyguları tanıma ve resimlerdeki hikayelere empatik yorum yapma yeteneklerinin arttığı görülmüştür (Gumustas ve ark., 2017).

2. 4. Prososyal Davranış

Empati başkalarına yardım etme, rahatlatma ve teseli etme gibi prososyal davranışlar ile pozitif yönde ilişkilidir (Eisenberg ve ark., 2010). Çalışmalarda yıkıcı davranış bozukluğu olan çocuklarda bilişsel empatiden ziyade afektif empatinin bozulduğunu ve yıkıcı ve agresif davranıışlar ile başkalarının üzüntü ve sıkıntısını paylaşma gibi prososyal davranışların negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Deschamps ve ark., 2015).

Toplum bazlı yapılan bir çalışmada davranım problemlari ile prosoyal davranışın negatif korele olduğu (Diamantopoulou ve ark., 2005) ve fiziksel agresyonun prososyal davranış akran formu ile korele olduğu görülmüştür (Tseng ve ark., 2012). Dikkat ile ilgili problemlerin prososyal davranışı etkilediği düşünülmektedir. Hay ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında klinik olarak anlamlı

derecede DB ve DEHB belirtileri olan okul öncesi dönemdeki çocukların DEHB belirtileri kontrol edildikten sonra prososyal davranışları ve DB belirtileri arasında ilişki gösterilememiştir (Hay ve ark., 2010) .

Davranım bozukluğu olan çocuklar ile davranım bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada üzüntülü ve sıkıntılı durumlara verdikleri empatik cevap ve prososyal davranışın davranım bozukluğu olan çocuklarda DEHB ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde bozulduğu görülmüştür. Davranım bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubunda kontrol grubuna göre prososyal davranışlarda bir farklılık olmadığı görülmüştür (Deschamps ve ark., 2015).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Katılımcıların Seçimi

Çalışma, İstanbul Anadolu yakasındaki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında hizmet veren ana merkezlerden biri olan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği' nde Mayıs 2016 ile Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma için yapılan etik kurul başvurusu, 01.04.2016 tarih ve 09.2016.270 protokol numarası ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek-1).

DEHB grubunu Mayıs 2016 ile Mayıs 2017 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği' nde ilk kez DSM-V' e göre DEHB tanısı alan ve/veya daha önce DEHB tanısı alıp, DEHB' ye yönelik son 6 aydır tedavi almamış 8-12 yaş arası ilköğretim çocuklarından oluşmuştur. Çalışmaya davet edilen aileler ve çocuklar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, yazılı onamları alınmıştır (Ek-3). Çalışmaya katılmaya onay veren, katılma ölçütlerine uygun 8-12 yaş arası ilk kez DEHB tanısı alan ve/veya DEHB tanısı konmuş son 6 aydır ilaç tedavisi almamış 61 çocuk DEHB grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu için çalışma yapılacak okulların belirlenmesinde Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği' ne başvuran DEHB grubuna benzer sosyodemografik profil göstereceği öngörülen okullar olmasına dikkat edilmiştir.

Kontrol grubunu oluşturmak amacıyla Pendik Maraşal Fevziçakmak ilkokulu, Pendik Sabahattin Zaim İmam Hatip Ortaokulu ve Kartal Hüseyin Saim Ekim Ortaokulu'ndan 8-12 yaşlar arası ebeveynlerine SDQ (Güçler Güçlükler Anketi), çocuklara ÇDÖ (Çocuklar için depresyon ölçeği) verilerek başta DEHB bulguları olmak üzere, depresif bozukluk vb psikopatoloji bulguları saptanmayan çocuklar ve aileleri çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya davet edilen çocuklar ve aileleri araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgilendirilerek, yazılı onam alınmıştır (Ek-3).

Kontrol grubu olguları ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik görüşme sonrası herhangi bir psikiyatrik tanı kriterini karşılamayan çocuklardan oluşturuldu

Çalışmaya katılmaya onay veren, katılma ölçütlerine uyan 8-12 yaşlar arası 50 öğrenci kontrol grubunu oluşturmuştur.

Görüşmelerde ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan hastalıkların değerlendirilmesi araştırmacının DSM-V ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile yapılmıştır. Araştırma protokolü tamamlandıktan sonra DEHB grubunun uygun tedavi ve takibinin yapılması sağlanmıştır.

3.2.Çalışmaya Dahil edilme ve çıkarılma kriterleri:

Çalışmaya katılma kriterleri DEHB grubu için çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, DEHB tanısı almış olmak bu tanıyla ilgili son 6 aydır ilaç kullanmamış olmak ve 8-12 yaşlar arasındaki olmak olarak belirlenirken kontrol grubu için ise çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, yaş ve cinsiyet açısından DEHB grubu ile eşleştirilmiş olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri ise DEHB grubu için: Güncel durumda duygudurum bozukluğu tanısı almış olmak, geçmişte ve güncel durumda davranım bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, mental retardasyon (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olanlar) tanısı almış olmak tıbbi öyküde epilepsi veya başka nörolojik hastalık hikayesi olmak, kronik ve ciddi tıbbi hastalığı olmak ve Kafa travması öyküsü olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri Kontrol grubu için ise güncel durumda herhangi bir psikiyatrik bozukluğun tanı kriterlerini karşılıyor olmak geçmişte davranım bozukluğu, psikoz, duygudurum bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almış olmak, Mental retardasyon (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olanlar) tanısı almış olmak, tıbbi öyküde epilepsi veya başka nörolojik hastalık hikayesinin olması, kronik ve ciddi tıbbi hastalığı olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan DEHB ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri, bu çalışma için tasarlanan sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir.

Genel psikiyatrik değerlendirme ve muhtemel psikiyatrik tanıların saptanması için çocuk ve ergenlerle yarı-yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Bu değerlendirme için Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi Ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu (K-SADS-PL, Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version) kullanılmıştır.

3.3.Gereçler

3.3.1 Klinisyen tarafından uygulanan yarı-yapılandırılmış, yapılandırılmış görüşmeler ve testler

3.3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-4)

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri bu araştırma için oluşturulan yarı-yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir.

Sosyodemografik bilgi formunda katılımcıya ait yaş, cinsiyet, sınıfı, ebeveynlerin yaşı ve eğitim düzeyleri, önceki psikiyatrik tanı ve tedavi olma durumu, birliktelik durumları, işleri, akrabalık olup olmama durumu ile ilgili bilgilerin yanı sıra kardeş sayısı, kardeşlerinde psikiyatrik problem olup olmama durumu, doğum ağırlığı doğum şekli, doğum haftası, perinatal komplikasyon olup olmadığı, yalnızca anne sütüyle beslenme süresi, ek gıdaya geçiş zamanı, gelişim basamakları, kronik hastalık ve bu nedenle ilaç kullanıp kullanmama durumu, okuma-yazma geçiş zamanı, sınıf tekrarı olup olmadığı, sorgulanmıştır. İlaveten DEHB grubuna DEHB' nin başlangıç semptomları, belirtilerin başlangıç yaşı, daha önceden tanı ve tedavi alma öyküsü sorulmuştur.

3.3.1.2.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Tüm çocuklar ve ebeveynlere ÇDŞG-ŞY-T uygulanarak olası DSM-IV Eksen tanıları taranmıştır. ÇDŞG-ŞY-T, DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlere psikiyatrik tanı koymak açısından güvenilir bir tanı formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm ise

özgül psikiyatrik semptomların sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini barındırmaktadır. Tarama görüşmesinde pozitif belirtiler varsa daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Üçüncü bölüm katılımcının değerlendirme sırasındaki işlerlik düzeyini bulmak amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yayınlanmıştır. (Gökler ve ark., 2004).

3.3.1.3. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği-gözden geçirilmiş formu (Wechsler intelligence scale for children revised-WISC-R)

David Wechsler tarafından 6-16 yaş aralığında, konuşma ve dil becerileri yeterli düzeyde olan çocukların zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla WISC (Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği) geliştirilmiştir. Ölçek 1974 yılında gözden geçirilmiş ve standardizasyonu yapılmış bu sayede WISC-R (Revize Edilmiş Versiyonu) oluşturulmuş ve Türk kültürüne uyarlanmıştır (Savaşır ve Şahin, 1995). Bu çalışmada çocuklara uygulanacak olan WISC-R testinin genel bilgi, resim düzenleme, resim tamamlama ve sözcük dağarcığı testlerinden alınmış puanlar ile hesaplanmış standart puanlar göz önüne alınacaktır.

3.3.2. Ebeveyn tarafından doldurulan ölçekler

3.3.2.1.Conners Anababa Değerlendirme Ölçeği (CADÖ) (Ek-9)

Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu alt parametreleri bulunmaktadır. Cronbach'ın alfa katsayısı için 0.90 olarak olarak hesaplanmıştır. CADÖ'nün Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Dereboy ve ark., 2007). Sorular bu ölçekte ana-babalar tarafından dörtlü

Likert ölçeği üzerinde cevaplanmaktadır. “ Hiçbir zaman”, “nadiren”, “sıklıkla” ve “her zaman” seçenekleri sırasıyla ; “0”, “1”, “2”, ve “3” olarak puanlanmaktadır.

3.3.2.2. SNAP-IV Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için Belirti Değerlendirme Anketi (Ek-12)

Swanson Nolan Pelham Anketi (Swanson Nolan Pelham Questionnaire, SNAP-IV) ilk olarak 1992’de DEHB için DSM III tanı ölçütlerini esas alarak hazırlanan bir belirti tarama anketidir (Swanson ve ark., 2001). DSM değişikliklerine göre güncellenen SNAP anketinin, DSM-IV ölçütlerine göre SNAP-IV formu bu çalışmada kullanılmıştır.

SNAP, ebeveynler veya öğretmenler tarafından tamamlanabilen DEHB için DSM-IV kriterlerinden türetilen 18 maddelik bir ölçektir. Her bir öğe 0'dan 3'e, 0 = hiç değil; 1 = biraz, 2 = biraz biraz, 3 = çok fazla olarak puanlanır. Dikkatsizlik için 9 madde ve hiperaktivite / dürtüsellik için 9 madde vardır. SNAP IV muhtemel DEHB olan çocukları tanımlamak için klinik araştırmalarda ve toplum araştırmalarında bir sonuç ölçütü olarak kullanılmıştır. Ebeveynler için toplam puanda 0.94, dikkatsizlik ve hiperaktivite puanı için sırasıyla 0.90 ve 0.79 alfa katsayı değerlerine sahip sağlam psikometrik özelliklere sahiptir; öğretmenler formu için alfa katsayıları ise 0.97 toplam, dikkatsizlik için, 0,96, ve hiperaktivite skalaları için 0.92 idi. SNAP-IV gibi DSM-IV tabanlı DEHB derecelendirme ölçekleri, Türkiye'de çocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamalarında yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bir Türkçe doğrulama çalışması henüz yayınlanmamıştır; Bununla birlikte, bu ölçek, yakın zamanda yayınlanmış büyük bir topluluk anketinde ABD’de elde edilen 1,5 SD eşik değerlerine benzerdi. Güler ve arkadaşlarının DEHB için riskli çocukları tespit etmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada ortalama toplam skor 1.5 ve 2.0 standart sapma eşik değerleri ebeveyn formlarında sırasıyla 1.2 ve 1.4, öğretmen formunda sırasıyla 1.7 ve 2.1 olarak saptanmıştır (Güler ve ark., 2014).

3.3.2.3. Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu Ölçeği (Ek-11)

Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılmak üzere 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi (Strenghts and Difficulties Questionarie - SDQ)'dir (Goodman, 1997). Bu anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve öğretmen formu ile, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Anketin hem elle işaretlenen hem de bilgisayardan doldurulabilen formları mevcuttur. SDQ bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır bu başlıklar davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlardır. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı ' toplam güçlük puanı'nı vermektedir. Ölçeğin iç tutarlığına ilişkin güvenilirlik çalışmalarında Cronbach alfa katsayısı toplam güçlük puanı için 0.73, dikkat eksikliği ve sosyal puan için 0.70, duygusal puan için 0.70, aşırı hareketlilik alt puanı için 0.54, davranış puanı için 0.50, akran ilişkisi puanı için 0.22 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için Cronbach alfa katsayısı 0.667 olarak bulunmuştur.

GGA'nın Türkçe uyarlaması ve güvenilirlik geçerlilik çalışması 2005 yılında Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Güvenir ve ark., 2008). Bu çalışmada GGA'nın güvenirlik Cranbach's Alpha oranları toplam puanda ebeveyn formu için 0.84, ergen formu için 0.73; dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanında ebeveyn formu için 0.80, ergen formu için 0.70 bulunmuştur.

Sonuç olarak GGA Türkçe formu Türk toplumu için tutarlı, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Akran sorunları alt başlığında tutarlılık oranları düşük saptanmıştır. Klinik ve toplum örneklemini ayırt etmede güçlü bulunmuştur (Goodman, 2001). Temmuz 2014'te yapılan güncellemede GGA anketlerinin yaş üst sınırı 17'ye çekilmiştir.

3.3.2.4. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ) (Emotion Regulation Checklist) (Ek-8)

Shield ve Cicchetti tarafından geliştirilmiş olan Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ) 24 maddeden oluşmaktadır (Shields ve Cicchetti, 1997). Ölçeğin Türkçe‟ye uyarlaması Kapçı, Uslu, Akgün ve Acer tarafından gerçekleştirilmiştir (Kapçı ve ark., 2009).

6-13 yaş grubundaki çocuk ve ergenlerin duygu ayarlama becerilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 24 maddeden oluşan ölçek, Değişkenlik/Olumsuzluk ile Duygu Ayarlama olarak adlandırılan iki alt faktöre sahiptir. Değişkenlik/olumsuzluk alt faktörü 15 maddeden (2., 5., 6., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 17., 19., 20., 22., ve 24. madde) duygu ayarlama ise 9 maddeden (1., 3., 4., 7., 15., 16., 18., 21., ve 23. madde) oluşmaktadır. Ölçek soruları ebeveynler tarafından doldurulmaktadır. Maddeler, dörtlü likert skalası üzerinden yanıtlanmakta ve "hiçbir zaman", "nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleri sırasıyla; "1", "2", "3" ve "4" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeklerden alınan toplam puanın yüksekliği, duygu ayarlamayla negatif koreledir. Kapçı ve arkadaşları doğrulayıcı faktör analizi sonucunda iki faktörlü yapının Türk çocuklarına uygun olduğunu bulmuşlardır. Ölçüt ve ayırt edici geçerlilik gibi diğer geçerlilik analizleri sonucunda elde edilen bulgular da ölçeğin geçerliğini destekler niteliktedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında ise araştırmacılar, ebeveyn değerlendirmeleri arasındaki korelasyonu 0.81, test-tekrar test kararlılığını 0 .90, iç tutarlılığı değerlendiren Cronbach Alfa katsayısını 0.84 olarak elde etmişlerdir.

3.3.2.5. Griffith Empati Ölçegi Anne-Baba Degerlendirme Formu (EK-5)

Çocuklarda duygusal empatiyi ölçmek için kullanılan kapsamlı bir ölçek olup 3 ayrı formdan oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda ebeveyn bildirim ölçeğinden yararlanılmıştır. Griffith Ebeveyn bildirim ölçeği Bryant Çocuklar için Empati Ölçegi'nden uyarlanarak oluşturulmuştur (Hunter, 2003).

Ebeveynlerin çocuklarının verilen durumlardaki empatik cevaplamalarını yansıtması beklenir.

Ölçekte sorular anne baba tarafından dörtlü likert skalası üzerinden cevaplanmaktadır ve ölçekte 23 soru bulunmaktadır. Ölçekteki 3., 6., 13., 17., 20.,

21., 23. sorular negatif puanlanır. Ölçekten en yüksek elde edilebilir puan +92 iken, en düşük puan - 92'dir. Ölçekten elde edilen skor ile empati seviyesi koreledir.

Ölçeğin Türkçe geçerliliği bulunmamakla birlikte Gümüştaş ve ark. (2012) tarafından ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach"s alpha) 0,77 olarak hesaplanmış olup oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Her bir madde "hiç uygun değil", "biraz uygun", "oldukça uygun" ve "tamamıyla uygun" şeklinde yanıtlandırılıp ve sırasıyla "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlandırılmıştır.

3.3.2.6.Çocuk Prososyallik Ölçeği (Anne/ Baba/ öğretmen Formu)

Ölçek Roberts ve Strayer tarafından geliştirilmiş olup (1996); Strayer (1985) tarafından geliştirilen Çocuk Dereceleme Anketi (Child Rating Questionnaire) ve Weir, Stevenson ve Graham (1980) tarafından geliştirilen Prososyal Davranış Anketine (Prosocial Behavior Questionnaire) dayandırarak geliştirilmiştir. Öğretmen, anne ve baba tarafından 60-72 aylık çocuklar için doldurulabilen ölçme aracında, çocukların olumlu sosyal davranışları gösterme sıklıklarına göre değerlendirilmesi beklenmektedir. Yedili (1-hiçbir zaman ile 7-her zaman arasında değişen) likert tipi, 22 maddeli bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puan, çocukların olumlu sosyal davranışlarının yüksek düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 154, en düşük puan 22'dir. Bağcı'nın (2015) yapmış olduğu Türkçe'ye uyarlama çalışması sonucunda ölçek 7'li likert ölçekten "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "genellikle", "her zaman" olarak 5' li likert ölçeğe dönüştürülmüştür. Anne formu 21 maddeden oluşurken, baba formu 22 maddeden oluşmaktadır. Bu araştırmada anneler tarafından doldurulan ölçeğin güvenirlik katsayısı .91; baba formunun güvenirlik katsayısı .93 olarak belirlenmiştir.

3.3.3. Çocuklar tarafından doldurulan ölçekler

3.3.3.1.Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Kovacs,1985; Öy B.,1991) (EK-13)

Çocukların depresyon seviyeleri ÇDÖ ile ölçülmüştür. Çocuklar için Depresyon Ölçeği, 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlere yapılabilen, bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuğa okunarak veya okuma biliyorsa çocuk tarafından okunarak yapılır. 27 maddeden oluşan ölçekte her maddeye üç farklı cevap verilebilmektedir. Katılımcıdan son iki hafta için kendisine en uygun cevabı seçmesi istenir. Örneğin; 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim. 3. Kendimi her zaman üzgün hissederim. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Alınabilecek maksimum puan toplam 54'tür. Alınan puan ile depresyonun ağırlığı koreledir. Kesim puanı 19 olarak önerilir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmış ve patoloji kesim noktası gene 19 puan olarak bulunmuştur.

3.3.3.2.KA-Sİ Empati Eğilim Ölçeği Çocuk Formu (KA-Sİ EEÖ)

Çocuk ve ergenlerin empatik eğilimlerini ölçmek amacıyla Türk kültürüne uygun bir ölçme aracı geliştirilmiştir (Kaya ve Siyez, 2010). Araştırmanın çalışma grubu, ilköğretim ve liselere devam etmekte olan 1144 öğrenciden oluşmuştur. Veriler sınıf düzeylerinde ayrı ayrı analiz edilmiş, 3-5. sınıfların durumu ile 6-12. sınıfların durumunun farklı olduğu bulunmuştur. Bu nedenle ölçeğin çocuklar ve ergenler için ayrı formlar olarak hazırlanmasının doğru olacağı düşünülmüştür. KA-Sİ EEÖ‟nün hem çocuk hem de ergen formunun geçerliliği için yapılan alt-üst grup ayırt edicilik ve açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonrasında iki form için de iki faktörlü yapının uygun olduğu saptanmıştır. Hem çocuk hem de ergen formunun alt ölçekler için ve ölçeğin geneline ilişkin Cronbach alpha güvenirlik katsayıları, bir hafta arayla uygulanmasından elde edilen test retest güvenirlik katsayıları ve alt ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları ölçeğin uygun şekilde kullanılabileceğini ispatlamaktadır.

Çocuk formunun yanıt şekli ‟(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana biraz uygun, (3) Bana oldukça uygun ve (4) Bana tamamen uygun‟‟‟ şeklinde dörtlü likert tipi bir yapıda oluşturulmuştur. Ölçekten duygusal empatiyle alakalı 7 maddenin toplanmasıyla oluşan duygusal empati alt ölçeği puanı, bilişsel empatiyi ölçen 6

maddeye verilen cevapların puan toplamı ile elde edilen bilişsel empati alt ölçeği puanı ve bu iki alt ölçeğin punlarının toplamı ile oluşan toplam empatik eğilim puanı olarak üç ayrı puan elde edilmektedir. Duygusal empati alt ölçeğinden alınabilecek minimum puan 7x1=7, maksimum puan 7x4=28, bilişsel empati alt boyutundan alınabilecek minimum puan 6x1=6, maksimum puan 6x4=24, minimum toplam empatik eğilim puanı 13x1=13, maksimum toplam empatik eğilim puanı ise 13x4=52'dir. Ölçekten alınan puanla empatik eğilim korelasyon göstermektedir.

3.3.3.3. Bryant Çocuklar İçin Empati Ölçeği

Bryant'ın oluşturduğu, 22 maddelik, kendini ifade etme ölçeğidir. Bryant'ın çocuk ve ergenler için olan ölçeği gruplara ve bireylere uygulanmış ve bütün durumlarda yüksek puan ile empatinin korole olduğu anlaşılmıştır (Bryant, 1982). A. Yüksel (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Çocuklar İçin Empati Ölçeği (Bryant, 1982) öncelikle araştırmacı ve İngilizce'yi iyi derecede bilen iki akademisyen tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler esas ölçekle anlamlılık ve doğruluk açısından ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. Ölçeğin gerek görülen maddelerinde anlamlarından sapmadan uygun ifade değişiklikleri gerçekleştirilmiştir. Çocuklar için empati ölçeğinin güvenilirliğini bulmak için iç tutarlılık katsayısı test-retest ve Cronbach Alpha yöntemiyle hesaplanmıştır. İki hafta arayla gerçekleştirilen testin tekrarı yöntemi ile birinci, dördüncü ve yedinci sınıflara uygulanmıştır. Güvenilirlik katsayıları birinci sınıflarda r=.54, dördüncü sınıflarda r= .81, yedinci sınıflar için ise r=.83 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının hesaplanması ile güvenilirlik katsayıları birinci sınıflarda 0.54, dördüncü sınıflarda 0.68, yedinci sınıflarda ise 0.79 olarak bulunmuştur (Bryant, 1982).

Türkiye'de yapılan güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında Bryant Çocuklar için Empati Ölçeği 89 dördüncü sınıf öğrencisine iki hafta arayla iki kez yapılmış ve test-retest yöntemi ile hesaplanan güvenilirlik katsayısı r=.69 olarak bulunmuştur. 237 dördüncü sınıf öğrencisine uygulanan Çocuklar İçin Empati Ölçeğinin iç tutarlılık (Cronbach Alpha) katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan geçerlik çalışmasında ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için faktör analizi uygulanmıştır ve 2 maddenin ölçekten çıkarılması kararlaştırılmıştır. Bu biçimiyle ölçek 20 maddeden

oluşmuştur. Ölçekteki 2., 3., 8., 13., 14., 15., 16., 18., 19., 20. Maddeler negatif puanlanır.

3.3.4. Öğretmenler tarafından doldurulan ölçekler

3.3.4.1. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği(CÖDÖ) (Connners Teacher Rating Scale)(Ek-10)

Conners tarafından 1969 yılında geliştirilen ve daha sonra kısa formu 1973'te oluşturulan ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Türkçe'ye uyarlama çalışmaları Dereboy ve ark. tarafından yapılmıştır (Dereboy ve ark., 2007). Ölçek 4'lü likert tipindedir. "Hiçbir zaman", " nadiren", "sıklıkla", ve "her zaman" seçenekleri sırası ile "0", "1", "2", "3" olarak puanlanmaktadır.

Ölçekten alınan yüksek puanlar yıkıcı bozukluklara özgü belirtilerin yoğunluğunu göstermektedir.

3.3.4.2. Çocuk Prososyallik Ölçeği Öğretmen Formu

Çocuk Prososyallik Ölçeği Anne Baba formu kısmında açıklamalarına yer verilen Çocuk Prososyallik Ölçeği Öğretmen formu 22 maddeden oluşmaktadır.

3.3.4.3 SNAP-IV Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için Belirti Değerlendirme Anketi

3.4. İstatistiksel analizler

SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken n, yüzde, ortalama ve standart sapma değerler kullanılmıştır. Tanımlayıcı değişkenler Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact Testleri ile karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren (parametrik) değişkenler ikili gruplar

arasında değerlendirilirken Bağımsız gruplarda T Testi, çoklu gruplar arasında değerlendirilirken ANOVA testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyenler (nonparametrik) ikili gruplar arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi çoklu gruplar arasında değerlendirilirken Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. DEHB grubunda ölçeklerin birbirleri ile karşılaştırılmasında Pearson Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. Anne prososyallik, duygu ayarlama ve KA-Sİ empati ölçekleri arasındaki ilişkileri göstermek için lineer regresyon analizleri kullanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Hasta ile kontrol grubunun yaş ve cinsiyet açısından homojenliğini sağlamak için DEHB grubundan 8 olgu rastgele çıkarılmıştır.

4. BULGULAR

4. 1. Olgular ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri

4. 1. 1. Olguların demografik özellikleri

Gruplar arasında yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0,05)

DEHB tanılı olgularda ailenin ilk çocuğu olma oranları (%78), kontrol grubuna (%53) göre yüksek olmakla birlikte istatiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05)

Her iki grupta da el tercihleri açısından benzer sonuçlar bulundu (**Tablo 1).**

Tablo 1. DEHB ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması, el tercihi ve olguların kardeşleri arasındaki sırası

	KONTROL n (%)	**DEHB n (%)**	**p**
Cinsiyet			
Kız	9 (18)	11 (18)	0.996
Erkek	41 (82)	50 (82)	
Yaş ortalaması (ort±ss)	10,28±1,30	9,84±1,40	0,062
El tercihi			
Sağ	44 (88)	55 (90,2)	0,715
Sol	6 (12)	6 (9,8)	
Ailenin kaçıncı çocuğu			
1. Çocuk	26 (53,1)	45 (73,8)	0,076
2. Çocuk	15 (30,6)	11 (18)	
3. ve üzeri	8 (16,3)	5 (8,2)	

4.1.2. Olguların prenatal ve perinatal özellikleri ve gelişim basamakları

Olguların prenatal ve perinatal özellikleri karşılaştırıldığında; her iki grupta da anne ve babanın doğumdaki yaşları benzer bulundu **(Tablo 2)**. Gebelikte sigara kullanımı DEHB grubuna (%8,2) kıyasla kontrol grubunda (%12) daha yüksek saptanmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (**Tablo 2)**

Perinatal komplikasyon görülme oranları DEHB grubunda (%26,2) kontrol grubuna (%20) kıyasla daha yüksekti; fakat bu istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı değildi (p>0,05) (**Tablo 2).**

Tablo 2. Olguların prenatal ve perinatal özellikleri

	Kontrol		**DEHB**		
	Ortalama ± s.s.		**Ortalama ± s.s.**		**p**
Annenin doğumdaki yaşı	26,88±5,20		25,97±4,79		0,441
Babanın doğumdaki yaşı	30,90±5,80		29,59±5,68		0,169
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
Gebelikte sigara kullanımı					
Yok	44	88	56	91,8	0,539
Var	6	12	5	8,2	
Perinatal komplikasyon					
Yok	40	80	45	73,8	0,441
Var	10	20	16	26,2	

4.1. 3. Olguların gelişim basamakları ve akademik özellikleri

DEHB grubunda olguların ilk cümleleri söylemeye başladığı aylar ortalama 22,30± 6,56 ay olup istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük bulundu (p=0,01). DEHB grubundakiler kontrol grubuna göre daha erken cümle kurmaya başlamıştır.

Her iki grupta da olguların yürümeye başladığı, ilk kelimelerini söylediği ve tuvalet eğitimi aldığı ayların ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların gelişim basamakları

	Kontrol	**DEHB**	**p**
Gelişim Basamakları	**Ort ± ss**	**Ort ± ss**	
Kelime (ay)	12,36±2,78	12,21±2,88	0,984
Cümle (ay)	23,94±4,82	22,30±6,56	**0,01***
Yürüme (ay)	11,76±1,57	11,90±1,99	0,667
Tuvalet eğitimi (ay)	26,70±6,65	25,39±6,17	0,388

***p<0,05

Yuva eğitimi alma, okuma-yazma öğrenme zamanı (okuma yazma öğrendiği dönem) ve sınıf tekrarı açısından iki grup karşılaştırıldığında; yuva eğitimi alma oranları DEHB'li grupta (%34,4) kontrol grubuna göre (%24) daha yüksek olmakla birlikte istatiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p>0,05).

DEHB olgularının kontrol grubu olgularına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha geç okuma yazma öğrendikleri saptandı (p<0,01).

DEHB olgularıyla normal kontrol grubu arasında sınıf tekrarı açısından anlamlı fark görülmedi (p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 4. Olgularda yuva eğitimi, okuma yazma zamanı ve sınıf tekrarı varlığı

		Kontrol		DEHB		p
		n	%	n	%	
Yuva eğitimi	**Yok**	38	76	40	65,6	0.232
	Var	12	24	21	34,4	
Okuma yazma zamanı	**1.dönem**	50	100	47	77,0	**0.001***
	2.dönem	0	0	13	21,3	
	Daha sonra	0	0	1	1,6	
Sınıf tekrarı varlığı	**Yok**	50	100	60	98,4	1.00
	Var	0	0	1	1,6	

***P<0,01 ki-kare testi

4. 1. 4. DEHB grubunun güncel eş tanı mevcudiyeti

DEHB olgularının güncel eş tanı oranları KOKGB % 29,5, enürezis % 13,3, ayrılık anksiyetesi bozukluğu % 6,4, enkoprezis % 4,9, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) %3,2, özgül fobi % 3,2 ve tik bozuklukları % 3,2 olarak bulundu.

Tablo 5. DEHB grubunun eş tanı oranları

	DEHB (n=61)	
	n	%
KOKGB	18	29,5
Tik bozuklukları	2	3,2
Ayrılık anksiyetesi boz.	4	6,5
Yaygın Anksiyete boz.	2	3,2
Özgül fobi	2	3,2
Enürezis	8	13,1
Enkoprezis	3	4,9

4. 2. 1. Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi

DEHB tanılı 61 olgu ile 50 normal kontrol olgusu, ebeveynlerinin yaş ortalamaları, eğitim düzeyleri, birliktelik durumları, anne-baba akrabalık varlığı ve aylık net gelir düzeyleri açısından incelendi. Ebeveynlerin yaş ortalaması, eğitim düzeyi, çalışma

durumları, birliktelik ve akrabalık durumları ile aylık net gelir düzeyleri gruplar arasında benzerlik gösterdi (p>0.05) (Tablo 6).

Olguların anne ve babalarının yaş ortalaması her iki grupta da benzerdi. DEHB grubu olgularının annelerinin %8,2 si okuryazar değildi, kontrol grubunda ise okuryazar olmayan anne oranı %2 olarak tespit edildi.

Tablo 6. Olguların ebeveynlerine ait demografik özellikler

	KONTROL (Ort±ss)	**DEHB (Ort±ss)**	**p**
Anne yaş ortalaması	36,64± 5,35	35,52± 4,87	0,262
Baba yaş ortalaması	40,56± 6,44	39,16± 5,86	0,156
Annenin eğitim düzeyi	**N(%)**	**N(%)**	
Okuryazar değil	1 (2)	5 (8,2)	0,544
İlköğretim	30 (60)	34 (55,7)	
Lise	14 (28)	17 (27,9)	
Üniversite	5 (10)	5 (8,2)	
Babanın eğitim düzeyi			
İlköğretim	26 (52)	34 (55,7)	0,622
Lise	15 (30)	20 (32,8)	
Üniversite	9 (18)	7 (11,5)	
Anne çalışma durumu			
Çalışıyor	8 (16)	12 (19,7)	0,616
Çalışmıyor	42 (84)	49 (80,3)	
A-B birliktelik durumu			
Birlikte	44 (88)	58 (95,1)	0,353
Ayrı/boşanmış	3 (6)	2 (3,3)	
Eş kaybı	3 (6)	1 (1,6)	
Akrabalık durumu			
Yok	44 (88)	51 (83,6)	0,512
Var	6 (12)	10 (16,4)	
Aile aylık geliri			
1000- 2500	32 (64)	27 (44,3)	0,111
2500-5000	15 (30)	27 (44,3)	
5000 ve üzeri	3 (6)	7 (11,5)	

4.2.2. Psikiyatrik soygeçmiş özelliklerinin değerlendirilmesi

Anne, baba, kardeş ve akrabaların tıbbi ve psikiyatrik öyküleri Tablo 7'de gösterilmiştir. DEHB olgularının annelerinde psikiyatrik tanı alma oranları kontrol grubuna göre yüksek bulunmakla birlikte istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Babanın ve kardeşlerin psikiyatrik tanıları açısından incelendiğinde iki grup birbirine benzer bulundu ($p>0,05$). İkinci derece akrabalarda psikiyatrik tanı varlığı DEHB olgularında sağlıklı kontrol grubu olgularına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Anne, baba, kardeş ve akrabalarda psikiyatrik tanı varlığı

		Kontrol		**DEHB**		**P**
		N	**%**	**N**	**%**	
Anne psikiyatrik tanı	**Yok**	47	94,0	51	83,6	0,09
	Var	3	6,0	10	16,4	
Baba psikiyatrik tanı	**Yok**	47	95,9	57	93,4	0,69
	Var	2	4,1	4	6,6	
Kardeşte psikiyatrik tanı	**Yok**	49	98,0	58	95,1	0,626
	Var	1	2,0	3	4,9	
2.derece akrabalarda psikiyatrik tanı	**Var**	2	4,0	13	21,3	**0,018***
	Yok	48	96,0	48	78,7	

*p<0,05

4.3. Klinik Değerlendirme, Testler ve Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

4.3.1. DEHB olgularının güncel hastalık şiddetinin Klinik Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS) ile değerlendirilmesi

DEHB grubu klinik olarak değerlendirildiğinde; hastaların %1,6 sı çok ağır (DEHB nedeniyle ev-okulda işlevselliğini sürdüremez durumda ve sürekli denetim gerektiren), %16,4 ü ağır (dikkatsizlik, hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri yoğun ve oldukça sık,teke tek denetim gerektiren), %57,4'ü belirgin (davranışlarının organize duruma uygun olabilmesi için , ortam şartlarının oldukça yapılandırılmış olması gerekir) ve %24,6'sı da orta düzeyde (ortam şartlarının bir miktar yapılandırılması gerekebilir, teke tek denetim genellikle gerekmez) klinik değerlendirme şiddetine sahipti.

Tablo 8. DEHB grubu olgularında genel klinik değerlendirme ölçeği verileri

DEHB		
Genel Klinik Değerlendirme	**n**	**%**
Normal	0	%0,0
Orta	15	%24,6
Belirgin	35	%57,4
Ağır	10	%16,4
Çok Ağır	1	%1,6

4.3.2. WISC-R alt test ve toplam puan değerlendirilmesi

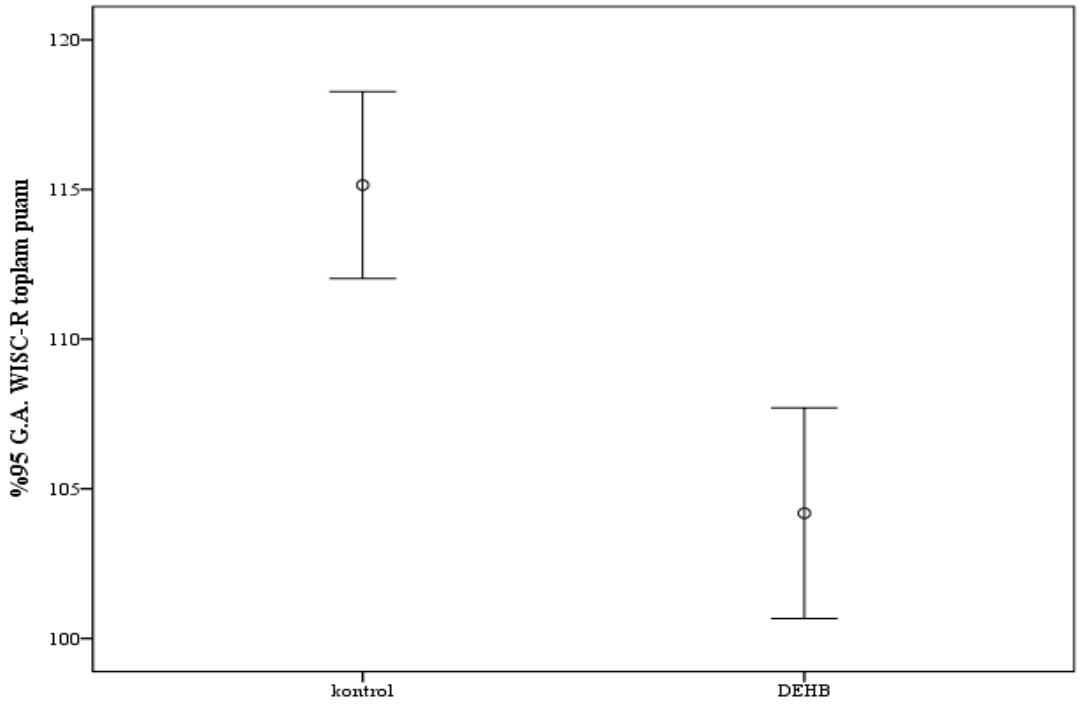
DEHB ve kontrol grubunun zeka değerlendirmeleri neticesinde her iki grubun da zeka seviyelerinin normal sınırlarda olduğu saptandı. WISC-R sözel ve WISC-R

toplam puanlarında DEHB grubunun kontrol grubuna kıyasla daha düşük puanlar aldığı gözlendi. (p<0,001). İki grup arasında WISC-R performans puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 9) (Şekil 1).

Tablo 9. WISC-R alt test ve toplam puanları

WISC-R		**Kontrol (Ort ± ss)**	**DEHB (Ort ± ss)**	**p**
Sözel puan[b]		113,06 ±11,58	98,89 ±13,27	<0,001
Performans puanı[b]		115,02 ±9,88	109,18 ±14,49	0,055
Toplam puan[a]	115,15±10,75	104,18 ±13,62	<0,001	

[a] Bağımsız gruplar t testi [b]Mann Whitney u testi



Şekil 1. Gruplar arasında WISC-R toplam puanlarının karşılaştırılması

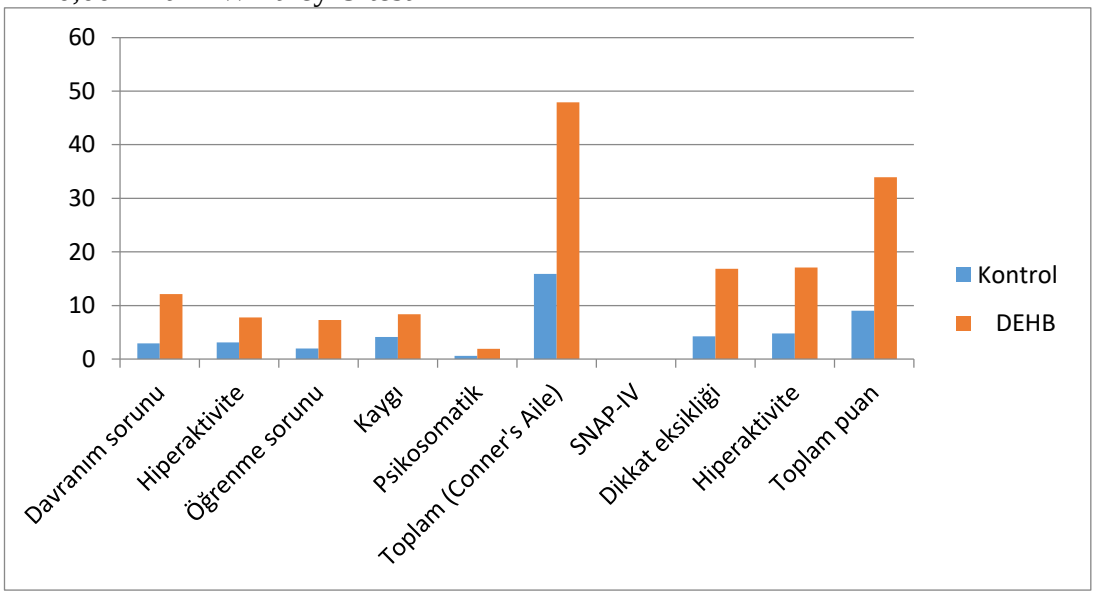
4.3.3. Grupların CADÖ ve SNAP-IV DEHB için belirti değerlendirme anketi ebeveyn formu değerlendirilmesi

DEHB grubu olguları, CADÖ ve SNAP-IV aile belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları bakımından değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahipti (p<0,001)(Tablo 10).

Tablo 10. DEHB ve kontrol grubunda, CADÖ ve SNAP-IV aile belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları

CONNER'S AİLE	**Kontrol (Ort ± ss)**	**DEHB (Ort ± ss)**	**P**
Davranım sorunu	2,96± 4,05	12,15± 7,28	<0,001*
Hiperaktivite	3,10± 2,11	7,74± 2,72	<0,001*
Öğrenme sorunu	1,96± 2,06	7,30± 2,65	<0,001*
Kaygı	4,14± 2,52	8,38± 3,40	<0,001*
Psikosomatik	0,58± 1,13	1,89± 2,11	<0,001*
Toplam puan	15,92± 10,66	47,90± 15,48	<0,001*
SNAP-IV AİLE	**Kontrol (Ort ± ss)**	**DEHB (Ort ± ss)**	**P**
Dikkat eksikliği	4,24± 3,29	16,85± 5,16	<0,001*
Hiperaktivite	4,80± 3,84	17,07± 5,14	<0,001*
Toplam puan	9,04± 6,53	33,92± 8,96	<0,001*

*P<0,001 Mann Whitney U testi



Şekil 2. Grupların CADÖ ve SNAP-IV aile belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları

4.3.4. Grupların CÖDÖ ve SNAP-IV (öğretmen) DEHB için belirti değerlendirme anketi değerlendirilmesi

DEHB grubu olguları, CÖDÖ ve SNAP-IV öğretmen belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları bakımından değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahipti (p<0,001) (Tablo 11).

Tablo 11. DEHB grubu olguları, CÖDÖ ve SNAP-IV öğretmen belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları

CONNER'S ÖĞRETMEN	**Kontrol (Ort ± ss)**	**DEHB (Ort ± ss)**	**p**
Dikkatsizlik	2,90± 4,47	10,31± 4,81	<0,001
Hiperaktivite	4,07± 3,83	11,34± 5,24	<0,001
Davranım sorunu	1,69± 2,78	8,39± 5,09	<0,001
Toplam puan	12,12± 9,62	35,59± 13,40	<0,001
SNAP-IV ÖĞRETMEN			**p**
Dikkat eksikliği	5,00± 5,41	17,43± 4,74	<0,001
Hiperaktivite	3,48± 4,57	17,43± 4,74	<0,001
Toplam puan	8,48± 8,57	33,49± 8,48	<0,001

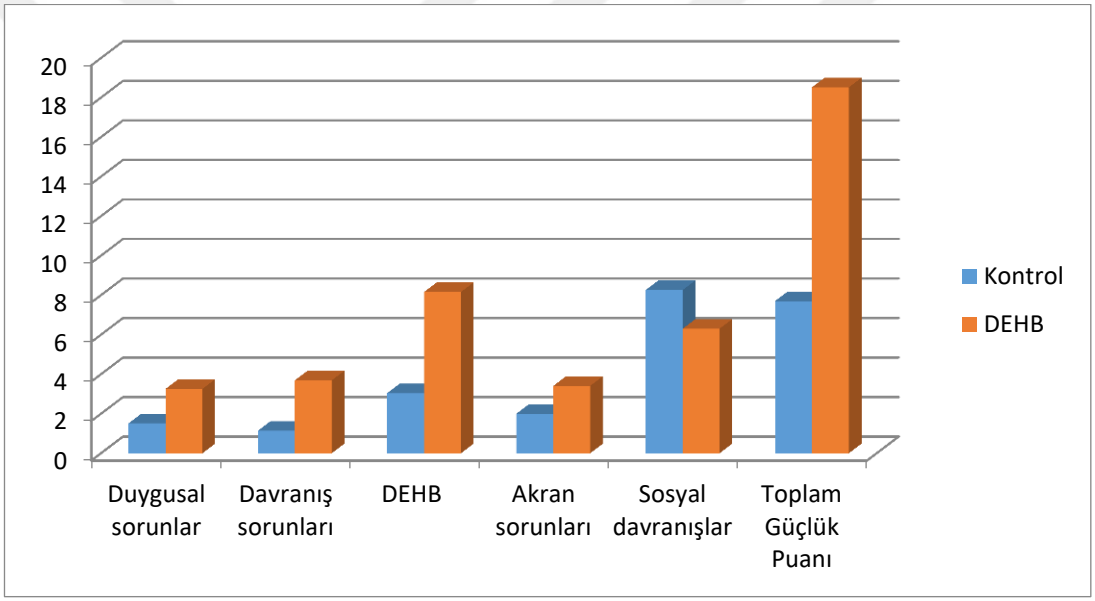
*P<0,001 Mann Whitney U testi

4.3.5. Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu Ölçeği verilerinin gruplara göre değerlendirilmesi

DEHB grubu olgularının GGA ebeveyn formu ölçeği toplam güçlük puan ve tüm alt ölçek puan ortalamaları bakımından kontrol grubu olgularından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahipti (p<0,001)(Tablo 12).

Tablo 12. Güçler güçlükler anketi ebeveyn formu verilerinin gruplara göre değerlendirilmesi

	Kontrol		DEHB		P
	Ort	ss	Ort	ss	
Duygusal sorunlar	1,52	1,66	3,26	2,14	<0,001
Davranış sorunları	1,14	1,21	3,69	2,15	<0,001
DEHB	3,04	2,08	8,16	1,90	<0,001
Akran sorunları	2,00	1,31	3,41	1,83	<0,001
Sosyal davranışlar	8,26	1,76	6,30	2,06	<0,001
Toplam Güçlük Puanı	7,70	3,88	18,52	5,26	<0,001



Şekil 3. DEHB ve kontrol grubunda GGA Ebeveyn Formu toplam puan ve alt bölüm puanları ortalamalarının dağılımı

4.3.6.Grupların Duygu Ayarlama Ölçeği Ebeveyn formu alt ölçek ve toplam puanlarının değerlendirilmesi

Her iki grubunda duygu ayarlama toplam puan, duygu ayarlama alt ölçeği ve değişkenlik- olumsuzluk alt ölçek puanlarının ortalamaları incelendiğinde; duygu ayarlama alt ölçek puan ortalamaları DEHB grubu olgularında kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş olup istatiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). DEHB olgularında

değişkenlik-olumsuzluk alt ölçek ve duygu ayarlama toplam puan ortalamalarının istatistiksel analizinde ileri derecede anlamlı fark tespit edildi (p<0,001) (Tablo 13).

Tablo 13. Duygu Ayarlama Ölçeği Formu

	Kontrol (Ort ± ss)	**DEHB (Ort ± ss)**	**p**
Duygu Ayarlama	21,50 ± 3,00	22,90 ± 3,20	0,027*
Değişkenlik-olumsuzluk	25,38 ± 3,36	33,98 ± 6,36	<0,001**
Toplam puan	46,88 ± 4,44	56,89± 6,50	<0,001**

*p<0,05 **p<0,001 Mann Whitney u testi

4.3.7.Ebeveyn ve Olgular Tarafından Doldurulan Empati Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Griffith Anne-Baba Empati Ölçeği toplam puanları DEHB ve kontrol grubu olgularında benzer bulundu (Tablo 14).

Çocuklar için empati ölçeği çocuk formu toplam puan ortalamaları DEHB grubu olgularında kontrol grubu olgularına göre daha düşük saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,05) (Tablo 14).

KA-Sİ empati ölçeği alt ölçek ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde DEHB grubu olgularının daha düşük puan ortalamaları saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıydı.(Tablo 14).

Tablo 14. Ebeveyn ve olgular tarafından doldurulan empati ölçek puanları

EMPATİ ÖLÇEKLERİ		**Kontrol (Ort±ss)**	**DEHB (Ort ± ss)**	**p**
Griffith anne-baba empati ölçeğia		30,26 ± 3,63	31,34 ± 4,81	0,191
Bryant empati ölçeği çocuk formub		13,54 ± 3,14	11,97 ± 3,05	0,012*
KA-Sİ empati eğilim ölçeği çocuk formu	**Bilişselb**	20,52 ± 3,25	16,66 ± 4,29	<0,001***
	Duygusalb	22,40 ± 4,58	19,48 ± 4,61	0,001**
	Toplamb	42,92 ± 7,13	36,13 ± 8,10	<0,001***

[a] Bağımsız gruplar t testi [b]Mann Whitney u testi

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

4.3.8.Çocuk Prososyallik Ölçeği; Anne, Baba ve Öğretmen Formlarının Değerlendirilmesi

Çocuklar için prososyallik ölçeği çocuk formu toplam puan ortalamaları DEHB grubu olgularında kontrol grubu olgularına göre daha düşük saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,05) (Tablo 15).

Tablo 15. Çocuklar için prososyallik ölçekleri anne, baba ve öğretmen formu toplam puan ortalamaları

	Kontrol (Ort ± ss)	**DEHB (Ort ± ss)**	**p**
Çocuk Prososyallik Ölçeği Anne formu	83,55 ± 11,00	67,30 ± 12,34	<0,001*
Çocuk Prososyallik Ölçeği Baba formu	86,33 ± 12,50	71,29 ± 14,21	<0,001*
Çocuk Prososyallik Ölçeği Öğretmen formu	86,33 ± 12,50	71,29 ± 14,21	<0,001*

Bağimsız gruplar t testi *p<0,001

4. 4. DEHB olgularında duygu ayarlama, empati ve prososyal davranış puanlarının KOKGB eşlik etme durumuna göre değerlendirilmesi

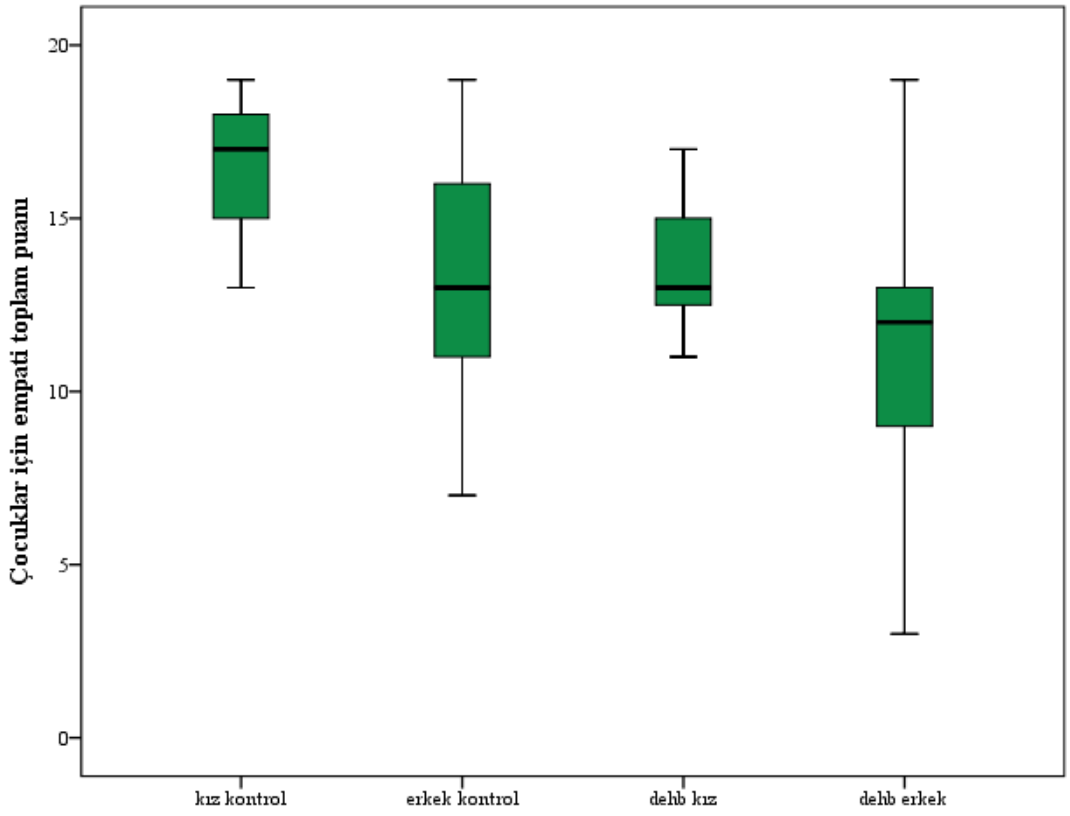
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) eşlik etme durumu ile Griffith empati, çocuklar için empati, KASİ empati, çocuk prososyallik ölçeği öğretmen ve duygu ayarlama ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) eşlik eden ve etmeyen DEHB alt grupları karşılaştırıldığında KOKGB bulunan hastalarda çocuklar için empati, KASİ empati ölçek puanları ve çocuk prososyallik ölçeği öğretmen ve anne puanları anlamlı bir şekilde KOKGB bulunmayanlara göre düşük bulunmuştur (p sırasıyla 0,018, 0,022, 0,025, 0,010, 0,004 ve 0,031). Ayrıca KOKGB bulunan hastalarda duygu ayarlama değişkenlik olumsuzluk ve duygu uyarlama toplam ölçeği puanları KOKGB bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p sırasıyla 0,015 ve 0,027).

Tablo 16. KOKGB eşlik eden ve etmeyen DEHB alt gruplarında Griffith empati, çocuklar için empati, KASİ empati, çocuk prososyallik ölçeği öğretmen ve duygu ayarlama ölçek puanları

		KOKGB Varlığı				p
		Yok		Var		
		Ort	ss	Ort	ss	
Griffith empati toplam		31,16	4,95	31,78	4,57	0,383
Çocuklar için empati toplam		12,63	2,65	10,39	3,45	0,018
KASİ Empati	**Duygusal**	20,37	4,16	17,33	5,03	0,022
	Bilişsel empati	17,49	4,10	14,67	4,19	0,025
	Toplam	37,86	7,45	32,00	8,29	0,010
Çocuk Prososyallik ölçeği öğretmen		68,07	16,59	54,33	15,86	0,004
Çocuk Prososyallik ölçeği anne		69,67	10,89	61,61	13,99	0,031
Çocuk Prososyallik ölçeği baba		72,83	13,61	67,47	15,35	0,194
Duygu Ayarlama	**Değişkenlik olumsuzluk**	32,79	6,28	36,83	5,76	0,015
	Duygu ayarlama	22,91	3,30	22,89	3,03	0,75
	Toplam	55,70	6,49	59,72	5,73	0,027

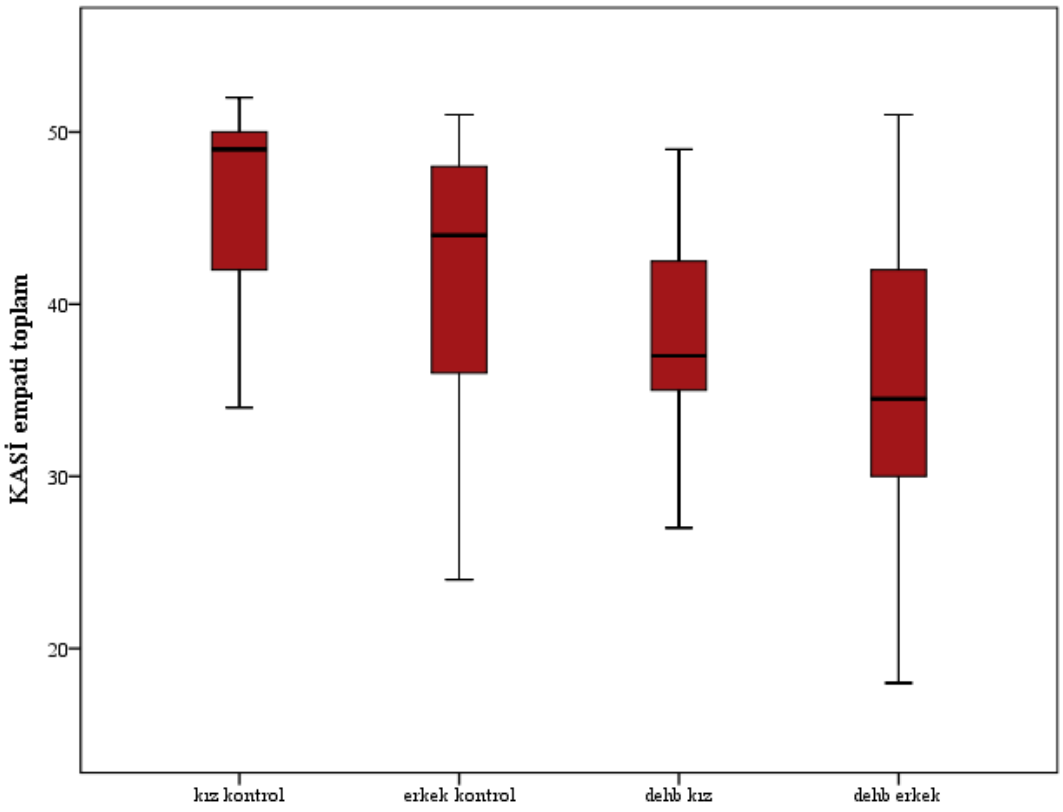
4. 5. Duygu ayarlama, empati ve prososyallik ölçek puanlarında cinsiyet farklılıkları

Çocuklar için empati ölçeğinde 4 grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Grupların Mann Whitney u testi ile ikili karşılaştırmalarında; kontrol grubu kızların kontrol grubu erkeklere göre (p=0,002), DEHB'li kızların (p=0,007) ve DEHB'li erkeklere göre (p=<0,001) Çocuklar için empati ölçeği puanları anlamlı derecede yüksekti. Kontrol grubu erkeklerin DEHB'li erkek ve DEHB'li kızların çocuklar için empati ölçeği puanlarında anlamlı farklılık gösterilmedi (p değerleri sırasıyla 0,056 ve 0,469).



Şekil 4. Gruplara göre Bryant çocuklar için empati ölçeği toplam puanları

KASİ empati eğilim ölçeğinde 4 grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Grupların Mann Whitney u testi ile ikili karşılaştırmalarında; kontrol grubu kızların DEHB'li erkeklere göre (p=0,002) KASİ duygusal empati ölçeği puanı anlamlı derecede yüksekti. Ayrıca, kontrol grubu erkeklerin DEHB'li erkeklere göre (p=0,041) KASİ duygusal empati ölçeği puanı anlamlı derecede yüksekti. Bunun yanı sıra, kontrol grubu kızların DEHB'li erkeklere göre (p=0,016) KASİ bilişsel empati ölçeği puanı anlamlı derecede yüksekti. Ayrıca, kontrol grubu erkeklerin DEHB'li erkeklere göre (p=<0,001) KASİ bilişsel empati ölçeği puanı anlamlı derecede yüksekti. Son olarak, kontrol grubu kızların DEHB'li erkeklere göre (p=0,002) KASİ empati ölçeği toplam puanı anlamlı derecede yüksekti. Ayrıca, kontrol grubu erkeklerin DEHB'li erkeklere göre (p=<0,001) KASİ empati ölçeği toplam puanı anlamlı derecede yüksekti.



Şekil 5. Gruplara göre KASİ empati eğilimi ölçeği toplam puanı

Griffith anna-baba empati ölçeğinin cinsiyet grupları açısından değerlendirmesinde 4 grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Prososyallik öğretmen ölçeği puanları 4 cinsiyet grubu arasında karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan 4 grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,001). Bunun üzerine gruplar arasında ilişki incelenmek üzere post-hoc analizler yapılmıştır. Tukey testine göre kontrol grubu kız ile DEHB'li erkek (p=0,013), kontrol grubu erkek ile DEHB'li kız (p=0,024) ve kontrol grubu erkek ile DEHB'li erkek (p=<0,001) arasında anlamlı farklılık bulundu. DEHB'li kız ile kontrol grubu kızların prososyallik öğretmen ölçeği puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,108)

Tablo 17. Cinsiyet gruplarına göre empati, prososyallik ve duygu ayarlama puanlarının karşılaştırılması

	Kontrol kız		**Kontrol erkek**		**DEHB kız**		**DEHB erkek**		**p**
	Ort	**ss**	**Ort**	**ss**	**Ort**	**ss**	**Ort**	**ss**	
Griffith empati toplam[a]	30,44	4,28	30,22	3,53	31,82	6,13	31,24	4,54	0,59
Bryant empati[b]	16,33	2,00	12,93	3,03	13,64	1,86	11,60	3,16	<0,001**
KA-Sİ toplam[b]	46,00	5,83	42,24	7,28	38,45	6,98	35,62	8,30	<0,001**
Prososyallik öğretmen[a]	87,12	12,35	86,16	12,70	72,64	11,98	70,98	14,77	<0,001**
Prososyallik anne[a]	90,67	7,97	81,95	11,02	67,64	12,09	67,22	12,51	<0,001**
Prososyallik baba[a]	87,12	12,35	86,16	12,70	72,64	11,98	70,98	14,77	<0,001**
Duygu ayarlama toplam[b]	44,44	3,94	47,41	4,40	58,27	6,81	56,58	6,46	<0,001**

[a]ANOVA testi [b]Kruskall Wallis testi *p<0,01 **p<0,001

4.6.Empati, Duygu ayarlama ve Prososyallik ölçeklerinin birbirleriyle korelasyonu

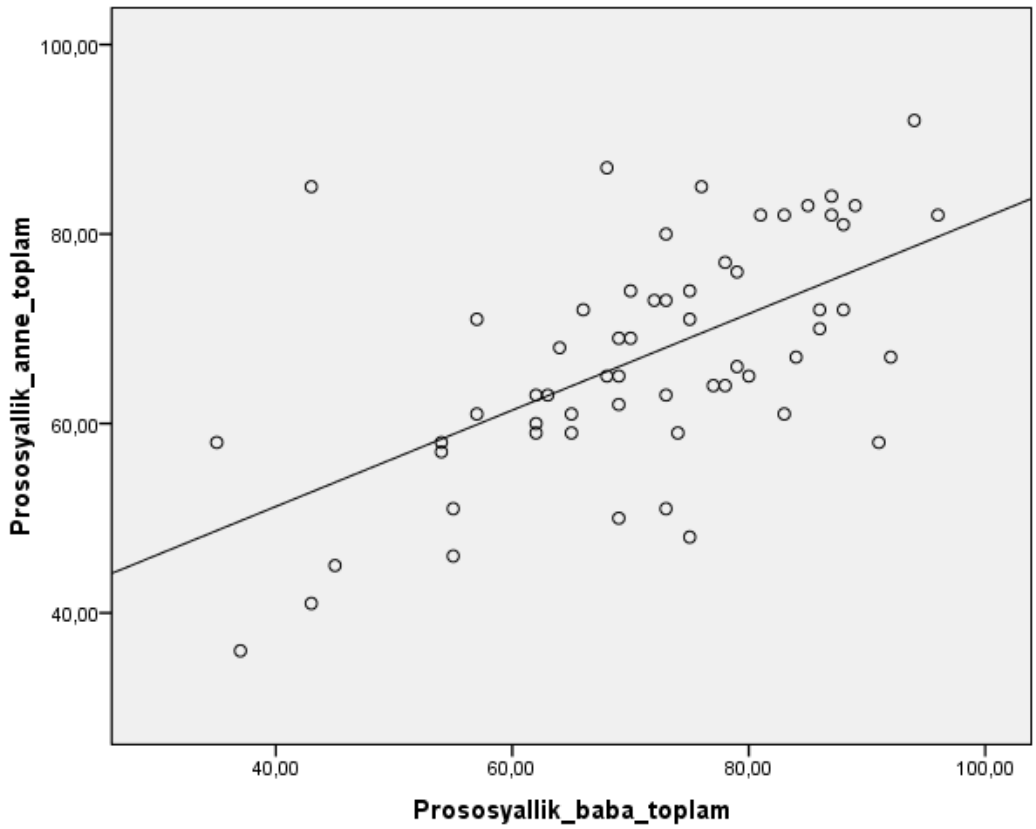
Prososyallik anne, baba ve öğretmen ölçeklerinin birbirleri arasındaki korelasyonuna bakıldı. Üç ölçeğin puanlarının birbirleri arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunması nedeniyle sadece prososyallik anne ölçeğinin empati ve duygu ayarlama ölçekleri ile korelasyonuna bakıldı.

Buna göre, prososyallik anne ile prososyallik baba ölçekleri arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır (r: 0,589 p<0,001). Ayrıca, prososyallik öğretmen toplam puanı ile anne ve baba ölçekleri arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır (r: 0,498 ve 0,461 p<0,001).

Tablo 18. DEHB grubunda prososyallik anne, baba ve öğretmen ölçeklerinin birbirleri arasındaki korelasyonu

	Prososyallik anne toplam	**Prososyallik baba toplam**	**Prososyallik öğretmen toplam**
Prososyallik anne toplam	-	0.589**	0,498**
Prososyallik baba toplam	0.589**	-	0,461**

**p<0,001



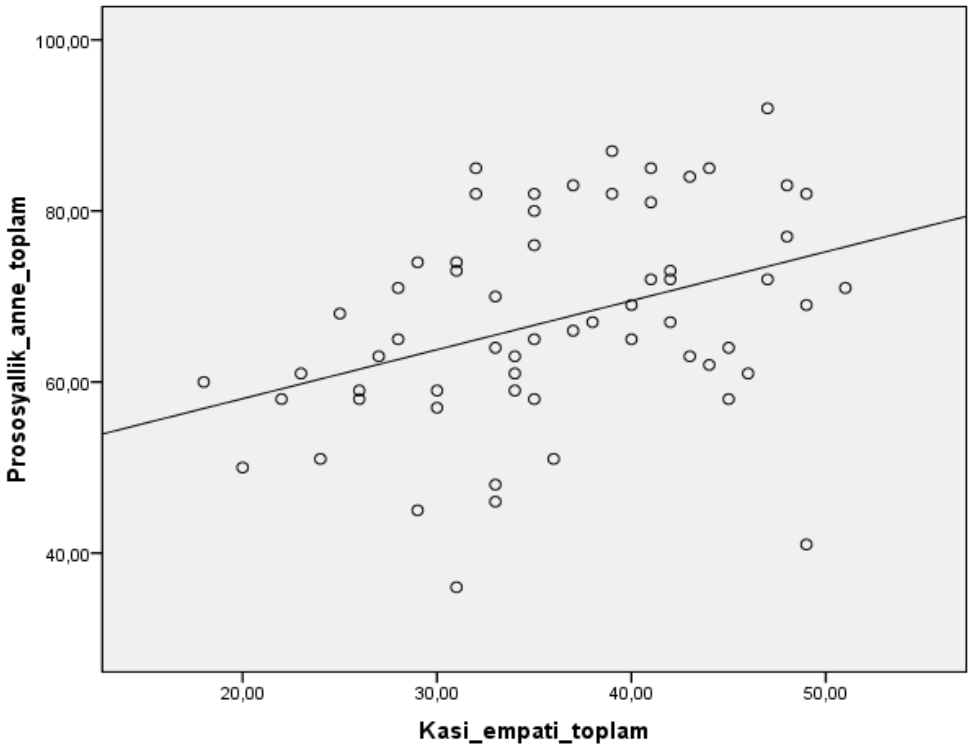
Şekil 6. DEHB grubu içinde prososyallik anne ve baba ölçeklerinin birbirleri arasındaki korelasyonu.

Prososyallik anne, Çocuklar için empati, KASİ toplam, Griffith empati, Duygu ayarlama toplam puanı ve SDQ akran sorunları ile sosyal davranışlar puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde; prososyallik anne toplam puanı ile Çocuklar için empati ölçeği ve KASİ toplam skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanırken, duygu ayarlama toplam skoru ve SDQ akran sorunları ile negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Tablo 19).

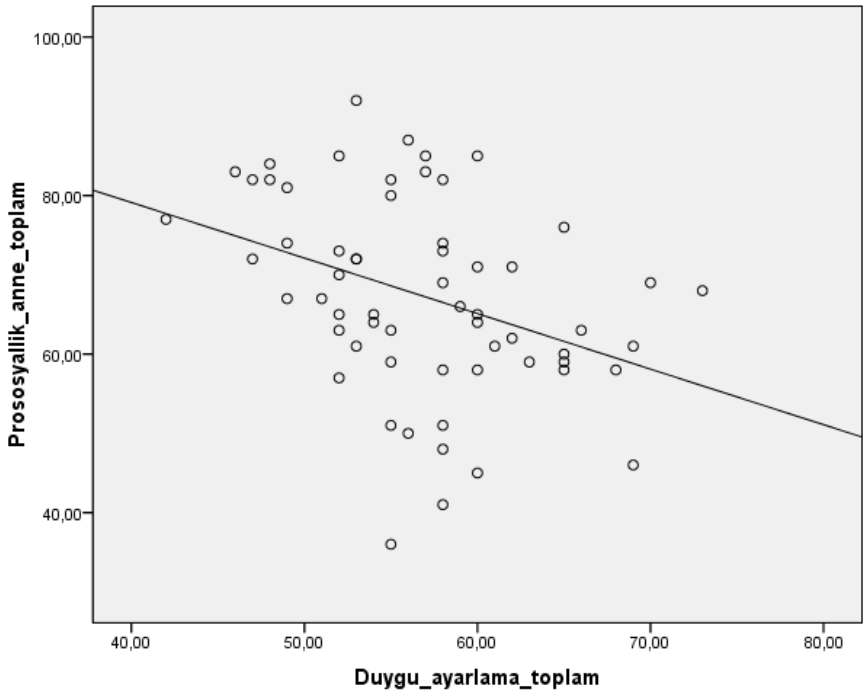
Tablo 19. DEHB grubunda prososyallik anne, Bryant empati, KA-Sİ toplam, Griffith empati, Duygu ayarlama toplam puanı ve GGA akran sorunları ile sosyal davranışlar puanları arasındaki korelasyon

	Prososyallik anne toplam	**Çocuklar için empati toplam**	**Kasi empati toplam**	**Griffith empati toplam**	**Duygu ayarlama toplam**	**SDQ akran sorunları**	**SDQ sosyal davranışlar**
Prososyallik anne toplam	1						
Çocuklar için empati toplam	,253*	1					
Kasi empati toplam	,376*	,539**	1				
Griffith empati toplam	-,028	,061	-,128	1			
Duygu ayarlama toplam	-,369*	-,180	-,362*	,207	1		
SDQ akran sorunları	-,096	,017	-,138	-,083	,283*	1	
SDQ sosyal davranışlar	,548**	,261*	,399**	,092	-,555**	-,165	1

*p<0,05 **p<0,001



Şekil 7. DEHB grubu içinde prososyallik anne ölçeği ve KASİ empati toplam puanı arasındaki korelasyonu



Şekil 8. DEHB grubu içinde prososyallik anne ölçeği ve duygu ayarlama toplam puanı arasındaki korelasyonu

GGA toplam puanı, duygu ayarlama toplam puanı, ebeveyn SNAP toplam puanı ve Coail toplam puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde; GGA toplam puanı ile duygu ayarlama toplam puanı, ebeveyn SNAP toplam puanı ve coail toplam puanı arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Tablo 20. DEHB grubunda GGA toplam puanı, duygu ayarlama toplam puanı, ebeveyn SNAP toplam puanı ve Coaile toplam puanı arasındaki korelasyon

	GGA toplam	**Duygu ayarlama toplam**	**Ebeveyn SNAP toplam**	**Coail toplam**
GGA toplam	1			
Duygu ayarlama toplam	0,545**	1		
Ebeveyn SNAP toplam	0,364*	0,176	1	
Coail toplam	0,558**	0,597**	0,436**	1

4.7. DEHB grubunda anne prososyallik ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

DEHB grubunda anne prososyallik ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin çok değişkenli olarak lineer regresyon analizi yapıldığında, Duygu Ayarlama Ölçeği toplam puanı ve KASİ empati ölçeği toplam puanı ile anne prososyallik ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 21. DEHB grubunda anne prososyallik ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

	R^2	F	B	t	p
Sabit	0,204	7,421	80,904	4,652	<0,001
Duygu ayarlama toplam			-0,509	-2,132	0,037
KASİ empati toplam			0,425	2,218	0,030

4.8. DEHB grubunda Çocuklar için KASİ empati ölçeği puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

DEHB grubunda Çocuklar için KASİ empati ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin çok değişkenli olarak lineer regresyon analizi yapıldığında; duygu ayarlama toplam puanı ve prososyallik anne ölçeği puanı ile KASİ empati ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 22. DEHB grubunda Çocuklar için KASİ empati ölçeği puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

	R^2	F	B	t	p
Sabit	0,199	7,215	42,102	3,444	0,001**
Duygu ayarlama toplam			-0,323	-2,047	0,045
Prososyallik anne ölçeği toplam			0,184	2,218	0,030

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda 8-12 yaş arası daha önce ilaç tedavisi başlanmamış veya en az 6 aydır ilaç tedavisi almamış olan, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde takip edilen DEHB tanılı çocuklar ile kontrol grubunu oluşturan sağlıklı çocuklarda; duygu regülasyonu, empati ve olumlu sosyal davranışlar arasındaki ilişkilerin araştırılması hedeflenmiştir.

Çalışmamızda DEHB tanılı grupla kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktaydı. Hem klinik örneklemde hem de epidemiyolojik örneklemde DEHB'nin kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü saptanmıştır. Yapılan oldukça geniş örneklemli bir araştırmada DEHB'nin erkeklerde kızlardan 2,5 kat fazla görüldüğü bildirilirken; 1978-2005 yılları arasındaki araştırmaların derlendiği bir meta analiz çalışmasında ise DEHB prevalansının erkeklerde kızlara göre 2,4 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Control, C.f.D.ve Prevention, 2005; Polanczyk ve ark., 2007). Epidemiyolojik örneklemde erkek-kız oranı 3/1 iken; klinik örneklemde 9/1 olduğu bildirilmiştir (Polanczyk ve ark., 2014). Bu farklılığın kızlarda dikkatsizliğin ve kognitif sorunların daha sık olmasından, davranışsal sorunlara erkeklerden daha az rastlanması nedeniyle tedavi için başvuru sıklığının kızlarda daha düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Staller ve Faraone, 2006). Bizim çalışmamızda DEHB grubu içinde erkek/kız oranı 4-5/1 oranında bulunmaktaydı ve bu epidemiyolojik örneklemde erkek-kız oranı 3/1 olarak bildirilen literatüre benzerdi (Özaslan ve Bilaç, 2015).

Çalışmamızda hasta grubu ve kontrol grubu arasında el tercihi ve katılımcının kardeşler arasındaki sırası açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ve yine aynı şekilde prenatal ve perinatal komplikasyonlar, açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktaydı. Annenin doğumdaki yaşı ve babanın doğumdaki yaşına bakıldığında DEHB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktaydı. Gebelikte sigara kullanımı açısından da kontrol ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktaydı.

DEHB grubunda olguların ilk kelimeleri söylemeye başlama zamanları açısından kontrol grubuna göre fark yokken; ilk cümleleri söylemeye başlama zamanı istatiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Her iki grupta da olguların yürümeye başladığı, ilk kelimelerini söylediği ve tuvalet eğitimi aldığı ayların ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Gurevitz ve arkadaşlarının yaptığı DEHB için okul çağında teşhis edilen 58 çocuğun ve 58 kontrol çocuğunun karşılaştırıldığı retrospektif bir çalışmada bebeklik döneminde sekiz parametrenin, daha sonraki DEHB gelişimiyle anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunlar 0 ila 1 ayda ileri anne yaşı, daha düşük anne eğitim durumu, ailede DEHB öyküsü, 3 ve 18 aylık sosyal problemler- baş çevresi yüzdeliklerinde azalma, 9 ve 18 ay Motor ve dil gelişiminde gecikme ve zor mizaç olarak belirtilmiştir. Literatür tarandığında, erken dönemde konuşma, motor ve dil konusundaki gecikmelerin DEHB ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır . (Gurevitz ve ark., 2014; Mayes ve ark., 2000). Yuva eğitimi alma, okuma-yazma öğrenme zamanı (okuma yazma öğrendiği dönem) ve sınıf tekrarı açısından iki grup karşılaştırıldığında; yuva eğitimi alma sıklığı DEHB'li grupta daha yüksek olmakla (%34,4 ve %24) birlikte istatiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. DEHB olgularının kontrol grubu olgularına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha geç okuma yazma öğrendikleri saptanmıştır.

Ebeveynlerin yaş ortalaması, eğitim düzeyi, çalışma durumları, birliktelik ve akrabalık durumları gruplar arasında benzerlik gösterdi. DEHB grubu olgularının annelerinin %8,2 si okuryazar değildi, kontrol grubunda ise okuryazar olmayan anne oranı %2 olarak tespit edildi, bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. DEHB olgularının ebeveynlerinde psikiyatrik tanı alma oranları kontrol grubuna göre yüksek bulunmakla birlikte istatiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İkinci derece akrabalarda psikiyatrik tanı varlığı DEHB olgularında sağlıklı kontrol grubu olgularına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Güçlü ve Erkıran'ın (2004) 118 DEHB ve 115 enürezis nokturna (EN) tanıları ile izlenen çocukların ebeveynleriyle yaptığı çalışmada, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu (%12.3) ve anksiyete bozukluğu (%8.1) bulunma oranı EN tanılı çocukların ebeveynlerinde bulunma oranından (sırasıyla %4.8, %3.5) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ve

DEHB ve eştanılı diğer psikiyatrik bozuklukların ailesel geçişindeki olası cinsiyet farklılıkları ile ilgili araştırmalarının yapılması gerektiği, erişkin tip DEHB ve eşlik eden tanı durumlarında ayrı birer ailesel alt tip olabileceği; bunu desteklemeye yönelik ileri aile ve biyolojik çalışmalar yapılmasının uygun olacağı ve ayrıca DEHB, eşlik eden tanı durumlarında veya her ikisinin de zaman içinde sürekliliğini belirlemek için izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu sonucuna varıldığı belirtilmiştir (Güçlü ve Erkıran, 2004).

DEHB olgularının güncel eş tanı oranları KOKGB % 29,5, enürezis % 13,3, ayrılık anksiyetesi bozukluğu % 6,4, enkoprezis % 4,9, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) %3,2, özgül fobi % 3,2 ve tik bozuklukları % 3,2 olarak bulundu. İmren ve arkadaşlarının (2013) 8-16 yaş arası 49 DEHB tanılı çocuk ve ergen ile 48 sağlıklı çocukla gerçekleştirdikleri çalışmada DEHB grubunun % 34.7' sinde en az bir tane eşlik eden tanı mevcut olduğu bulunmuştur. DEHB olgularının güncel eş tanı oranları KOKGB % 24.5, enüresis % 18.4, YAB % 8.2 ,tik bozuklukları % 8.2 ,enkopresis % 4.1 , DB % 4.1 ,özgül fobi % 4.1 , distimik bozukluk % 2.1 ,obsesif kompulsif bozukluk % 2.1 ,ve sosyal fobi % 2.1 .olarak bulunmuştur (İmren ve ark., 2013).

DEHB ve kontrol grubunun zeka değerlendirmeleri neticesinde her iki grubun da zeka seviyelerinin normal sınırlarda olduğu saptandı. WISC-R sözel ve WISC-R toplam puanlarında DEHB grubunun kontrol grubuna kıyasla daha düşük puanlar aldığı gözlenmiştir. İki grup arasında WISC-R performans puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. WISC-R ve alt testlerinin, sözel ve performans bölümü farklarının DEHB 'ye özgü özellikleri ölçmesi ve sınıflandırması konusunda farklı sonuçlar mevcuttur (Erdoğan-Bakar ve ark., 2005; Karakaş ve ark., 2013). DEHB grubunda CADÖ, CÖDÖ, öğretmen ve ebeveyn formu puanları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Dinçer ve arkadaşlarının yaşları 72-151 ay aralığında olan toplam 160 erkek çocuğuyla yaptığı (Bu katılımcıların 38'i sağlıklı kontrol grubunda, 122'si ise DEHB tanı grubundadır alt tipler ise : DEHB-bileşik tip: 69, DEHB-dikkat eksikliği önde alt tip: 37, DEHB- hiperaktivite dürtüsellik önde alt tip:16 katılımcı) ,katılımcıların öğretmen ve ebeveynleri CADÖ, CÖDÖ ve BRIEF anketleri uygulayarak yaptığı çalışmada DEHB grubunda CADÖ

ve CÖDÖ puanları kontrol grubundan istatistiksel anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (Dinçer ve ark., 2012). Bu durum bizim bulgularımızla uyumludur.

SNAP-IV aile belirti tarama anketi puanlarına bakıldığında tüm alt puanlar (Dikkat eksikliği, Hiperaktivite) ve toplam puan açısından DEHB grubu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. SNAP-IV öğretmen belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puanları bakıldığında yine aynı şekilde DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. SNAP-IV aile ve öğretmen formlarından alınan ortalama puanlar kontrol ve DEHB grupları için benzer olarak bulunmuştur. SNAP, ebeveynler veya öğretmenler tarafından tamamlanabilen DEHB için DSM-IV tarama formu olduğundan bu bilgiler literatürle uyumludur (Bussing ve ark., 2008; Mattos ve ark., 2006). DEHB grubu olgularının GGA ebeveyn formu ölçeği toplam güçlük puanı ve tüm alt ölçek puan ortalamaları bakımından kontrol grubu olgularından daha yüksek puan almıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Akar' ın tez çalışmasında 48 aile ve çocuk üzerinde çalışılmıştır. DEHB tanısı alan ve en az 2 ay ilaç tedavisi almış olan 7-12 yaş arası çocuklarda Üç P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı'nın çocuklardaki DEHB belirtileri üzerine etkisini belirlemek üzere hasta kontrol grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası GGA alt ölçekleri puanları (sosyal davranış hariç) ve toplam puanlar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur (Öztürk Y., 2013). Literatürde bununla ilgili yapılan diğer çalışmalarda DEHB grubu ile kontrol grupları arasında sosyal davranış alt ölçeğinde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Beşer ve Çam, 2008; Keskin G., 2007).

Her iki grubun da duygu ayarlama toplam puan, duygu ayarlama alt ölçeği ve değişkenlik- olumsuzluk alt ölçek puanlarının ortalamaları incelendiğinde; duygu ayarlama alt ölçek puan ortalamaları DEHB grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş olup istatiksel olarak anlamlıydı. DEHB olgularında değişkenlik-olumsuzluk alt ölçek ve duygu ayarlama toplam puan ortalamalarının istatistiksel analizinde ileri derecede anlamlı fark tespit edildi. Bu bulgu literatürde DEHB tanısı alan çocuklarda duygu ayarlamanın bozuk olduğu yönündeki çalışmalarla uyumludur (Melnick ve Hinshaw, 2000). Keser ve arkadaşlarının annenin DEHB belirtilerinin, ana-baba tutumlarının, çocuğun duygu ayarlamasının ve cinsiyetinin çocukların DEHB tanısı almalarını yordama güçlerini araştıran DEHB tanısı alan 87 çocuk ile

pediatri polikliniğine başvuran DEHB tanısı bulunmayan 84 çocukla yaptıkları çalışmada çocukların yüksek değişken/olumsuz duygu ayarlamaları, ana-baba tutumu yetkeci olsun ya da olmasın DEHB tanısı alma olasılıklarını artırdığı belirtilmiştir ve bu durum bizim bulgularımızla uyumludur .(Çakır B., 2017; Keser ve ark., 2012)

KA-Sİ empati eğilim ölçeği çocuk formu incelendiğinde hem toplam hem de alt ölçek puanları kontrol grubunda daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Gene Bryant empati ölçeği çocuk formu incelendiğinde kontrol grubu ortalaması daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Griffith Anne-Baba Empati Ölçeği toplam puanları DEHB ve kontrol grubu olgularında benzer bulunmuştur.

DEHB'li çocukların, DEHB'li olmayan çocuklara göre daha az empatik tepki verdiklerini bildiren çalışmaların yanısıra (Braaten ve Rosén, 2000; Demirci ve ark., 2015) az da olsa DEHB'li çocuklarda kontrol grubu ile kıyaslandığında empati becerilerinde farklılık olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Marton ve ark., 2009)

KOKGB eşlik eden ve etmeyen DEHB alt grupları karşılaştırıldığında KOKGB bulunan hastalarda KOKGB bulunmayanlara göre Bryant çocuklar için empati, KASİ empati ölçek puanları ve çocuk prososyallik ölçeği öğretmen ve anne puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca KOKGB bulunan hastalarda duygu ayarlama değişkenlik olumsuzluk ve duygu ayarlama toplam ölçek puanları KOKGB bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Demirci ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada kontrol grubu ile kıyaslandığında DEHB grubunda agresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, empati ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük saptandığı ve agresyonun DEHB, DB ve KOKGB gibi dışavurum bozukluklarına eşlik ettiği bildirilmiştir. Bu bulgular bizim bulgularımızla örtüşmektedir (Çakır, 2017; Demirci ve ark., 2015).

Çocuklar için prososyallik ölçeği anne, baba ve öğretmen formu toplam puan ortalamaları DEHB grubu olgularında kontrol grubu olgularına göre daha düşük saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıydı. Hem DEHB hem de kontrol grupları toplam puan ortalaması bakımından en düşük puanı anneler verirken baba ve öğretmen formlarının puan ortalaması aynı olmuştur.

Literatürde annelerin ve babaların çocuklarının olumlu sosyal davranışlarla ilgili değerlendirmelerinin öğretmenlerle paralellik taşımadığını gösteren ve anne ve babaların çocuklarını ortalama puanın üzerinde değerlendirirken, öğretmenler ortalamanın altında değerlendirdiği çalışmalar bulunmaktadır (Ogelman ve Canbeldek, 2016; Gündoğdu ve ark., 2016) DEHB grubunun içinde prososyallik ölçeklerinin (anne, baba, öğretmen) kendi aralarında korelasyonlarına bakıldığında ise prososyallik anne ile prososyallik baba ölçekleri arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır ve bu bilgi literatürle uyumludur (Ogelman ve Canbeldek, 2016). Ayrıca, prososyallik öğretmen toplam puanı ile anne ve baba ölçekleri arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır ve bu bulgu literatürle uyumlu değildir (Ogelman ve Canbeldek, 2016; Gündoğdu ve ark., 2016). Anne, baba, öğretmen prososyallik ölçeklerinin birbiri arasındaki korelasyonları anlamlıdır; anne, baba, öğretmen gözlemleri birbirine benzer yöndedir.

Sadece DEHB tanılı grupta GGA toplam puanı, duygu ayarlama toplam puanı, ebeveyn SNAP toplam puanı ve Conners aile ölçeği toplam puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde duygu ayarlama ölçeği ile GGA toplam puanı ve Conners aile toplam puanı arasında ileri derecede pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu, SNAP IV toplam puanı ileyse anlamlı korelasyonu olmadığı saptanmıştır. Prososyallik anne ölçeği, KA-Sİ empati toplam puanı, Bryant empati toplam puanları ile ayrı ayrı GGA toplam puanı, ebeveyn SNAP IV toplam puanı ve Conners aile ölçeği toplam puanı arasında ise anlamlı korelasyon saptanamamıştır.

DEHB grubu içinde duygu ayarlama toplam ve prososyallik anne ölçeği toplam puanı arasında ve duygu ayarlama toplam ve KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı arasında ileri derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır. DEHB grubu içinde duygu ayarlama toplam ve Bryant empati ölçeği çocuk formu toplam puanı arasında ve duygu ayarlama toplam puanı arasında ve Griffith anne-baba empati ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

DEHB grubunda anne prososyallik ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin çok değişkenli olarak lineer regresyon analizi yapıldığında, Duygu Ayarlama Ölçeği

toplam puanı ve KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı ile anne prososyallik ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

DEHB grubunda Çocuklar için KA-Sİ empati ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin çok değişkenli olarak farklı bir model ile lineer regresyon analizi yapıldığında; duygu ayarlama ölçeği toplam puanı ve prososyallik anne ölçeği puanı ile KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocuklar tarafından doldurulan KA-Sİ empati ölçeği ile anne tarafından doldurulan prososyallik anne ölçeği arasındaki ilişki sosyal becerilerle empati düzeyleri arasında pozitif ilişkiyi göstermektedir KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı ile duygu ayarlama toplam puanı arasındaki ilişki, duygu ayarlama güçlüğünün empati düzeyine olumsuz etkisini göstermektedir. Duygu ayarlama stratejilerinin prososyal davranış ile empati arasında ilişkiyi etkilediği gösterilmiştir (Lockwood ve ark., 2014). Hasta ve Güler'in saldırganlık ile empati becerisi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada empati becerisi düşük olan çocukların saldırganlık düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (Hasta ve Güler, 2013). Rehber'in yaptığı araştırmasında, empati becerisi zayıf olan öğrencilerin empati becerisi güçlü olan öğrencilere göre saldırganlık davranışlarını daha fazla gösterdikleri sonucuna ulaşmıştır ve bu bulgular bizim çalışmamızla tutarlıdır (Rehber ve Atıcı, 2009).

6. SONUÇLAR

Kısıtlılıklar

Çalışmamızın örneklem büyüklüğü daha fazla olsaydı, normal dağılım sağlanabilir ve tüm karşılaştırmalar için parametrik analizler yapılabilirdi.

Çalışmamızda DEHB grubunun çocuk psikiyatri polikliniğinden seçilmiş olması, klinik olarak daha şiddetli belirtileri olan ve eş tanıları fazla olan vakaların olduğu bir grup oluşmasına sebep olabilir. Bulgularımız toplum örneklemine genellenemeyebilir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda DEHB olan çocuklarda duygu düzenleme güçlükleri, empati becerileri ve prososyal davranış seviyelerinin sağlıklı çocuklar ile karşılaştırılması ve DEHB olan çocuklarda duygu düzenleme, empati ve prososyal davranış seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştırmak hedeflenmiştir.

DEHB grubunun kontrol grubuna göre duygu ayarlama güçlüklerinin daha fazla olduğu; empati seviyelerinin daha düşük olduğu; prososyal davranış seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

DEHB grubu içinde duygu ayarlama toplam ve prososyallik anne ölçeği toplam puanı arasında ve duygu ayarlama toplam ve KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı arasında ileri derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır.

DEHB grubunda anne prososyallik ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin çok değişkenli olarak lineer regresyon analizi yapıldığında, Duygu Ayarlama Ölçeği toplam puanı ve KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı ile anne prososyallik ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

DEHB grubunda Çocuklar için KA-Sİ empati ölçeği puanları üzerine etki eden faktörlerin çok değişkenli olarak farklı bir model ile lineer regresyon analizi yapıldığında; duygu ayarlama ölçeği toplam puanı ve prososyallik anne ölçeği puanı ile KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuklar tarafından doldurulan KA-Sİ empati ölçeği ile anne tarafından doldurulan prososyallik anne ölçeği arasındaki ilişki sosyal becerilerle empati düzeyleri arasında pozitif ilişkiyi göstermektedir. KA-Sİ empati ölçeği toplam puanı ile duygu ayarlama toplam puanı arasındaki ilişki, duygu ayarlama güçlüğünün empati düzeyine olumsuz etkisini göstermektedir.

Duygu ayarlama stratejilerinin prososyal davranış ile empati arasında ilişkiyi etkilediği gösterilmiştir (Lockwood ve ark., 2014) duygu ayarlama becerilerinin iyileştirilmesi DEHB tanısı alan çocukların sosyal-duygusal gelişimleri açısından yararlı olacaktır.

Daha sonraki araştırmalarda daha geniş örneklemlerde ölçeklerin yanısıra gözlemsel yöntemler de kullanılarak bu konudaki bilgi birikimi arttırılabilir.

7. KAYNAKLAR

Ambrosini, P. J., Bennett, D. S., and Elia, J. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. Journal of affective disorders, 145(1), 70-76.

American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Revised. DSM III-R Tanı Ölçütleri, (Çev. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1987.

Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çev: Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub.

Angold, A., Costello, E. J., and Erkanli, A. (1999). Comorbidity. Journal of child psychology and psychiatry, 40(1), 57-87.

Arkonaç O (1999) Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 188.

Arnsten, A. F., and Pliszka, S. R. (2011). Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. Pharmacol Biochem Behav, 99(2), 211-216.

Association, A. P. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders; revised (DSM-III-R). Washington DG.

August, G. J., Winters, K. C., Realmuto, G. M., Fahnhorst, T., Botzet, A., & Lee, S. (2006). Prospective study of adolescent drug use among community samples of ADHD and non-ADHD participants. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45(7), 824-832.

Bağcı B., Yrd. Doç. Dr. Ayşe Öztürk Samur; Çocuk ve Yetişkin Prososyallik Ölçeklerinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması ve Çocuk ile Anne-Baba Prososyal Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi adlı tez çalışması. 2015.ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ OKUL ÖNCESİ ANABİLİM DALI

Baloh, R., Sturm, R., Green, B., and Gleser, G. (1975). Neuropsychological effects of chronic asymptomatic increased lead absorption. A controlled study. Arch Neurol, 32(5), 326-330.

Banerjee, T. D., Middleton, F., and Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. Acta paediatrica, 96(9), 1269-1274.

Barkley, R. A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. Journal of Psychiatric Practice,® 10(1), 39-56.

Barkley, R. A. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment: Guilford Publications.

Barkley et al., (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45(2), 192-202.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., and Fischer, M. (2010). ADHD in adults: What the science says: Guilford Press.

Berking, M., and Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. Current opinion in psychiatry, 25(2), 128-134.

Beşer, N. G., ve Çam, O. (2008). Suça yatkın ergenlerde olumlu kişiler arası ilişkiler geliştirme programının etkililiğinin incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. The Journal of clinical psychiatry.

Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K.,Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. Am J Psychiatry, 152(3), 431-435.

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry, 150(12), 1792-1798.

Biederman, J., Mick, E., and Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry, 157(5), 816-818.

Biederman, J., Spencer, T. J., Petty, C., Hyder, L. L., O'Connor, K. B., Surman, C. B., and Faraone, S. V. (2012). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. Neuropsychiatric disease and treatment, 8, 267.

Bobb, A. J., Castellanos, F. X., Addington, A. M., and Rapoport, J. L. (2006). Molecular genetic studies of ADHD: 1991 to 2004. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 141(6), 551-565.

Braaten, E. B., and Rosén, L. A. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. Journal of consulting and clinical psychology, 68(2), 313.

Brotman, M. A., Schmajuk, M., Rich, B. A., Dickstein, D. P., Guyer, A. E., Costello, E. J., Leibenluft, E. (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psychiatry, 60(9), 991-997.

Bryant, B. K. An index of empathy for children and adolescents. Child Development 1982; 53: 413–425.

Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Hou, W., Garvan, C. W., Eyberg, S. M., and Swanson, J. M. (2008). Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. Assessment, 15(3), 317-328.

Bymaster et al., Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. Neuropsychopharmacology. 2002 Nov;27(5):699-711.

Charach, A., Yeung, E., Climans, T., and Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50(1), 9-21.

Childress, A. (2017). The safety of extended-release drug formulations for the treatment of ADHD. Expert Opinion on Drug Safety, 16(5), 603-615.

Clements, S. D. (1966). Minimal Brain Dysfunction in Children; Terminology and Identification. Phase I of a Three-Phase Project. NINDB Monograph No. 3.

Cole, P. M., Martin, S. E., and Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. Child development, 75(2), 317-333.

Control, C. f. D., and Prevention. (2005). Mental health in the United States. Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder--United States, 2003. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 54(34), 842.

Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. Eur J Paediatr Neurol, 16(5), 422-433.

Costello, E. J., Egger, H. L., and Angold, A. (2004). Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders.

Çakır, B. (2017). DEHB tanısı almış çocukların aile resmi çizimlerinin algılanan ebeveyn tutumları ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi. Işık Üniversitesi,

Dalsgaard, S., Ostergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., and Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. Lancet, 385(9983), 2190-2196.

David Acevedo-Polakovich, I., Lorch, E. P., and Milich, R. (2007). Comparing television use and reading in children with ADHD and non-referred children across two age groups. Media Psychology, 9(2), 447-472.

David, O. J. (1974). Association between lower level lead concentrations and hyperactivity in children. Environ Health Perspect, 7, 17-25.

Daviss, W. B. (2008). A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiologies, phenomenology, and treatment. J Child Adolesc Psychopharmacol, 18(6), 565-571.

Decetey J., Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. Scientific World Journal, 6, 1146–1163

De la Burde, B., and Choate, M. L. (1975). Early asymptomatic lead exposure and development at school age. J Pediatr, 87(4), 638-642.

Demirci, E. Ö., Öztop, D. B., ve Melikgazi, K. (2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erkek Çocuk ve Ergenlerde Agresyon, Empati ve 2D: 4D Parmak Oranlarının İlişkisi. Paper presented at the Yeni Symposium.

Dereboy, Ç., Şenol, S., Şener, Ş., ve Dereboy, F. (2007). Conners Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 18, 48-58.

Deschamps, P., Schutter, D., Kenemans, J., and Matthys, W. (2015). Empathy and prosocial behavior in response to sadness and distress in 6-to 7-year olds diagnosed with disruptive behavior disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. European child & adolescent psychiatry, 24(1), 105-113.

De Wied, M., Branje, S.J.T., Meeus, W.H.J. Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents. Aggressive Behavior,2007; 33: 48-55.

Diamantopoulou, S., Henricsson, L., and Rydell, A.M. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. International Journal of Behavioral Development, 29(5), 388-398.

Dinçer, P. E. D., Bakar, E. E., Taner, Y. I., Soysal, P. A. Ş., Turgay, A., ve Karakaş, S. (2012). Conners Derecelendirme Ölçeğinin yönetici işlevlerle ilişkisi. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 32(4), 1011-1025.

Dökmen, Ü. (2004). Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık..

Dyck, M. J., Ferguson, K., and Shochet, I. M. (2001). Do autism spectrum disorders differ from each other and from non-spectrum disorders on emotion recognition tests? European child and adolescent psychiatry, 10(2), 105-116.

Eisenberg, N., and Fabes, R. A. Prosocial development. Social, emotional, and personality development In W. Damon, & N. Eisenberg (Eds.), Handbook of child psychology 1998; 3: 701-778.

Eisenberg, N., Eggum, N. D., and Di Giunta, L. (2010). Empathy-related responding: Associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. Social issues and policy review, 4(1), 143-180.

Ellison-Wright, I., Ellison-Wright, Z., & Bullmore, E. (2008). Structural brain change in attention deficit hyperactivity disorder identified by meta-analysis. BMC psychiatry, 8(1), 51.

Epstein, M. H., Cullinan, D., and Polloway, E. (1986). Patterns of maladjustment among mentally retarded children and youth. American journal of mental deficiency, 91(2), 127-134.

Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U. A., Yazici, K. U., Basay, B. K., Rohde, L. A. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. Child and adolescent psychiatry and mental health, 7(1), p. 1-10.

Erdoğan-Bakar, E., Soysal, A., Kiriş, N., Şahin, A., ve Karakaş, S. (2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesinde Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği geliştirilmiş formunun yeri. Klinik Psikiyatri, 8(1), 5-17.

Ernst, M., Cohen, R. M., Liebenauer, L. L., Jons, P. H., and Zametkin, A. J. (1997). Cerebral glucose metabolism in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(10), 1399-1406.

Faraone, S. V., and Biederman, J. (2000). Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. Developmental Review, 20(4), 568-581.

Faraone, S. V., Biederman, J., and Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychol Med, 36(2), 159-165.

Faraone, S. V., and Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. European child and adolescent psychiatry, 19(4), 353-364.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., and Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biological psychiatry, 57(11), 1313-1323.

Ferenczi, S. (1931). Child analysis in the analysis of adults. Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis. New York: Basic Books

Ferenczi, (1933). Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis. New York: Basic Books.

Findling, R. L., Short, E. J., McNamara, N. K., Demeter, C. A., Stansbrey, R. J., Gracious, B. L., Calabrese, J. R. (2007). Methylphenidate in the treatment of children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry, 46(11), 1445-1453.

Ford, T., Goodman, R., and Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry, 42(10), 1203-1211.

Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. London:Hogarth Press.

Freud, S. (1920). Group psychology and the analysis of the ego. London:Hogart Press.

Fried, P. A., and Watkinson, B. (2001). Differential effects on facets of attention in adolescents prenatally exposed to cigarettes and marihuana. Neurotoxicol Teratol, 23(5), 421-430.

Fusar-Poli, P., Rubia, K., Rossi, G., Sartori, G., and Balottin, U. (2012). Striatal dopamine transporter alterations in ADHD: pathophysiology or adaptation to psychostimulants? A meta-analysis. Am J Psychiatry, 169(3), 264-272.

Fuster, J. (1997). The Prefrontal Cortex:. Physiology, and Anatomy-an update.

Gershon, J., and Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. Journal of attention disorders, 5(3), 143-154.

Gillberg C. (2014). ADHD and its many associated problems. Oxford University Press.

Giummarra, M., Fitzgibbon, B., Georgiou-Karistianis, N., Beukelman, M., Verdejo-Garcia, A., Blumberg, Z., Gibson, S. (2015). Affective, sensory and empathic sharing of another's pain: The Empathy for Pain Scale. European Journal of Pain, 19(6), 807-816.

Gizer, I. R., Ficks, C., and Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. Hum Genet, 126(1), 51-90.

Golubchik, P. and Weizman, A. (2017). The Possible Effect of Methylphenidate Treatment on Empathy in Children Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Both With and Without Comorbid Oppositional Defiant Disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of child psychology and psychiatry, 38(5), 581-586.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(11), 1337-1345.

Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B, Kültür EÇ, Akdemir D,Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme ÇizelgesiŞimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11(3): 109- 116.

Grattan, L. M. and Eslinger, P. J. (1991). Frontal lobe damage in children and adults: A comparative review. Developmental Neuropsychology, 7(3), 283-326.

Gratz, K. L. and Roemer, L. (2004). 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, 26(1), 41-54.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology, 39(3), 281-291.

Gross, J. J. and Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. Clinical psychology: Science and practice, 2(2), 151-164.

Group, M. C. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry, 56(12), 1073.

Guelfi, J. (1980). American Psychiatric Association-DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Thirth Edition.

Gurevitz, M., Geva, R., Varon, M., and Leitner, Y. (2014). Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. Journal of attention disorders, 18(1), 14-22.

Güçlü, O., & Erkıran, M. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yüklülük. Klinik Psikiyatri, 7, 32-41.

Güler, A. S., Scahill, L., Jeon, S., Taşkın, B., Dedeoğlu, C., Ünal, S., and Yazgan, Y. (2014). Use of multiple informants to identify children at high risk for ADHD in Turkish school-age children. Journal of attention disorders.

Gülseren, Ş.(2001). Eşduyum (Empati): Tanımı ve kullanımı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Derg.,12,133-145.

Gümüştaş, F., Yilmaz, I., Yulaf, Y., Gokce, S., and Sabuncuoglu, O. (2017). Empathy and Facial Expression Recognition in Children With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Effects of Stimulant Medication on Empathic Skills in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.

Gündoğdu Y. ve ark.,(2016). Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17(2).

Güvenir, T., Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B., ve İncekaş, S. (2008). GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ'NİN (GGA) TÜRKÇE UYARLAMASININ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Dergisi (Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health), 15, 65-74.

Hamshere, M. L., Langley, K., Martin, J., Agha, S. S., Stergiakouli, E., Anney, R. J., Neale, B. M. (2014). High loading of polygenic risk for ADHD in children with comorbid aggression. American journal of psychiatry.

Handen, B. L., and Gilchrist, R. (2006). Practitioner review: psychopharmacology in children and adolescents with mental retardation. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(9), 871-882.

Hasta, D. ve Güler, M. E. (2013). Saldırganlık: kişilerarası ilişki tarzları ve empati açısından bir inceleme. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(1), 64-104.

Hay, D. F., Hudson, K., and Liang, W. (2010). Links between preschool children's prosocial skills and aggressive conduct problems: The contribution of ADHD symptoms. Early Childhood Research Quarterly, 25(4), 493-501.

Hechtman, L. (2000). Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 9(3), 481-498.

Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. In C. E. Izard, J.

Hoffman, L.M. (2003). Empathy and Moral Development, Two Edition, Cambridge University Pres, USA.

Hunter, H. (2003). Affective empathy in children, measurement and correlation. Unpublished PhD. Dissertation, Griffith University.

Hurtig, T., Taanila, A., Moilanen, I., Nordström, T., and Ebeling, H. (2012). Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder a study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. Nordic journal of psychiatry, 66(5), 320-328.

İmren, S. G., Arman, A. R., Gümüştaş, F., Yulaf, Y., ve Çakıcı, Ö. (2013). Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu eşhastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi), 38(1).

Julvez, J., Ribas-Fito, N., Forns, M., Garcia-Esteban, R., Torrent, M., and Sunyer, J. (2007). Attention behaviour and hyperactivity at age 4 and duration of breast-feeding. Acta Paediatr, 96(6), 842-847.

Kadziela-Olech, H., and Piotrowska-Jastrzebska, J. (2005). The duration of breastfeeding and attention deficit hyperactivity disorder. Rocz Akad Med Bialymst, 50, 302-306.

Kapçı, E., Uslu, R., Akgün, E., ve Acer, D. (2009). İlköğretim çağı çocuklarında duygu ayarlama: Bir ölçek uyarlama çalışması ve duygu ayarlamayla ilişkili etmenlerin belirlenmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 16(1), 13-20.

Karakas, S., Bakar, E. E., and Taner, Y. I. (2013). Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu Olgularindaki Zeka Puaninda Dikkatin Rolü/The Role of Attention on the Intelligence Test Scores of Patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Türk Psikoloji Dergisi, 28(72), 62.

Kaya A.ve Siyez D., KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği: Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Eğitim ve Bilim 2010, Cilt 35, Sayı 156

Keser, N., Kapçı, E. G., ve Öze, A. (2012). ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN İNCELENMESİ: ARACI VE ETKİLEŞİM DEĞİŞKENLERİ İLE BİR MODEL TESTİ. Paper presented at the Yeni Symposium.

Keskin, G. (2007). Ergenlerin ruhsal durumları ve ebeveyn tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi,

Kooij J.J.S (2010): Adult ADHD, Diagnostic assessment and treatment. second edition. Published by Pearson.

Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan, A. and Findling, R. L. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. Bipolar disorders, 7(6), 483-496.

Krämer, U. M., Mohammadi, B., Doñamayor, N., Samii, A., and Münte, T. F. (2010). Emotional and cognitive aspects of empathy and their relation to social cognition an fMRI-study. Brain research, 1311, 110-120.

Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., van den Bree, M., Harold, G., Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry, 196(3), 235-240.

Langley, K., Rice, F., van den Bree, M. B., and Thapar, A. (2005). Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. Minerva Pediatr, 57(6), 359-371.

Levin, H., Hanten, G., Max, J., Li, X., Swank, P., Ewing-Cobbs, L., Schachar, R. (2007). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder following traumatic brain injury in children. J Dev Behav Pediatr, 28(2), 108-118.

Lingineni, R. K., Biswas, S., Ahmad, N., Jackson, B. E., Bae, S., and Singh, K. P. (2012). Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. BMC Pediatr, 12, 50.

Lockwood, P. L., Seara-Cardoso, A., and Viding, E. (2014). Emotion regulation moderates the association between empathy and prosocial behavior. PloS one, 9(5), e96555.

Loe, I. M., and Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. J Pediatr Psychol, 32(6), 643-654.

Lou, H. C., Henriksen, L., and Bruhn, P. (1990). Focal cerebral dysfunction in developmental learning disabilities. Lancet, 335(8680), 8-11.

Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P., Borner, H., & Nielsen, J. B. (1989). Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. Arch Neurol, 46(1), 48-52.

Maoz, H., Tsviban, L., Gvirts, H. Z., Shamay-Tsoory, S. G., Levkovitz, Y., Watemberg, N., and Bloch, Y. (2014). Stimulants improve theory of mind in children with attention deficit/hyperactivity disorder. Journal of Psychopharmacology, 28(3), 212-219.

Martel, M. M. (2013). Individual differences in attention deficit hyperactivity disorder symptoms and associated executive dysfunction and traits: Sex, ethnicity, and family income. American Journal of Orthopsychiatry, 83(2pt3), 165-175.

Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C., and Tannock, R. (2009). Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of abnormal child psychology, 37(1), 107-118.

Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., and Pinto, D. (2006). A Brazilian version of the MTA-SNAP-IV for evaluation of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional-defiant disorder. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28(3), 290-297.

Max, J. E., Schachar, R. J., Levin, H. S., Ewing-Cobbs, L., Chapman, S. B., Dennis, M., Landis, J. (2005a). Predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder within 6 months after pediatric traumatic brain injury. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 44(10), 1032-1040.

Max, J. E., Schachar, R. J., Levin, H. S., Ewing-Cobbs, L., Chapman, S. B., Dennis, M., Landis, J. (2005b). Predictors of secondary attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents 6 to 24 months after traumatic brain injury. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 44(10), 1041-1049.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., and Crowell, E. W. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. Journal of learning disabilities, 33(5), 417-424.

Melnick, S. M., and Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference. Journal of abnormal child psychology, 28(1), 73-86.

Morrison, J. R. and Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. Archives of General Psychiatry, 28(6), 888-891.

Mukaddes, N. M. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar (2015).

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., and Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. In: American Psychological Association.

Needleman, H. L., Gunnoe, C., Leviton, A., Reed, R., Peresie, H., Maher, C., and Barrett, P. (1979). Deficits in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. N Engl J Med, 300(13), 689-695.

Needleman, H. L., Schell, A., Bellinger, D., Leviton, A., and Allred, E. N. (1990). The long-term effects of exposure to low doses of lead in childhood: an 11-year follow-up report. New England Journal of Medicine, 322(2), 83-88.

Network, R. U. o. P. P. A. (2005). Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. Arch Gen Psychiatry, 62(11), 1266-1274.

Ogelman, H.G. and Canbeldek, M. (2016). Examination of the Correlation Between Prosocial Behaviours of Young Children Based on Views of Mother-Father-Teacher and Between Prosocial Behaviours Of Mother-Father-Child.

Olson, S. L., Schilling, E. M., and Bates, J. E. (1999). Measurement of impulsivity: construct coherence, longitudinal stability, and relationship with externalizing problems in middle childhood and adolescence. J Abnorm Child Psychol, 27(2), 151-165.

Owena, M. O. D., and Thapar, A. (2010). Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis.

Öy, B. (1991). Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2(2), 132-136.

Özaslan, T.U. ve Bilaç Ö., (2015). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 1(1), 1-5.

Öztürk, Y. (2013). Triple P olumlu anne babalık eğitimi'nin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan 7-12 yaş arası çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri üzerine etkilerinin araştırıldığı randomize kontrollü bir çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Pataki, C., and Carlson, G. A. (2013). The comorbidity of ADHD and bipolar disorder: any less confusion? Current psychiatry reports, 15(7), 1-7.

Pauly, J. R., and Slotkin, T. A. (2008). Maternal tobacco smoking, nicotine replacement and neurobehavioural development. Acta Paediatr, 97(10), 1331-1337.

Pearson, D. A., and Aman, M. G. (1994). Ratings of hyperactivity and developmental indices: should clinicians correct for developmental level? Journal of autism and developmental disorders, 24(4), 395-411.

Pliszka, S. R. (2005). The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry, 57(11), 1385-1390.

Pliszka, S. R. (2009). Treating ADHD and comorbid disorders: Psychosocial and psychopharmacological interventions: Guilford Press.

Pliszka, S. R., Carlson, C. L., and Swanson, J. M. (1999). ADHD With Comorbid Disorders: Clinical Assessment and Management: ERIC.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., and Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. American journal of psychiatry, 164(6), 942-948.

Polanczyk, G., and Rohde, L. A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current opinion in psychiatry, 20(4), 386-392.

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., and Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. International journal of epidemiology, 43(2), 434-442.

Rachman, A.W.M. (1988). The rule of empathy: Sandor Fernczi's pioneering contribitions to tha empathic method in psychoanalysis. J Am Acad Psychoanalysis, 16,1-27.

REHBER, U. P. D. E., & ATICI, M. (2009). İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerine göre çatışma çözme davranışlarının incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18(1).

Roberts, W., College, C., and Strayer, J. (1996). Empathy, emotional expressiveness, and prosocial behavior. Child Development. 67, 449-470.

Rogers, C. R. (1983). “Empatik olmak değeri anlaşılmamış bir varoluş şeklidir.” Çev. Akkoyun, F. Ankara Üniversitesi Egitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 16, 103-124

Rommelse, N. N., Franke, B., Geurts, H. M., Hartman, C. A., and Buitelaar, J. K. (2010). Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. European child & adolescent psychiatry, 19(3), 281-295.

Rothenberger, A., Roessner, V., Banaschewski, T., and Leckman, J. F. (2007). Co-existence of tic disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder-recent advances in understanding and treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry, 16 Suppl 1, 1-4.

Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., & Thapar, A. (2011). Rutter's child and adolescent psychiatry: John Wiley and Sons.

Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., and Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas. I--The prevalence of psychiatric disorder. Br J Psychiatry, 126, 493-509.

Satterfield, J. H., Faller, K. J., Crinella, F. M., Schell, A. M., Swanson, J. M., and Homer, L. D. (2007). A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46(5), 601-610. doi:10.1097/chi.0b013e318033ff59

Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISCR) El Kitabı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1995.

Schweitzer, J. B., Faber, T. L., Grafton, S. T., Tune, L. E., Hoffman, J. M., & Kilts, C. D. (2000). Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry, 157(2), 278-280.

Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., and Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. Current psychiatry reports, 19(1), 1.

Sharma RM. Empathy: A retrospective on its development in psychotherapy. Australian and New Zealand Journal of Psychotherapy 1992; 26: 377-390.

Sharma, A., and Couture, J. (2014). A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Ann Pharmacother, 48(2), 209-225.

Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., and Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. BMC medicine, 10(1), 99.

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J., Greenstein, D., Rapoport, J. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. Proceedings of the National Academy of Sciences, 104(49).

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. American journal of psychiatry, 171(3), 276-293.

Shields, A., and Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. Developmental psychology, 33(6), 906.

Sieg, K. G., Gaffney, G. R., Preston, D. F., and Hellings, J. A. (1995). SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. Clin Nucl Med, 20(1), 55-60.

Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., and Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. Br J Psychiatry, 194(3), 204-211.

Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. Neurosci. Biobehav. Rev., 30, 855–863

Singh, M. K., DelBello, M. P., Kowatch, R. A., and Strakowski, S. M. (2006). Co-occurrence of bipolar and attention-deficit hyperactivity disorders in children. Bipolar disorders, 8(6), 710-720.

Sjöwall, D., Roth, L., Lindqvist, S., and Thorell, L. B. (2013). Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. Journal of child psychology and psychiatry, 54(6), 619-627.

Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., and Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry, 39(11), 1432-1437.

Stadler, D. D., Musser, E. D., Holton, K. F., Shannon, J., & Nigg, J. T. (2015). Recalled Initiation and Duration of Maternal Breastfeeding Among Children with and Without ADHD in a Well Characterized Case-Control Sample. J Abnorm Child Psychol.

Staller, J., and Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls. CNS drugs, 20(2), 107-123.

Strayer, J. (1985). Child rating questionnaire. Unpublished manuscript, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canada.

Stringaris, A., and Goodman, R. (2009). Mood lability and psychopathology in youth. Psychological medicine, 39(8), 1237-1245.

Stubbe, D. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 9(3), 469-479, v.

Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(2), 168-179.

Tait, R. C. (2008). Empathy: Necessary for effective pain management? Current pain and headache reports, 12(2), 108-112.

Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. J Child Psychol Psychiatry, 39(1), 65-99.

Tavakol S. et al., Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study. Med Educ. 2012 Mar;46(3):306-16

Thapar, A., Harrington, R., Ross, K., and McGuffin, P. (2000). Does the definition of ADHD affect heritability? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39(12), 1528-1536.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the society for research in child development, 59(2-3), 25-52.

Tripp, G., and Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. Neuropharmacology, 57(7-8), 579-589.

Tseng, W.-L., Kawabata, Y., Gau, S. S.-F., Banny, A. M., Lingras, K. A., and Crick, N. R. (2012). Relations of inattention and hyperactivity/impulsivity to preadolescent peer functioning: The mediating roles of aggressive and prosocial behaviors. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41(3), 275-287.

Waschbusch, D. A., and Willoughby, M. T. (1998). Criterion validity and the utility of reactive and proactive aggression: Comparisons to attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and other measures of functioning. Journal of Clinical Child Psychology, 27(4), 396-405.

Weir, K., Stevenson, J., and Graham, P. (1980). Behavioral deviance and teacher ratings of prosocial behavior. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, IQ, 68-77.

Wilens, T. E., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. Jama, 292(5), 619-623.

Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. J Abnorm Psychol, 121(4), 991-1010.

Williams, J. H., and Ross, L. (2007). Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry, 16(4), 243-253.

Williams, N. M., Zaharieva, I., Martin, A., Langley, K., Mantripragada, K., Fossdal, R., Thapar, A. (2010). Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis. Lancet, 376(9750), 1401-1408.

Willoughby, M. T. (2003). Developmental course of ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: a review with recommendations. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44(1), 88-106.

Yeşilyaprak Binnur, DUYGUSAL ZEKA VE EGiTiM AÇISINDAN DOĞURGULARI, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi (2001), sayı: 25 ,ss: 139-1

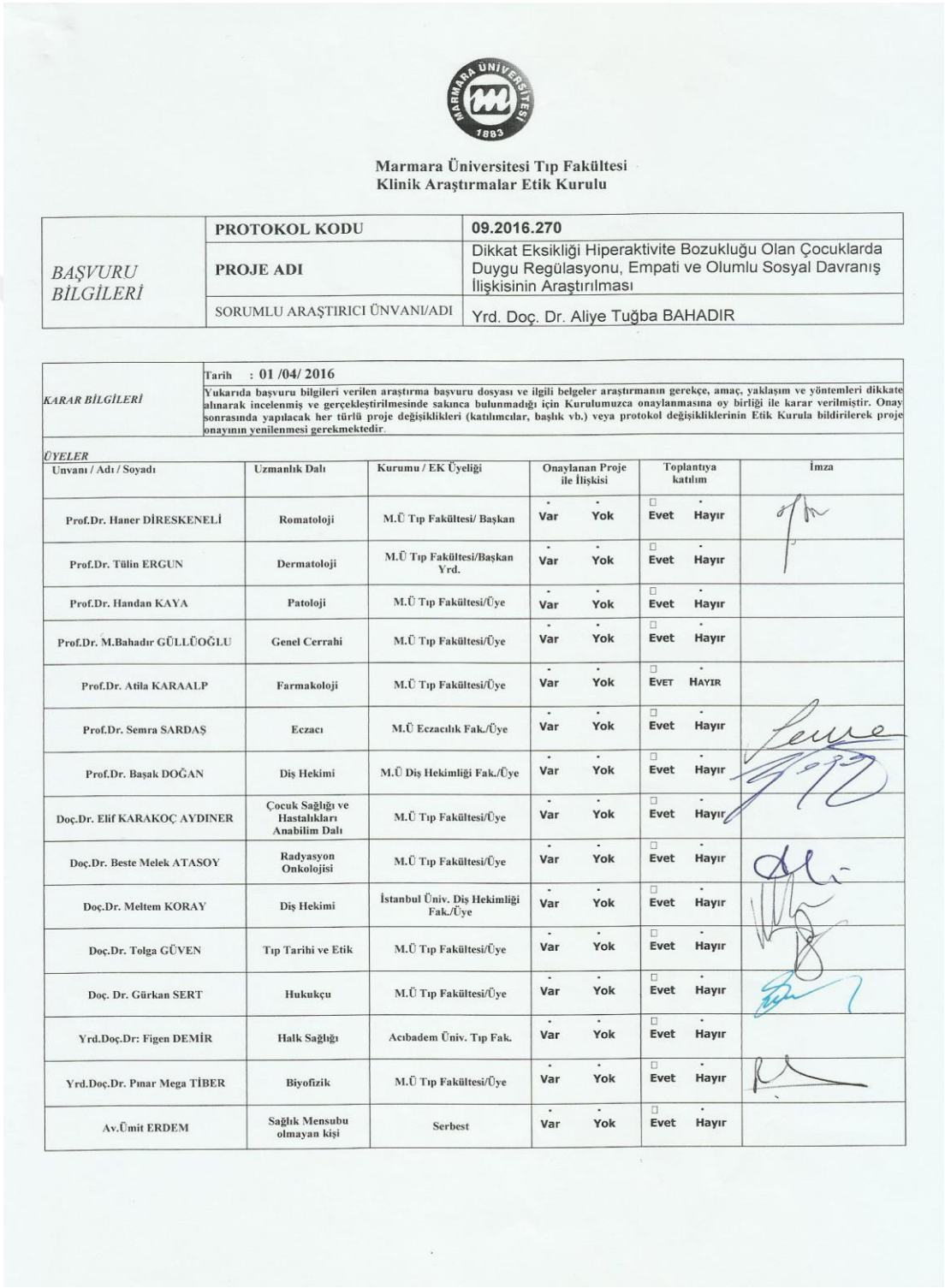
Yüksel, Yılmaz A. (2003). "Empati Eğitim Programının İlköğretim Öğrencilerinin Empatik Becerilerine Etkisi". Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Zametkin, A. J., Liebenauer, L. L., Fitzgerald, G. A., King, A. C., Minkunas, D. V., Herscovitch, P., Cohen, R. M. (1993). Brain metabolism in teenagers with attention-deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry, 50(5), 333-340.

Zametkin, A. J., Nordahl, T. E., Gross, M., King, A. C., Semple, W. E., Rumsey, J., Cohen, R. M. (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. N Engl J Med, 323(20), 1361-1366.

8. EKLER

Ek-1 Etik kurul onayı



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2016.270**
	PROJE ADI	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Duygu Regülasyonu, Empati ve Olumlu Sosyal Davranış İlişkisinin Araştırılması
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Aliye Tuğba BAHADIR

KARAR BİLGİLERİ	**Tarih : 01 /04/ 2016** **Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.**

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

Ek-2 Okul Araştırma İzni

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-44-E.2615723 28.02.2017
Konu: Anket ve Araştırma İzin Talebi

Sayın: Hanife ÖZDEMİR

İlgi: a) 08.02.2017 tarihli dilekçeniz.
b) Valilik Makamının 27.02.2017 tarih ve 2506306 sayılı oluru.

"Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Duygu Regülasyonu, Empati ve Olumlu Sosyal Davranış İlişkisinin Araştırılması" konulu teziniz hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri ilgi (b) valilik onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve söz konusu talebiniz; bilimsel amaç dışında kullanmaması, **uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının uygulanması,** katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılmaması koşuluyla, gerekli duyurunun araştırmacı tarafından yapılması, okul idarecilerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Valilik Onayı doğrultusunda uygulanması ve işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini rica ederim.

Harun TÜYSÜZ
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

EK:1- Valilik Onayı
2- Ölçekler

İl Milli Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239
Faks: (0 212)455 06 52

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. http://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 50af-5f3f-31ef-9c7f-9923 kodu ile teyit edilebilir.

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.2506306 27/02/2017
Konu: Anket ve Araştırma İzin Talebi

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: a) 17.02.2017 tarihli dilekçe.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tek. Gn Md. 07.03.2012 tarih ve 3616 sayılı 2012/13 nolu gen.
c) Milli Eğitim Araştırma ve Anket Komisyonunun 24.02.2017 tarihli tutanağı.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Uzmanlık programı öğrencisi Dr. Hanife ÖZDEMİR'in **"Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Duygu Regülasyonu, Empati ve Olumlu Sosyal Davranış İlişkisinin Araştırılması"** konulu tezi kapsamında, ilimiz Pendik ve Kartal ilçesinde bulunan tüm özel/resmi ilkokul ve ortaokullarda öğrenim gören öğrencilere, öğrencilerin öğretmenlerine ve öğrencilerin anne/babalarına; çocuklar için depresyon ölçeği, bryant çocuklar için empati ölçeği, empati eğilim ölçeği çocuk formu, benlik kavramı ölçeği çocuk formu, ebeven duygu ayarlama ölçeği, çocuk prososyallik ölçeği anne formu, çocuk prososyallik baba formu, conners aile değerlendirme formu, dikkat eksikliği pieraktivite bozukluğu belirti ölçeği, empati ölçeği anne-baba formu, güçler güçlükler anketi anne-baba formu, conners öğretmen formu, DEHB için belirti değerlendirme ölçeği öğretmen formu ve çocuk prososyallik ölçeği öğretmen ölçeğini uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının; söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, **uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının uygulanılması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılmaması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla** Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Ömer Faruk YELKENCİ
Milli Eğitim Müdürü

OLUR
27/02/2017

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:1- Genelge
2- Komisyon Tutanağı

İl Milli Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239
Faks: (0 212)455 06 52

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. http://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 0da5-4b20-370d-b7c0-e792 kodu ile teyit edilebilir.

Ek-3 Hasta bilgilendirme ve onam formları

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
ARAŞTIRMANIN ADI:

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DUYGU REGULASYONU, EMPATİ VE OLUMLU SOSYAL DAVRANIŞ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize bir nörogelişimsel bozukluk olup, çocuk ve ergenlerde sık görülen ruhsal rahatsızlıktır. Çalışmamızda; DEHB olan çocuklarda; duygu ayarlama, empati ve olumlu sosyal davranış ilişkisinin ölçeklerle araştırılması hedeflenmiştir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Bu araştırmada çocuk Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran DEHB tanısı alan çocuklarla, İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından çalışma yapmak için onay alınmış bir ilköğretim okulundaki çocukları

karşılaştırmaya karar verdik. Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuza zeka değerlendirilmesi yapılacak, ayrıca sizden, çocuğunuzdan ve çocuğunuzun öğretmeninden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu konu ile ilgili çalışmaların DEHB tanısı almış olan çocuk ve ergenlerin yaşamlarının güncel ve gelecekteki dönemlerinde koruyucu yaklaşımların ve tedavi modellerinin geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olan, belirgin öğrenme güçlüğünün olan, ciddi kronik medikal hastalığın olan, duygudurum bozukluğu olan, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alan (otizm …vs), psikotik bozukluk tanısı almış olan, nörolojik bozukluğu (epilepsi…vs) olan, travmatik beyin hasarı öyküsü olan çocuklar çalışmaya dahil edilmeyecektir.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr. HANİFE ÖZDEMİR tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.B.dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr. HANİFE ÖZDEMİR, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefonda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı: Ebeveynin Adı Soyadı:
İmzası: imzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Çocuğumun öğretmenlerine gönderilecek anketler bilgim dahilindedir.

Ebeveynin; Adı-soyadı:
Adresi: (varsa telefon no.) İmza:
Açıklamaları yapan araştırmacının; Adı-soyadı: İmza:
Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;
Adı-soyadı: Görevi: İmzası:

SAĞLIKLI GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DUYGU REGULASYONU EMPATİ VE OLUMLU SOSYAL DAVRANIŞ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Dikkat eksikliği Hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize bir nörogelişimsel bozukluk olup, çocuk ve ergenlerde sık görülen ruhsal rahatsızlıktır. Çalışmamızda; DEHB olan çocuklarda duygu regulasyonu, empati ve olumlu sosyal davranış ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu araştırmada çocuk Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran DEHB tanısı alan çocuklarla, İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından çalışma yapmak için onay alınmış bir ilköğretim okulundaki çocukları karşılaştırmaya karar verdik. Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuza zeka değerlendirilmesi yapılacak, ayrıca sizden, çocuğunuzdan ve çocuğunuzun öğretmeninden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu konu ile ilgili çalışmaların DEHB tanısı almış olan çocuk ve ergenlerin yaşamlarının güncel ve gelecekteki dönemlerinde koruyucu yaklaşımların ve tedavi modellerinin geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olan, belirgin öğrenme güçlüğünün olan, ciddi kronik medikal hastalığın olan, duygudurum bozukluğu tanısı almış olan, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı olan (otizm …vs), psikotik bozukluk tanısı almış olan, nörolojik bozukluğu (epilepsi…vs) olan, travmatik beyin hasarı öyküsü olan çocuklar çalışmadan ayrılacaktır.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr.HANİFE ÖZDEMİR tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.B.dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir

araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr HANİFE ÖZDEMİR’e, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve 20

Hastalıkları Polikliniği’nden veya (216) 6570606-8105 telefon numarasından ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı: İMZA:

Ebeveynin Adı Soyadı: İMZA:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Çocuğumun öğretmenlerine gönderilecek anketler bilgim dahilindedir.

Ebeveynin; Adı-soyadı:
Adresi: (varsa telefon no.)
İmza:
Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı-soyadı:
İmza:
Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;
Adı-soyadı:
Görevi:
İmza:

Ek-4 Sosyodemografik bilgi formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU:

Adı Soyadı: Görüşme tarihi:

Cinsiyeti: 1: kız 2: erkek Dosya No:

Doğum tarihi: Tel:

El tercihi: Sağ: 1 Sol: 2 Oturulan semt/ ilçe:

Ailenin kaçıncı çocuğu olduğu:

CDI Puanı:

SDQ Davranım Bozukluğu puanı:

Başvuru yakınması:

1-dikkat eksikliği

2-aşırı hareketlilik

3-dürtüsellik

4-motor veya vokal tikler

5-mutsuzluk

6-takıntılar

7-karşı gelme

8-davranım problemleri

9-algılama güçlüğü

10-öğrenme güçlüğü

11-diğer, açıklayınız...

Anne: Adı: Yaşı:

Öğrenim durumu:

1. Okuma-yazma yok 2. O-Y var, okula gitmemiş 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

Mesleği:

Sağlık problemi: 0:yok 1:var (açıklayınız)….

Psikiyatrik tanı: 0:yok 1:var (açıklayınız) ….

Baba: Adı: Yaşı:

Öğrenim durumu:

1. Okuma-yazma yok 2. O-Y var, okula gitmemiş 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

Mesleği:

Sağlık problemi: 0:yok 1:var(açıklayınız)….

Psikiyatrik tanı: 0:yok 1:var(açıklayınız) ….

Anne-Baba:

1. Birlikte 2. Ayrı 3.Anne/Baba ölümü 4.Boşanmış

Akrabalık: 0: yok 1: var

Anne-baba-çocuk(lar) dışında evde yaşayan kişi var mı? 0: yok 1: var (açıklayınız)…

Ailenin aylık net geliri:

1.1000 TL nin altında **2.** 1000-2500 TL arasında **3.** 2500-5000 TL **4.** 5000 TL nin üzerinde

Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Kötü 2. orta 3. iyi

ÖZGEÇMİŞ:

Gebelik süresince sigara/alkol kullanımı: 0:yok 1:var

Annenin ve babanın doğumdaki yaşı:

Gebelik sırasında, doğum sırasında ve yeni doğan döneminde problem var mı: 0:yok 1:var(…

Ne kadar anne sütü almış:

Bebekken bakımını kim üstlenmiş?

Gelişim:

Kelime: Cümle: Yürüme:
Tuvalet eğitimi :

Yuva eğitimi: 0: yok 1: var (süresi)..

Okuma-Yazma ne zaman: Sınıf tekrarı: 1:Var/ 0:Yok

Kronik tıbbi hastalığı var mı? 0-yok 1-var

(açıklayınız) …

Kronik tıbbi hastalık nedeniyle ilaç kullanıyor mu? 0-hayır1-evet

(açıklayınız) …

Nörolojik hastalığı var mı, 0-yok 1-var (açıklayınız) ...

Kardeşlerinin psikiyatrik hastalığı var mı? 0:Hayır 1:evet (açıklayınız):

Kardeşlerinin sağlık problemi var mı? 0: hayır 1: Evet: (kaçıncı çocuk/hastalığı/uzun süreli hastane yatışı)

Ailede sağlık problemi olan biri(leri) var mı? 0:Hayır 1:Evet

(açıklayınız):

Ailede psikiyatrik hastalığı olan biri(leri) var mı? 0:Hayır 1:Evet
(açıklayınız):

Ekran maruziyeti:

Hergün ekran(televizyon, bilgisayar, telefon , tablet gibi) kullanımı olur mu: 0:hayır 1: evet

Evetse günde kaç saat ekrana maruz kalır? **1.** 1 saatin altında **2.** 1-3 saat **3.** 3 saatin üzerinde

K-SADS ile tanı:

DEHB belirtilerinin ilk başladığı yaş :

DEHB nedeniyle ilaç kullanmış mı? 0:Hayır 1: Evet (açıklayınız):

DEHB nedeniyle psikososyal tedavi almış mı? 0:Hayır 1: Evet (açıklayınız)

Davranış sorunları nedeniyle psikososyal tedavi almış mı? 0:Hayır 1: Evet (açıklayınız) ;

WISC-R alt testler:

Genel Bilgi: ham: st: WISC-R puan:

Sözcük dağarcığı: ham: st: Sözel:

Resim Tamamlama: ham: st: Performans:

Resim düzenleme: ham: st: tüm:

Ek-5 Griffith Empati Ölçeği-Anne-Baba Değerlendirme ölçeği

GRIFFITH EMPATİ ÖLÇEĞİ- ANNE BABA DEĞERLENDİRME FORMU

Olgu kodu : Doğum Tarihi:

Formun doldurulduğu tarih

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Çocuğunuzun durumuna en uygun olan dereceyi işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç uygun değil	Biraz uygun	Oldukça uygun	Tamamen uygun
1. Başka çocuklar üzgün olduğunda çocuğum da üzülür.				
2. Yaramazlık yaptığı için cezalandırılan bir çocuğu gördüğünde üzülür.				
3. Etrafındaki insanların ruh hallerinden etkilenmiş görünür.				
4. Biri mutsuz ve üzüntülü olduğunda o da mutsuz olur.				
5. Bir çocuğu ağlarken gördüğünde ağlar veya üzülür.				
6. Acıklı bir film veya TV programı izlerken üzülür.				
7. Etrafındaki diğer çocuklar gergin olduğunda o da gerginleşir.				
8. Biri mutlu olduğunda o da mutlu ve keyifli olur.				
9. Çevresindeki insanlar üzgün olsa bile kendini iyi hissetmeye devam edebilir.				
10. Diğer insanların niçin/niye üzüldüklerini anlayamaz.				
11. Diğer insanların niye ağladıklarını nadiren ağlar.				
12. Son kurabiyeyi başkasının yemek istediğini bilse bile kendisi yiyebilir.				
13. Toplum içinde öpüşen ve sarılan insanlara kötü tepkiler verir.				
14. Bir insanın mutluluktan ağlamasını anlayamaz.				
15. Benim üzüldüğümü farketmiş gibi görünmez.				
16. Oyun arkadaşı bulamayan bir çocuk gördüğünde onun için üzülür.				
17. Kedi ve köpeklere onların da duyguları varmış gibi davranır.				
18. Üzülmüş bir çocuk için kendini kötü hisseder.				
19. Başkalarının hediye paketlerini açmasını izlemek, hediye onun için olmasa bile hoşuna gider.				
20. Bir çocuğun yaralandığını gördüğünde üzülür.				
21. Gülen bir çocuk gördüğünde o da güler.				
22. Yaralanmış bir hayvan gördüğünde üzülür.				
23. Fiziksel özürlü insanlar için üzülür.				

Ek-6 Bryant Çocuklar için empati ölçeği

BRYANT ÇOCUKLAR İÇİN EMPATİ ÖLÇEĞİ

Olgu kodu:
Cinsiyeti: Kız ( ) Erkek ( )
Sevgili öğrenciler;

Aşağıdaki maddeleri okuyunuz. Doğru olduğunu düşündüğünüz maddelerin karşısındaki "D" kutucuğunun altına, yanlış olduğunu düşündüğünüz maddelerin karşısındaki "Y" kutucuğunun altına "X" işareti koyunuz.

	D	Y
1) Oynamak için arkadaş bulamayan bir kız çocuğu gördüğümde üzülürüm.		
2) Toplum içinde sevinçlerini birbirine sarılarak gösteren insanları anlayamam.		
3) Bir erkek çocuğunun sevindiği zaman ağlamasını anlayamam.		
4) Bir arkadaşımın doğum günü partisinde kendisine gelen hediye paketlerini açmasını izlemek hoşuma gider.		
5) Bir erkek çocuğunu ağlarken gördüğümde benim de gözlerim sulanır.		
6) Bir kız çocuğunun oyun oynarken düşüp bir yerini yaraladığını gördüğümde çok üzülürüm.		
7) Televizyon izlerken bazen ağlarım.		
8) Bir kız çocuğunun sevindiği zaman ağlamasını anlayamam		
9) Bir hayvana zarar verildiğini gördüğüm zaman çok üzülürüm.		
10) Oynamak için arkadaş bulamayan bir erkek çocuk gördüğümde üzülürüm.		
11) Bazı şarkıları dinlerken gözlerim dolar.		
12) Oyun oynarken dizini yaralayan bir erkek çocuk gördüğümde içimden ağlamak gelir.		
13) Büyükler bazen üzülecek bir şey yokken bile ağlarlar.		
14) Kedi ve köpeklere insan gibi davranmanın saçma olduğunu düşünürüm.		
15) Bir arkadaşımın sürekli öğretmenden yardım istemesi beni kızdırır.		
16) Arkadaşı olmayan çocuklar muhtemelen hiçbir zaman arkadaşları olsun istemezler.		
17) Bir kız çocuğunu ağlarken gördüğümde benim de gözlerim sulanır.		
18) Bazı insanların acıklı bir film seyrederken ya da acıklı bir roman okurken ağlamaları bana çok komik gelir.		
19) Arkadaşlarımın yiyecek bir şeyleri yokken ben onların yanında kurabiyelerimi rahatlıkla yiyebilirim.		
20) Sınıfta yaramazlık yapan bir arkadaşımın cezalandırılmasına üzülmem.		

Ek-7 KA-Sİ Empati Eğilim ölçeği çocuk formu

KA-Sİ EMPATİ EĞİLİM ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

Olg kodu: **Tarih:**

AÇIKLAMA: Sevgili çocuklar aşağıda bazı durumlara ilişkin düşünceler ifade eden cümleler bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuyarak o durumun size ne kadar uyduğunu düşünün ve kararınıza en uygun seçeneğin içine çarpı koyarak düşüncenizi belirtin. Cevaplarınızın kimseyle paylaşılmayacağından emin olun. Bu anketin sizin okul çalışmalarınızla bir ilgisi yoktur. Sizden düşüncelerinizi içten bir şekilde ifade etmeniz beklenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplamaya çalışın		Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1	Bir arkadaşım mutlu olduğu zaman ben de kendimi mutlu hissederim	( )	( )	( )	( )
2	Herhangi bir olay karşısında kendimi arkadaşlarımın yerine koyabilirim.	( )	( )	( )	( )
3	Bir arkadaşım sınavlardan kötü not aldığında onun duygularını anlayabilirim.	( )	( )	( )	( )
4	Yalnız kalan bir arkadaşımın neler hissettiğini anlayabilirim.	( )	( )	( )	( )
5	Yakınını kaybeden bir insanın duygularını anlayabilirim.	( )	( )	( )	( )
6	Bir arkadaşım başından geçen üzücü bir olay anlattığında ben de kendimi üzgün hissederim.	( )	( )	( )	( )
7	Arkadaşlarımın canını sıkan bir şeyler olduğunda onlar söylemeseler de hal ve hareketlerinden anlarım.	( )	( )	( )	( )
8	Karşımda ağlayan birini gördüğümde benim de gözlerim dolar.	( )	( )	( )	( )
9	Arkadaşlarımı anlama konusunda başarılı olduğuma inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
10	Bir arkadaşım bir başarısından dolayı ödül aldığında onun sevincini ben de hissederim.	( )	( )	( )	( )
11	Bir arkadaşım haksızlığa uğradığında üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
12	Üzgün ve morali bozuk bir arkadaşımı gördüğümde benim de moralim bozulur.	( )	( )	( )	( )
13	Karşımda acı çeken birini gördüğümde aynı acıyı ben de hissederim.	( )	( )	( )	( )

Ek-8 Duygu ayarlama ölçeği

DUYGU AYARLAMA

Aşağıda çocuğunuzun duygularıyla ilgili 24 madde bulunmaktadır. Lütfen maddeleri eksiksiz bir şekilde "hiçbir zaman=1, bazen=2, sık sık=3, hemen her zaman=4" olarak çocuğunuza en uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

Çocuğum;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1. Neşeli bir çocuktur.	①	②	③	④
2. Duygularında aşırı değişiklikler gösterir (Olumlu duygulardan olumsuz duygulara hızla geçtiği için duygusal durumunu önceden tahmin etmek güçtür).	①	②	③	④
3. Yetişkinlerin sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	①	②	③	④
4. Bir etkinlikten başka bir etkinliğe kolayca geçer; bunu yaparken kaygı, öfke, sıkıntı ya da aşırı heyecan belirtileri göstermez.	①	②	③	④
5. Üzüntüsünden ya da sıkıntısından kolayca kurtulabilir (Örneğin, onu üzen bir olaydan sonra kırgınlığını, kaygısını ya da üzüntüsünü uzun süre sürdürmez).	①	②	③	④
6. Bir engelle karşılaştığında kolayca vazgeçer.	①	②	③	④
7. Yaşıtlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	①	②	③	④
8. Kolayca öfke patlamaları ya da öfke krizleri geçirir.	①	②	③	④
9. İstediği bir şeye kavuşmayı erteleyebilir	①	②	③	④
10. Başkalarının sıkıntısından ya da acısından keyif alır (Örneğin, birisinin canı yandığında ya da birisi cezalandırıldığında güler; başkalarını kızdırmaktan hoşlanır).	①	②	③	④
11. Heyecan verici durumlarda coşkusunu denetleyebilir (Örneğin, hareketli oyunlarda kendini kaybetmez; ya da uygun olmayan ortamlarda azmaz).	①	②	③	④

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
12. Yetişkinlere yapışır ya da mızmız davranır.	①	②	③	④
13. Taşkınlık yapmaya ve enerjisini yıkıp dökerek boşaltmaya yatkındır.	①	②	③	④

14. Yetişkinlerin kural ya da sınır koymalarına öfkeyle tepki verir.	①	②	③	④
15. Üzüldüğünde, kızdığında ya da korktuğunda duygularını anlatır.	①	②	③	④
16. Üzgün ya da cansız görünür.	①	②	③	④
17. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken aşırı heyecanlı davranır.	①	②	③	④
18. Duygusal olarak donuk görünür (yüz ifadesi boş ve anlamsızdır; olaylara duygusal olarak katılmıyor gibidir).	①	②	③	④
19. Yaşıtlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumsuz tepki verir (Örneğin, öfkeli bir sesle konuşur ya da ürkek bir tepki verir).	①	②	③	④
20. Dürtüseldir (Aklına eseni düşünmeden yapar).	①	②	③	④
21. Başkalarının duygularını anlar; başkaları üzgün ya da sıkıntılıyken onlarla ilgilenir.	①	②	③	④
22. Başkalarının işine karışacak ya da onları rahatsız edecek biçimde taşkınlık yapar.	①	②	③	④
23. Yaşıtlarının düşmanca, saldırgan ya da müdahaleci davranışlarına karşı öfke, korku, düş kırıklığı ya da sıkıntı gibi uygun olumsuz duygularını gösterir.	①	②	③	④
24. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken olumsuz duygular gösterir.	①	②	③	④

Ek-9 Conner's Aile değerlendirme formu

CONNER'S AİLE DEĞERLENDİRME FORMU **Tarih:**

Çocuğun Adı Soyadı : **Doğum Tarihi:**

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç yok	Biraz	fazla	Çok fazla
1. Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör: tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2. Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3. Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5. Faaliyetlerde hep başı çekmek ister.				
6. Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7. Sık sık veya kolayca ağlar.				
8. Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9. Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10. Öğrenme güçlüğü çeker.				
11. Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12. Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13. Yerinde duramaz, her an hareket halindedir.				
14. Zarar vericidir (eşyalara).				
15. Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				
16. Utangaçtır.				
17. Yaşıtlarına göre başı daha çok derde girer.				
18. Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır (ör: bebeksi konuşma, kekeleme; anlaşılması güç konuşma)				
19. Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20. Kavgacıdır.				
21. Somurtur, surat asar veya küser.				
22. Çalma huyu vardır.				
23. Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				
24. Diğer çocuklara göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili).				
25. İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26. Çabuk kırılır veya gücenir.				
27. Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
28. Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker				
29. Merhametsizdir.				

	Hiç yok	Biraz	fazla	Çok fazla
30. Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir).				
31. Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32. Baş ağrıları vardır.				
33. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34. Kuralları ve sınırları sevmez, onlara uymaz.				
35. Sürekli kavga eder.				
36. Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37. Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38. Diğer çocukları rahatsız eder.				
39. Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40. Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır)				
41. Mide ağrıları vardır.				
42. Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır)				
43. Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44. Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45. Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır.				
46. Övünür, yüksekten atar.				
47. Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48. Bağırsakları sık sık bozulur. Tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sayın Öğretmen.

Sınıfınız Öğrencilerinden ……..

Çocuk psikiyatrisi polikliniğimize başvurmuş ve incelemeye alınmıştır. Çocuğun okul yaşamı ile ilgili aşağıdaki soruları yanıtlayarak göndermeniz rica olunur.

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz .

OKUL BAŞARISI
(Okula ve derslere ilgisi öğrenme sorunları, dikkati)

ÖĞRETMEN VE ARKADAŞLARIYLA UYUMU

(Kavgacı, pasif, oyunlara katılır, isyankar…….)

OKULDA GÖZLEMLEDİĞİNİZ SORUNLAR

Ek-10 Conners öğretmen değerlendirme formu

CONNER'S ÖĞRETMEN FORMU

Tarih:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Lütfen her cümle için en uygun durumu işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç yok	Biraz	fazla	Çok fazla
1. Kıpır kıpırdır.				
2. Beklenmeyen zamanlarda uygunsuz sesler çıkartır.				
3. İstekleri hemen yerine getirilmelidir.				
4. Bilmiş tavırları vardır bilgiçlik taslar.				
5. Aniden parlar, ne yapacağı belli olmaz.				
6. Eleştiriyi kaldıramaz.				
7. Dikkatini belirli bir süre, bir konu üzerinde toplayamaz; dikkatini sürdürmekle zorluk çeker.				
8. Diğer çocukları rahatsız eder.				
9. Hayallerle dalar.				
10. Somurtur, surat asar.				
11. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
12. Kavgacıdır.				
13. Büyüklerin sözünden çıkmaz.				
14. Yerinde rahat duramaz, her an hareket halindedir.				
15. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
16. Öğretmenin ilgisi hep üzerinde olsun ister.				
17. Genellikle arkadaş grubuna alınmıyor.				
18. Başka çocuklar tarafından kolayca yönlendiriliyor.				
19. Oyun kurallarına uymaz, mızıkçıdır				
20. Liderlik özelliğinden yoksundur.				
21. Başladığı işin sonunu getiremez.				
22. Çocuksudur, olduğundan daha küçükmüş gibi davranır.				
23. Hatalarını inkar eder veya suçu başkalarının üzerine atar.				
24. Diğer çocuklarla iyi geçinemez.				
25. Sınıf arkadaşlarıyla yardımlaşmaz.				
26. Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
27. Öğretmenle işbirliğine girmez.				
28. Öğrenme güçlüğü çeker.				

Ek-11 Güçler Güçlükler Anketi-Ebeveyn formu

Olgu Kodu:

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarım göz önüne alarak veriniz.

	Doğru Değil	**Kısmen Doğru**	**Kesinlikle Doğru**
Diğer insanların duygularını önemser.	□	□	□
Huzursuz, aşın hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	□	□	□
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	□	□	□
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	□	□	□
Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşın sinirlidir.	□	□	□
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	□	□	□
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	□	□	□
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	□	□	□
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	□	□	□
Sürekli elleri ayaklan kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	□	□	□
En az bir yakın arkadaşı vardır.	□	□	□
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.	□	□	□
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır.	□	□	□
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	□	□	□
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	□	□	□
Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	□	□	□
Kendinden küçüklere iyi davranır.	□	□	□
Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.	□	□	□
Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler.	□	□	□
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	□	□	□

Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	,□	□	□
Ev, okul ya da başka yerlerden çalar.	□	□	□
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	□	□	□
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	□	□	□
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	□	□	□

Ek-12 SNAP-IV Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu için belirti tarama anketi

	Hiç yok	Çok az	Oldukça fazla	Çok fazla
1) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez; okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.				
2) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oyunlarda dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.				
3) Onunla konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.				
4) Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işlerini veya işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. (karşıt olma bozukluğuna veya yönergeleri anlamaya bağlı değildir.)				
5) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.				
6) Çoğu zaman uzun süreli zihinsel uğraş gerektiren etkinliklerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.				
7) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder. (Ör: Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemleri vb.)				
8) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.				
9) Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkandır.				
10) Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır durur.				
11) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.				
12) Çoğu zaman aşırı düzeyde koşuşturup durur ya da tırmanır.				
13) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanlarını geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.				
14) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibi davranır.				
15) Çoğu zaman çok konuşur.				
16) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.				
17) Çoğu zaman sırasını beklemekte güçlük çeker.				
18) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.				

Ek-13 Çocuklar için depresyon ölçeği

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Olgu kodu: **Tarih:**

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 numarayı daire içine alınız. Teşekkürler

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. Her şeyi 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 düşünüyorum.
2. Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3. Başıma kötü şeyler 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. Bir çok günler içinden ağlamak gelir.
3. Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J) **1.** Her şey her zaman beni sıkar.
2. Her şey sık sık beni sıkar.
3. Her şey arada sırada beni sıkar.

K) **1.** İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2. Çoğu zaman insanlara beraber olmaktan hoşlanmam.
3. Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

L) **1.** Her hangi bir şey hakkında karar verememem.
2. Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3. Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M) **1.** Güzel \ yakışıklı sayılırım.
2. Güzel \ yakışıklı olmayan yanlarım var.
3. Çirkinim.

N) **1.** Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3. Okul ödevlerini 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 her gün 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.** Bir çok arkadaşım var.
2. Bir çok 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.

GENEL KLİNİK DEĞERLENDİRME (CGAS)

DİKKAT EKSİKLİĞİ AŞIRI HAREKETLİLİK BOZUKLUĞU (DEAH)

(YALE CHILD STUDY CENTER, REVISED)

Geçen haftaki davranışların tümünü değerlendirin. Bu değerlendirmeyi elinizdeki tüm klinik bilgileri (görüşmelerde elde ettiğiniz gözlemleri, raporları, standardize edilmiş ölçeklerin sonuçlarını) göz önüne alarak yapın.

NORMAL Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri tanımlanmamıştır.

SINIRDA Dikkatsizlik ve/veya dürtüsellik ve/veya aşırı hareketlilik belirtileri gelip geçici, arasıra ve nadirdir, işlevsellikte bozulmaya yol açmazlar. DSM-IV'deki DEAH tanı kriterlerini karşılamazlar.

HAFİF Belirtiler, DSM-IV'deki DEAH tanı kriterlerini karşılamak için yeterlidir. Davranışları; ileri düzeyde yapılandırılmamış ortamlarda, organize ve duruma uygundur. Ortalama ev veya sınıf şartlarında, çok hafif bozulmayla birlikte, işlevselliğini sürdürür.

ORTA Belirtiler, zaman veya durum değişikliklerine göre farklılıklar gösterir. Davranışların organize ve duruma uygun olabilmesi için, ortam şartlarının bir miktar yapılandırılması gerekir. Genellikle teke tek denetim gerektirmez.

BELİRGİN Davranışların iyi bir şekilde organize ve duruma uygun olabilmesi için, ortam şartlarının oldukça yapılandırılmış olması gerekir.

AĞIR Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri yaygındır ve oldukça sıktır. Genellikle teke tek denetim gerektirir.

ÇOK AĞIR Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtilerinin sürekli ve yaygın olması nedeniyle evde veya okulda işlevselliğini sürdüremez. 24 saat sürekli denetim gerektirir.