

**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL  
ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN PSİKIYATRİ  
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Saliha BAYKAL

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE  
BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN YAVAŞ BİLİŞSEL  
TEMPO KLİNİĞİ OLAN ÇOCUKLARDA DUYGU  
DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Uzmanlık Tezi

**Dr. Meriç MERİÇLİ**

TEKİRDAĞ-2021



## TEŞEKKÜR

Öğrencisi olmaktan çok büyük gurur duyduğum, mesleki gelişimimde en büyük katkıya sahip, her daim arkamda desteğini hissetmekten dolayı güvenimi arttıran, profesyonelliğine ve bütün insani özelliklerine hayranlık duyduğum tez danışmanım Doç Dr. Saliha Baykal'a,

Son yılımda birlikte çalışmaya başlamamıza rağmen kısa sürede çok şey öğrendiğim, keşke daha erken yollarımız kesişseydi dediğim Dr. Öğr. Üyesi Gözde Yazkan Akgül'e,

4 yılı aşkın süredir birlikte çalışmaktan keyif duyduğum, hep uyum içinde olduğumuz, bana her konuda yardımcı olan Dr. Tuğçe Yıldız'a,

Beni bugünlere getiren aileme, her daim yanımda olan, bütün güzel duyguları bana yaşatan, 5 aylık bebeğimize gebe olan canım eşim İpek'e, teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
DİKKAT EKSİKLİĞİ	
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	3
YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO .....	14
DUYGU DÜZENLEME .....	19
GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	23
BULGULAR.....	29
TARTIŞMA.....	50
SONUÇLAR.....	59
ÖZETLER.....	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER	

## SİMGE VE KISALTMALAR

**BÇDA:** Barkley Çocuk Dikkat Anketi

**DAT1:** Dopamin Transporter

**DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

**DSM-II :** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-II

**DSM-III :** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III

**DSM-III-R :**Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III-Yeniden Düzenlenmiş

**DSM-IV :** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV

**DSM-IV-TR :**Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV-Yeniden Düzenlenmiş

**DSM-V :** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-V

**DRD4:** Dopamin Reseptör D4

**ICD-9 :** Uluslararası Hastalık Sınıflaması-9

**ICD-10 :** Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10

**Fmrg:** Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görünütleme

**SPL:** Superior Parietal Lob

**YBT:** Yavaş Bilişsel Tempo

## GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat problemleri ve/veya aşırı hareketlilik, dürtüsellik semptomları ile çocuklukta başlangıç gösteren, yürütücü işlevlerde çeşitli defisitler ile karakterize, psikiyatrik hastalıklardan birisidir (1). DEHB, DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmaktadır (2). DEHB'nin klinik görünümleri; dikkat eksikliği baskın görünüm, hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm ya da bileşik görünüm olarak kabul edilmektedir (3). Yavaş bilişsel tempo (YBT) ise, hayale dalıp gitme, şaşkın görünme, uykulu görünme, boş gözlerle uzun süre bakma, kendi düşüncelerinde kaybolma gibi zihinsel belirtiler; ayrıca uyuşukluk, harekette azlık ve yavaş hareket etme gibi motor belirtiler gösterebilen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

YBT için biriken kanıtlar DEHB'nin farklı bir klinik tipinden ziyade farklı bir hastalık olabileceği, fakat belirtiler açısından DEHB ile kesişimlerinin bulunduğunu göstermektedir (4). Yakın zamanda yapılan bir metaanalizde, YBT kliniğinin, içe yönelim belirtileriyle pozitif ilişkili, dışa yönelim belirtileriyle ise negatif ilişkili olduğu ve DEHB ile ayrılaşma gösterdiği belirlenmiştir (5).

Duygu düzenlemenin tanımı, duyguların doğal akışını şekillendiren ve çeşitli bileşenlerden oluşan bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Duygu düzenleme esnasında bireyler olumsuz veya olumlu duygularının yoğunluğunu artırıp azaltabilir ya da aynı şekilde sürdürerek farklı uyaranlara yanıtlar oluşturabilirler (6).

DEHB'de duygu düzenleme özelliklerinin gözden geçirildiği bir yazıda, DEHB tanılı

bireylerde duygu düzenleme güçlüklerinin artmış olduğu ve duygu düzenleme güçlüklerinin klinik belirtileri ağırlaştırdığı, risk içeren davranışları artırdığı, sosyal ilişkileri bozduğu belirtilmektedir (7). Yavaş bilişsel tempo ile ilgili yapılan çalışmalarda da YBT kliniğinin duygu düzenlemedeki çeşitli güçlükler ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (8–10).

Graziano ve Garcia tarafından yapılan DEHB’li bireylerde duygu düzenleme güçlüklerinin araştırıldığı, 77 çalışmayı derleyen metaanalizde, duygu düzenleme güçlüklerinin kavramsal modelinde belirleyici etmenler dışında DEHB’nin etkileyebileceği 4 temel bileşenden bahsedilmektedir (11). Bu çalışmalardan hiçbiri, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde 4 temel bileşenin etki boyutunu aynı çalışma içerisinde değerlendirmemiştir. Literatürde DEHB’ye Yavaş Bilişsel Tempo(YBT) kliniği eşlik eden çocuk ve ergenlerde duygu düzenlemeye etki edebilecek 4 temel bileşen açısından yapılan çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu ve yine hiçbirisinin aynı çalışma içerisinde değerlendirilmediği görülmüştür.

Bu noktadan yola çıkarak çalışmamızda DEHB tanılı olgular ile DEHB tanısına eşlik eden YBT kliniği olan olguların duygu düzenlemeye etki edebilecek temel bileşenler olan duygu tanıma/anlama, duygusal reaktivite/olumsuzluk/değişkenlik, duygu düzenleme, empati/katı-duygusuz özellikler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. DEHB’ye eşlik eden YBT kliniği varlığının duygu düzenleme bileşenleri üzerinde bozucu etkisi olacağı hipotez edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları hipotezimizi desteklerse DEHB tanılı olgularda duygu düzenleme güçlükleri ile karşılaştığımızda YBT kliniği bakımından klinik değerlendirme yapmamız ve tedavi planında bu kliniğe yönelik müdahalelere yer vermemiz için yönlendirici olacaktır.

## **GENEL BİLGİLER**

### **DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**

#### **Tanım**

DEHB; pediatrik dönemde başlayan, bireyin gelişim düzeyine ve yaşına uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile tanımlanmış olan, en sık görülen ruhsal bozukluklarından birisidir (12).

Bireyin sağlıklı yaşıtlarına göre dürtü kontrolü ve dikkat becerilerinde bozulmaya sebep olan, bu nedenle bireyin gelişimini sosyal, duygusal ve bilişsel alanlarda etkileyebilen, nörogelişimsel bir bozukluktur (13).

DEHB, çocuk ve ergen psikiyatrisinde sık karşılaşılan ve hakkında en fazla çalışma yapılan bozukluklardan birisidir. DEHB belirtileri; genellikle okul öncesi dönemde başlar. Ancak tanı genellikle dikkat problemlerinin, aşırı hareketliliğin ve dürtüsellüğün bireyin işlevselliğini etkilediğinin fark edilmeye başlandığı ilköğretim çağında koyulmaktadır.

## Tarihçe

Melchior Adam Weikard dikkat eksikliğini ilk kez 1770’de tanımlamıştır (14). Sir Alexander Crichton 1798 yılında DEHB’ ye benzeyen bir bozukluğu ilk olarak tanımlamıştır, ancak tanımlamalarında aşırı hareketlilik belirtilerine değinmemiştir dolayısıyla DEHB'nin güncel klinik yansımasını tümüyle betimleyememiştir (15).

Heinrich Hoffman’ın 1845 senesinde basılan “Savruk Peter (Der Struwwelpeter)” kitabında bulunan “kıpır kıpır Phil” şiiri ile DEHB tarihçesinin başladığı varsayılmaktadır. Sir George Frederic Still tarafından kaleme alınan ve 1902 yılında yayınlanan makale, DEHB ile ilgili ilk tıbbi yayın olarak görülmekte; makalede dikkati sürdürmede güçlük, aşırı hareketlilik, saldırganlık, karşı gelme davranışı gibi belirtiler tanımlanmaktadır (16).

Yine DEHB yazını ile ilgili ilk bilimsel kaynaklardan birinde Alfred Tredgold davranış problemlerinin duygusal süreçleri ve zemininde bulunan ruhsal nedenleri yansıttığını öne sürmüştür. Bu bozukluğu herediter (birincil) ve erken çevresel süreç ilintili (ikincil) olarak iki kategoride ele almıştır. 1917-1928 yılları arasında gerçekleşen ensefalit epidemisi sonrası sağ kalan çocukların bir kısmında belirgin kişilik değişiklikleri, duygu düzenleme problemleri, bilişsel problemler, öğrenme güçlükleri, motor kontrolde zayıflık, aşırı hareketlilik, dikkati sürdürmekte güçlük ve irritabilite gözlenmiş. Bu tablo "postensefalitik davranış bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir (17).

İlerleyen yıllarda beyin zedelenmesi ile davranışsal problemler arasında bağlantı gözlemlenmiştir. Bu bağlantı sonrasında bilimsel ilgi bu hastalığın biyolojik süreçleri üzerine odaklanmış olup, hastalık “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak tanımlanmıştır. 1947 yılında Strauss ve arkadaşları tarafından “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak isimlendirilirken, zaman içerisinde altta yatan nörolojik hasar bilimsel olarak gösterilemediğinden bu hastalık için “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” yerine Clement ve Peters tarafından 1962 yılında “Minimal Beyin Disfonksiyonu” terimi kullanılmaya başlanmıştır. “Minimal Beyin Disfonksiyonu” teriminin dikkat ile ilişkilendirilmesi ise 1970’li yıllardaki yayınlarda karşımıza çıkmaya başlamıştır. (18,19). Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD–9 (International Statistical Classification of Diseases- Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması) (20) ile Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-II’de bu bozukluğu “Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom” olarak tanımlamasıyla tanı ile ilgili geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları başlamıştır (21).



Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom'un temel özellikleri DSM-II' de aşırı hareketlilik, dikkat kısalığı, kolay uyarılabilirlik ile tariflenmiştir. DSM-III'de (22) "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak adlandırılan bozukluk; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak iki gruba ayrılmış, temel belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir (23). DSM -III-R' de ise "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak adlandırılmış, sıralanan 14 madde arasından tanı için en az 8 maddenin olması şartı vurgulanmıştır. DSM IV'de, aşağıda adları yer alan 3 alt gruba ayrılmıştır (24). ICD-10'da "Hiperkinetik Bozukluk" olarak isimlendirilen hastalığın başlangıcının 7 yaş öncesinde olması gerektiği vurgulanmıştır (25).

2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM 5 ile DEHB, ilk kez oluşturulan "Nörogelişimsel Bozukluklar" başlığı altına yerleştirilmiştir. Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında nörogelişimsel bozukluk sınıflamasına uygun şekilde kortikal maturasyonda gecikme görülmesi nedeniyle DEHB bu gruba dahil edilmiştir. Semptomların başlangıç yaşı kriteri 7 yerine 12 yaş olarak değiştirilmiştir. Otizm Spektrum Bozukluğu dışlama kriteri olmasından vazgeçilmiştir (26).

## **Epidemiyoloji**

DEHB çocukluk çağında sıklıkla görülen ruhsal bozuklardanır. 1997-2007 yılları arasında yapılmış ve toplumun geneline kapsayan, 18 yaş ve altı bireyleri konu alan 71 farklı araştırma incelendiğinde DEHB sıklığının % 1-27 arasında değiştiği görülmüştür (27). Bu kadar değişik rakamların bulunmasında örneklemin seçimi, bilgilerin edinildiği kaynak, kullanılan tanı ölçütleri ve ölçüm gereçlerindeki farklılıklar ön plana çıkmaktadır.

Thomas ve arkadaşları, dünyanın farklı bölgelerinde DSM-III, DSM III-R ve DSM-IV ile yürütülen 175 epidemiyoloji çalışmasını derlemişler ve metaregresyonanalizi sonucunda DEHB'nin dünya genelindeki prevalansını %7,2 olarak bulmuşlardır (28). Türkiye'de DEHB'nin sıklığının okul öncesi popülasyonda %3-6, ilkökul ve ortaokul popülasyonunda %3-10 arasında dağılım gösterdiği bildirilmektedir (29). 4 yıl süren prospektif izlem çalışmasında DEHB tanısının zaman içinde tutarlılık gösterdiği ve sıklığının ortalama %13 olduğu bulunmuştur (30). Toplum temelli çalışmalarda erkek/kız oranı 3/1 olarak karşımıza çıkarken, klinik başvuruda bulunanlarda bu oranın 9/1'e kadar yükselebildiği gösterilmiştir (31).

## **Etiyoloji**

DEHB'nin nedenlerini araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. alışmalar sonucunda gelinen noktada; tek bir nedenden ziyade çevresel, genetik ve biyolojik nedenlerin bir arada değerlendirildiği multifaktöriyel etkileşimin ön planda olduğu model karşımıza çıkmaktadır.

**Genetik:** Yapılan aile, ikiz, evlat edinme ve aday gen çalışmalarının ortak vardığı nokta, DEHB'nin güçlü bir kalıtsal geçişle ortaya çıktığını kanıtlamaktadır. Aile ve ikiz çalışmaları genetik geçişin %76 olduğunu göstermiştir (32). Monozigotik ikizler arasındaki konkordans %80 iken, dizigotik ikizlerde bu oran yaklaşık %40 olarak saptanmıştır (33). Bir aile çalışmasında, DEHB'li çocukların birinci derece akrabalarında bozukluk görölme sıklığı sağlıklı gruplarla karşılaştırıldığında, ebeveynlerde riskin 2-8 kat, kardeşlerde ise 3-5 kat arttığı gösterilmiştir (34).

DEHB için daha çok poligenik bir kalıtım modeli düşünölmektedir ve üzerinde durulan genler; dopamin 4 reseptör geni (DRD4), dopamin taşıyıcı gen (DAT1), dopamin beta hidroksilaz geni , serotonin taşıyıcı gen, serotonin 1B reseptör geni ve sinaptosomal protein 25 genidir (32).

**Nörogörüntölleme:** DEHB'li bireyleri konu alan bir metaanalizde anterior singulat, dorsolateral prefrontal korteks, inferior prefrontal korteks ve bunların yanında bazal ganglia, talamus ve parietal korteks alanları gibi ilişkili bölgeleri de kapsayan belirgin frontal hipoaktivite örüntüsü bulunduğu belirtilmiştir (35).

Yakın zamanda yapılan bir metaanalizde DEHB'lilerde sağlıklı kontrollere göre nükleus akumbens, kaudat, putamen, amigdala ve hipokampus hacimlerinde azalma saptanmıştır. Bu çalışmada en büyük hacim kaybının amigdalada olduğu saptanmış olup; bu durumun DEHB'de görölen emosyon regölasyon sorunlarını açıklamada nörobiyolojik destek sağladığı belirtilmiştir (36). Santral sinir sistemi gelişimini inceleyen izlem alışmaları DEHB'de nörogelişimsel anormalliklerin saptanmasını sağlamıştır. Bu çalışmaların birinde Shaw ve arkadaşları normal gelişmekte olan çocuklar ile DEHB tanılı çocukların korteks kalınlıklarını karşılaştırmış ve DEHB tanılı çocukların maksimal kortikal kalınlığa ulaşma süresinin kontrollere kıyasla üç yıl daha sonra gerçekleştiği, böylelikle DEHB olgularında kortikal matürasyonun geciktiği belirlenmiştir. Kortikal gelişimdeki gecikmenin, kalınlık ve yüzey alanı için geçerli olduğu saptanmış ve motor

ve dikkat planlamasını gerçekleştiren zihinsel süreçleri yöneten kortikal bölgelerde en belirgin olduğu bulunmuştur (37).

İşlevsel çalışmalara bakıldığında ise fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) çalışmalarını değerlendiren bir metaanalizde, DEHB'nin yüksek zihinsel ve duyuşal-motor fonksiyonu da içine alan çoklu sinir sistemi işlev bozukluğu olduğu sonucuna varılmıştır (38).

**Nörokimyasal:** Nörokimyasal olarak esas üzerinde odaklanılan iki nörotransmitter dopamin ve noradrenalin'dir. Dopamin ve noradrenalin'in dikkat, odaklanma ve bunların ilintili olduğu güdülenme, uyanıklık benzeri diğer kognitif fonksiyonlardaki öneminin bilinmesinden ve DEHB tedavisinde ilk akla gelen ilaçların hem dopaminerjik hem de noradrenerjik sistemi etkilemesinden dolayı bu iki sistemde bir bozukluk olduğu görüşü önem kazanmaktadır (39). Bu iki nörotransmitter aynı zamanda DEHB olgularında bozuk olduğu bildirilen fronto-striato-serebellar devrenin nöromodülasyonunda kritik rol oynar (40).

Kortikal ve mezolimbik bölgedeki dopamin eksikliği dikkati sürdürme, uyarıları yok sayma ve motivasyon problemlerine, mezokortikal dopamin eksikliği ise bilgi işlemede, bellek fonksiyonlarında sorunlara neden olmaktadır (41). Noradrenalin ise postsinaptik Alfa-2A reseptörleri ile ilişkilidir ve bu reseptörlerin uyarılması, prefrontal korteksteki dikkat, davranış ve duygu düzenlenmesinde etkilidir (42).

**Nörofizyoloji ve nöropsikoloji:** DEHB tanılı 476 çocuğun elektroensefalografilerinin (EEG) incelendiği ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, kontrol grubunda EEG bozukluğu %3,5 saptanmışken, DEHB grubunda % 6,1 olarak saptanmıştır. Bu çalışma sonucuna göre EEG'de bozulmalar sağlıklı gruptan fazla olmasına rağmen klinik ile ilişkili olmayabileceği belirtilmiştir (43). Sağlıklı katılımcılara göre, teta frekans bandında ve teta/beta oranındaki gücün DEHB'de arttığı gösterilmiştir (44). Yapılan çalışmalar sonucunda bu oranın biyomarker olarak kullanılabileceği görüşü ortaya çıkmıştır. Teta/beta güç oranının kombinasyonunun nispeten yüksek bir duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olmasına rağmen klinik değerlendirme ile birlikte kullanılmasının uygun olacağı belirtilmiştir (45).

DEHB tanısına sahip hastalarda ‘yürütücü işlevler (executive functions)’ olarak tanımlanan inhibisyon mekanizması, dikkatin düzenlenmesi, konular arası geçiş yapabilme, çeldirici uyaranları engelleyebilme ve işlem belleği ile alakalı becerilerde problem olduğu belirtilmiştir (46).

**Çevresel ve psikososyal faktörler:** Gebelikte sigara, alkol ve madde kullanımı, maternal stres, prematürite, düşük doğum ağırlığı, çocukta DEHB ile ilişkili prenatal ve perinatal risk etmenleridir (47). Prenatal risk faktörlerinin DEHB üzerindeki etkisinin incelendiği bir metaanaliz çalışmasında çalışmalardaki metodolojik ve karıştırıcı etkenlerden dolayı kanıtların yeterince güçlü olmadığı bildirilmiş ve yine de en güçlü kanıtın ileri derecede prematürite ile ilgili olduğu ve küçük maternal yaşın da DEHB için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (48). Bir metaanaliz çalışması kontrollere göre DEHB'de düşük düzeyde omega-3 yağasitleri bulunduğunu göstermiş (49). 2007 yılında yapılan diğer bir metaanaliz çalışmasında ise diyet faktörlerinin DEHB için risk faktörü olduğu gösterilmemiştir (50).

Aile içi kaotik ortam ve kaygıyı artıracak diğer faktörler DEHB'nin başlamasına ve devam etmesine katkıda bulunabilir (51). Bebeklik döneminde duygusal yoksunluk yaşayan çocukların hiperaktivite ve dikkatsizlik belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (52). Genç yaşta anne olma, ebeveynlerde psikopatoloji varlığı, parçalanmış aile, erken yaşta duygusal yoksunluklar ve ihmal, DEHB için psikososyal risk faktörleri arasındadır (14).

### **Tanılama**

Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Uygulama Rehberi kliniğe başvuran her çocukta ruhsal muayenenin bir bileşeni olarak DEHB'nin sorgulanmasının şart olduğunu belirtir (12). DEHB klinik olarak tanı konulan bir hastalıktır. Anamnez, ruhsal değerlendirme ve gerekirse yapılan fizik muayene sonucunda tanı konulur. Alınan anamnez ve yapılan fizik muayene sonucunda hekimi başka bir tanıya yönelten herhangi bir şüphenin oluşmadığı durumda çoğu zaman DEHB tanısı için herhangi bir laboratuvar tetkiki ya da görüntüleme çalışmasına ihtiyaç duyulmamaktadır. Tanılamada ebeveyn, öğretmen ve çocuğu yakın gözlemlene fırsatı olan kişilerden detaylı bilgi alınması yol göstericidir. Çeşitli test ve ölçekler tanı koymada yardımcı olur.

Öyküde özellikle dikkat parametreleri, akranlarına göre hareketlilik düzeyi, dürtüsellik ve davranış sorunları ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Okul başarısı, sosyal etkileşimleri, boş zaman

aktiviteleri, ebeveyn ve akran ile ilişki problemleri hastalığın hangi alanlarda işlevselliği bozduğunu saptamak açısından irdelenmelidir. Çocukla hasta-hekim bağı kurulduktan sonra, çocuk hastalığa bağlı yaşadığı zorlukları anlatması için cesaretlendirilmelidir. DEHB her yaşta ve her kişide farklı özelliklerle ön plana çıkmaktadır.

DSM 5'e göre DEHB belirtileri iki grupta ele alınmaktadır. DEHB tanısı için dikkatsizlik veya hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin başlangıç yaşının on iki yaş öncesinde olması ve minimum iki ortamda (sosyal ortam, okul, ev) işlevselliği bozması gerekmektedir. Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirti kümelerinin her birinde dokuz belirti yer alır. Dikkatsizlik belirtilerinden altı ya da daha fazlasının bulunduğu, ancak hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin yeterli sayıda olmadığı durumda tanı, dikkat eksikliği baskın görünüm; hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden en az altısının bulunduğu, ancak dikkatsizlik belirtilerinin yeterli sayıda olmadığı durumda da hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm olarak belirlenir. Her iki belirti grubundan da altı ve daha fazla belirti varlığında ise tanı bileşik görünümdür. On yedi yaş üstünde dokuz maddenin beş tanesinin bulunması tanı konulması için yeterlidir.

Belirtiler en az 6 aydır sürüyor olmalı ve ilk defa ortaya çıkışı 12 yaşından önce başlamış olmalıdır. Belirtiler, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamalıdır veya duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, madde kullanımı gibi durumlar ile daha iyi açıklanamamalıdır (53).

### **DSM-5'e Göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Kriterleri:**

A- Aşağıdakilerden 1 ve/ya da 2 ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve /ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik örüntüsü:

1. 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, karşı olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı 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 okulda 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 nesnelere kaybeder.
- h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
- i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır

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, düşmanlı 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 kıvrılır.

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 ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır. Ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle 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” ile “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.

DSM-5'e göre belirlenen tanı kriterleri bu şekilde iken ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases)'da ise hiperkinetik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Altı adet dikkatsizlik, üç hiperaktivite ve bir dürtüsellik kriteri tanı için gereklidir. Hastalığın başlangıç yaşı yedi yaşından önce olmalı ve klinik semptomları en az altı ay devam etmelidir. DSM'den farklı olarak bu tanının konulabilmesi için IQ değeri en az elli olmalıdır (25).

### **Klinik Görünüm**

Klinik görünümde dikkat, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik problemleri ön plandadır. DEHB'li çocuklar dikkat ile ilişkili alanlarda zorlanmaktadırlar. Ayrıca, dışarıdan gelen uyaranlarla dikkatin kolayca dağılması, düzenini sürdürmede zorlanma, eşyalarını sık kaybetme,

üstlendiği sorumluluk ve vazifeleri unutma gibi belirtiler de dikkat problemlerine işaret ederler. Sırasını beklemede zorlanma, isteklerini ve dürtülerini erteleyememe, sorulan soru bitmeden cevap verme, acelecilik, söz arasına girme, söz kesme gibi davranışlar dürtüsellik sorunlarını düşündürmelidir. Sınıfta, sosyal alanda, oyunlarda hareketliliği yaşatlarına göre belirgin olarak fazla olabilir ve çeşitli alanlarda günlük işlevselliğini etkileyebilir (54).

### **Psikiyatrik Eş Tanılar**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na sahip çocuk ve ergenlerle yapılan bir araştırmada eş tanı oranı "Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu" için çocuklarda %46, ergenlerde %33; "Davranım Bozukluğu" için çocuklarda %23, ergenlerde ise %42 gibi yüksek oranda saptanmıştır(55). DEHB'e eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilgili bilgilerin gözden geçirildiği bir yazıda, İletişim Bozuklukları'nın %15–75, Anksiyete Bozukluğu'nun %10–40, Tik Bozuklukları'nın %3–34, Major Depresyon'un %0–45 ve Bipolar Bozukluğun %0–27 arasında değişen oranlarda tabloya eşlik edebileceği vurgulanmıştır(16). Ayrıca DEHB' ye Tik Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Selektif Mutizm, Madde Kötüye Kullanımı, Disleksi, Bipolar Bozukluk da eşlik edebilir (56).

### **Ayrırcı Tanı**

Ayrırcı tanıda; Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif bozukluk, Majör Depresyon, Öğrenme Bozuklukları, Otizm Spektrum Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Bipolar Bozukluk, Davranım Bozukluğu, Tik Bozuklukları, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Entelektüel Yeti Yitimi gibi psikiyatrik bozuklukların yanı sıra, kafa travması, işitme veya görme kaybı, tiroid fonksiyon bozuklukları, hipoglisemi, kurşun zehirlenmesi, uyku bozuklukları, Frajil X sendromu, Nörofibratozis, Fenilketonuri gibi DEHB'ye benzeyebilen tıbbi durumlar, duyu durum düzenleyici ilaçlar, dekonjestan grubu ilaçlar ve beta agonist ajanlar gibi tedavilere bağlı durumlar ve bağlanma bozukluğu, çocuk istismarı ya da ihmali, yetersiz ebeveynlik gibi durumlar da DEHB ayrırcı tanısını değerlendirirken önem arz eder (57).

### **Gidiş ve Prognoz**

DEHB belirtileri hastaların bir kısmında erişkinliğin başlarında kaybolmakta, bir kısmında sosyal ve duygusal problemlerle devam etmekte, diğer bir kısmında ise alkolizm, madde kullanımı



ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu gibi ruhsal hastalıklar tabloya eklenebilmektedir (58). Çocuklukta tanı konan DEHB vakalarının %60 kadarında erişkin dönemde belirtilerin devam edebildiği bildirilmiştir (59). Genç erişkinlik dönemine geldiklerinde akademik başarıları, yıllık kazançları, yüksek öğretimi kazanabilme ve başarıyla tamamlama oranları da sağlıklı kontrollere göre daha düşük saptanmıştır.

Ayrıca kontrollere oranla iş değişikliğinin daha sık olduğu, işten çıkarılma oranlarının daha fazla olduğu, sürücülük becerilerinin daha kötü olduğu, daha fazla kaza yaptıkları, cinsel yaşamın daha erken başladığı, daha sık ve fazla eş değiştirdikleri, doğum kontrol yöntemlerini daha az kullandıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma ve erken hamilelik risklerinin de arttığı belirtilmektedir (60).

DEHB’de kötü prognozun en güçlü belirleyicisi çocukluk döneminde DEHB’e eşlik eden “Davranış Bozukluğu” eş tanısının olmasıdır (61). Olumsuz anne-baba tutumları, arkadaş çevresi tarafından kabul görmeme, düşük doğum ağırlığı, ailede DEHB öyküsü, DAT1 ve DRD4 genlerinde polimorfizm ve katekol-o-metil-transferaz geninin valin-valin genotipinin bulunması olumsuz gidiş etkenleri olarak bildirilmiştir (62).

## **Tedavi**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tedavi edilirken çekirdek semptomlar kadar komorbiditeler, hastanın yaşı, aile ve okul yapısı, tedavi motivasyonu gibi faktörler de göz önüne alınmalıdır. Tedavi farmakolojik ve farmakoloji dışı yöntemler olarak incelenebilir.

**Farmakolojik yöntemler:** Farmakolojik tedavide; ilk seçenek olarak DEHB tedavisi için onay almış ilaçların kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Psikostimülan ilaçlar (dekstroamfetamin, metamfetamin, dekstroamfetamin/amfetamin tuzları, metilfenidat, Metilfenidat transdermal sistem, deksmetilfenidat, lisdeksamfetamin), özgün noradrenalin gerilim inhibitörü olan atomoksetin, alfa-2 adrenerjik ajanlar (özellikle uzatılmış guanfasin ve klonidin), antidepresanlar (bupropion, venlafaksin, imipramin, nortriptilin) ve dopaminerjik ajan olan modafinil kullanılabilir (12).

Bazı kılavuzlarda eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olmayan DEHB tanılı olgularda ilk basamak ilaç tedavisi olarak psikostimulanların kullanılması önerilmektedir (63,64). Kanada DEHB kılavuzuna göre atomoksetin de stimulan ilaçlarla birlikte ilk basamak olarak

önerilmektedir (57). DEHB tedavisinde kullanımı The U.S. Food and Drug Administration tarafından onaylanan ilk non-stimulan ilaç atomoksetindir. Amerika’da onaylanan bir başka grup ilaç ise guanfasin ve klonidindir. Stimulanlara oranla terapötik etkinliklerinin geç başladığı, etki güçlerinin daha düşük olduğu, fakat stimulan tedavisine ekleme yapıldıklarında plaseboya oranla %25 daha fazla klinik düzelme sağladıkları ifade edilmiştir (65).

Risperidon ve aripiprazol gibi atipikantipsikotikler de DEHB’de kullanılabilir. Antipsikotik ilaçların özellikle aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve engellenme eşiğinin düşüklüğü gibi belirtilerde ve öfke patlamalarında etkin olduğu belirtilmektedir (52).

**Farmakoloji dışı yöntemler:** Aile tedavisi, davranış yönetim teknikleri, okul görüşmeleri, risk yönetimi, bilişsel davranışçı terapi, sosyal eğitim, bireysel psikoterapi ve oyun terapisi yaklaşımlarını içermektedir (66). Davranışsal müdahaleler, nörofeedback, bilişsel eğitim ve çeşitli diyet yöntemlerinin temel DEHB semptomlarına iyi geldiğini ileri sürmek için daha kapsamlı çalışmalardan elde edilecek kanıtlar gereklidir (67).

## **YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO**

### **Tanım**

Yavaş bilişsel tempo; gündüz düşlerine dalıp gitme, uyanıklığı sağlamada zorlanma, düşük enerjiye sahip olma, kendi dünyasında yaşama, konfüze görünümde olma gibi klinik belirtiler gösteren bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (68).

### **Tarihçe**

Gündüz düşleri ve uyarılmada güçlük gibi belirtilerle karakterize ilk dikkat problemleri 1798’de Sir Alexander Crichton tarafından tanımlanmıştır (69). DSM-III 1980 yılında DEHB’yi; dikkat eksikliğine hiperaktivitenin eşlik edip etmemesine göre 2 farklı gruba ayırmıştır. YBT ile ilgili güncel bilimsel çalışmalar da, bu 2 grup arasındaki farka çalışmacıların yoğunlaşması ile başlamıştır. O dönemde çalışmacılar uyuşukluk, kendi dünyasında olmak, apatik ve letarjik olma gibi semptomların dikkat eksikliğinin bir parçası mı yoksa farklı bir kategori mi olduğu konusuna yoğunlaşmışlardır (70,71). “Yavaş Bilişsel Tempo” semptomları DEHB’yi saptamada düşük prediktif değer göstermiş ve bu bulgular ışığında YBT konusunda çalışmalara yoğunlaşmıştır

(72,73). Son zamanlarda çalışmalar daha çok DEHB alt görünümleri ile YBT kliniğinin farkını araştırmaktan ziyade spesifik olarak YBT kliniğinin çeşitli özellikleri üzerine odaklanmaktadır.

### **Epidemiyoloji**

İspanya’da 7-10 yaş arası çocuklarla yapılan The Child Behavior Checklist ölçeği’nin YBT’yi tarayan sorularıyla kesme değer kullanılarak yapılan çalışmada YBT sıklığı %11 olarak saptanmıştır (74). Yaş, cinsiyet ve etnik köken ile YBT tanısının bir ilişkisi olmadığı düşünülmektedir (75,76). Yaş ve cinsiyet konusunda çalışmalarda tam bir netlik sağlanamasa da, YBT semptom şiddeti ile yaş artışı ve kız cinsiyet arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Ayrıca metaanalizde YBT nin düşük ebeveyn eğitimi ve düşük hane geliriyle de ilişkili olabileceği gösterilmiştir (5).

### **Etiyoloji**

Yavaş Bilişsel Tempo etiyojisi hakkında çalışmalar bizlere sınırlı veri sunabilmektedir.

**Genetik:** 398 ikizin katıldığı pediatrik popülasyonu kapsayan bir çalışmada YBT için orta düzeyde kalıtılabilirlik tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda YBT’nin DEHB’ye göre kalıtılabilirlik oranının daha düşük olduğu vurgulanmıştır (77). İkiz çalışmalarının yanında, evlat edinme, ailesel agregasyon ve gen haritalama çalışmalarının da yapılması gerektiği belirtilmektedir (5).

**Nörogörüntüleme:** YBT konusunda en az bilgi sahibi olduğumuz alanlardan biri de görüntüleme çalışmalarıdır. Pür YBT olgularının olduğu çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. YBT skorları yüksek olan bir grupta fonksiyonel MRG çalışmasında superiorparietal lobda hipoaktivasyon saptanmış, bunun dikkati başlatma ve kaydırma ile ilişkisi olabileceği düşünülmüştür (78). Bir başka çalışmada DEHB semptomları kontrol edildikten sonra da YBT de yapısal olarak frontal lobda hacim artışı saptanmıştır (79).

**Nöropsikoloji:** Barkley’in çocuk ve ergenlerde yaptığı çalışma YBT’nin DEHB kadar yürütücü işlevlerde probleme yol açmadığı yönünde sonuçlar ortaya koymuştur (8). Yapılan bir

metaanaliz sonucunda ise, çalışmaların çoğu DEHB komorbid vakaları içerdiği için kesin sonuca ulaşmanın zor olduğu belirtilse de, YBT'nin yürütücü işlevlerde bozulmaya neden olduğu ve en fazla probleme de duygu düzenleme alanında yol açtığı vurgulanmıştır (5).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada YBT'nin bilişsel esneklik ve özellikle dikkati yönlendirmede problemle ilişkili olabileceği, bunun da yürütücü işlevlerden ziyade oryantasyon ve vijilans ile ilişkili olabileceği bulunmuştur (80). Ancak YBT'nin dışsal geçerliliğini artırmak için eş psikiyatrik tanısı olmayan YBT olguları ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

**Çevresel:** Literatürde YBT ile Akut Lenfoblastik Lösemi, prenatal alkol maruziyeti ve sigara maruziyeti ile ilişki kurulmuştur (74,81,82).

### **YBT'nin İnternal(İç), Eksternal(dış) Tanısal Geçerliliği**

YBT kliniğinin özgül özelliklerini araştırmayı hedefleyen ve bu konuda yapılan ilk metaanalizde, YBT kliniği ile yapılan 73 çalışma ve 19000 birey kapsamıştır. 13 YBT maddesi anlamlı bir şekilde, DEHB faktörüne karşıt olarak bir araya gelmiştir (5). Barkley'nin çalışmasında ise YBT açısından ön plana çıkan belirtiler sırasıyla şöyledir (8) .

1. Hayallere dalıp gitme
2. Uyanık kalmada ve harekete geçmede zorlanma
3. Zihni bulanık ve şaşkın görünme
4. Boş gözlerle uzun uzun bakma
5. Kafası karışık olma, aklı başka yerde gibi görünme
6. Uyuşuk olma
7. Daha az hareketli olma
8. Yavaş hareket etme, durgunluk
9. Sorulan soruları veya açıklamaları doğru veya hızlı bir şekilde anlayamama
10. Uykulu bir görünüme sahip olma
11. İlgisiz veya çekingen gibi görünme
12. Kendi düşüncelerinde kaybolma

Metaanaliz sonucunda YBT kliniğinin iç tutarlılık, test-tekrar test, farklı araştırmacılar arasında benzer sonuçlanma gibi özellikleri vurgulanmıştır. YBT'nin iç geçerliliği farklı kıtalar, farklı yaşlarda da anlamlı bulunmuştur.

Dış geçerlilik açısından YBT kliniğinin yaşla artabileceği, düşük sosyoekonomik düzey ve ebeveyn eğitimi ile ilişkili olduğu, çocuklarda erkek cinsiyetle ilişkili olabileceği, dikkat eksikliği baskın görünümle ve iç vuru bozuklukları ile daha fazla ilişkili olabileceği vurgulanmıştır. Global, sosyal ve akademik alanlarda bozulma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Nöropsikolojik olarak da işleme hızı, dikkat sürdürümü ve metakognitif defisitlerle ilişkili bulunmuştur. Tanısal açıdan literatürde biriken kanıtlarla yeterli düzeyde bilgiye ulaşamadığı yorumunda bulunulmuştur (5). YBT 2021 yılında güncel olarak herhangi bir tanısal sınıflandırmada yer almamıştır. YBT açısından artan bilgi birikimi ayrı bir tanı olabileceği yönünde yoğunlaşsa da, transdiagnostik bir özellik olabileceği de düşünülmektedir. Diğer psikopatolojiler açısından boylamsal gidiş, tedaviye yanıt, işlevsellikte bozulma alanları gibi özelliklerde tıpkı kendi başına bir tanı olmayan duygu düzenleme güçlüğü gibi bir belirleyici olabilir (83).

### **Tanılama**

Henüz herhangi bir tanılama sisteminde resmi olarak bir tanı kategorisi yoktur. Kliniğe dikkat problemleri ile başvuran hastalarda özellikle hiperaktivite belirtileri yerine harekete geçmede yavaşlık ön planda ise, iç yönelim belirtileri, sosyal işlevsellikte problemler, hayale dalıp gitmelerden yakınılıyorsa YBT kliniği düşünülebilir. Gerekli görüldüğü takdirde pediatrik konsültasyon veya kan tetkiki istenebilir. Barkley yaptığı çalışmada YBT kliniği için anlamlı olabilecek ve klinisyenlerin diğer hastalıklardan YBT'yi ayırmada faydalanabilecekleri 12 temel belirti tariflemiştir. Bunlardan en az 3'ünün "sık" görüldüğü kişiler için toplumun 93 persentiline denk geldiğini ve bu durumda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çocukların %5'ini kapsayacağını ifade etmektedir. YBT için resmi tanı kriterleri olmamasına rağmen ölçeklerin yardımıyla belirlenen, sık olarak görülen ve en az bir alanda işlevselliğin bozulmasına yol açan belirtilerin tespit edilmesi YBT varlığını düşündürebilir (8,84).

### **Klinik Görünüm**

YBT ile ilgili yapılan ve kliniği hakkında bize fikir sağlayabilecek 73 adet çalışmayı içeren bir metaanalizde; her bir semptomun toplam kaç farklı çalışmada incelendiği araştırılmıştır.

Çalışmalarda ortak olarak değerlendirilen en sık semptom gündüz düşleri iken onu sırasıyla uykulu ve yavaş görünen, kafası karışık görünen, boş gözlerle uzun uzun bakan, düşüncelerde kaybolan semptomları takip etmiştir. Genel, akademik ve sosyal açıdan da çocuk ve ergen popülasyonunda işlevsellikte düşüşe sebep olabileceği vurgulanmıştır (5). Dolayısıyla sosyal ve akademik problemlerle hastane başvurusu yapabilecekleri akılda tutulmalıdır.

### **Psikiyatrik Eş Tanılar**

Barkley Amerika Birleşik Devletleri'nde 1800 çocuk ve ergenle gerçekleştirdiği çalışmasında DEHB ve YBT testleri sonucunda YBT'lilerin %59'unun aynı zamanda DEHB'li olduğunu ve DEHB'lilerin %39'unun YBT'li olduğunu bulmuştur (8). DEHB ile komorbiditesi bu derecede yüksek olabilirken, YBT ve DEHB ayırımında da yine 2 kliniğe eşlik eden durumların farklı olması bizlere yol gösterebilir. Metaanaliz sonucunda DEHB semptomları kontrol edildiğinde YBT içe yönelim problemleri ile anlamlı düzeyde ilişkili görünürken, dikkateksikliği baskın görünüm DEHB grubu kontrol edildiğinde ise dışa vurum patolojileriyle anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm DEHB grubu ile YBT ilişkisiz hatta ters ilişkili görünmektedir (5). Depresyon ve anksiyete başta olmak üzere içe yönelim bozukluklarının DEHB+YBT'lilerde sadece YBT'lilerden, sadece YBT'lilerde de sadece DEHB'lilerden, bu üç grupta da kontrollerden önemli ölçüde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (85). Yine başka bir çalışmada da 2 hastalık bir araya geldiğinde komorbiditenin de artabileceği vurgulanmıştır. DEHB ve YBT ölçütlerini birlikte karşılayan olguların ayrı ayrı DEHB ya da YBT ölçütlerini karşılayan olgulara göre daha fazla hastalıkla daha yüksek oranlarda eş hastalanım gösterdikleri bulunmuştur (8).

### **Ayrırcı Tanı**

Eş psikiyatrik tanısı olmayan YBT kliniği düşünülecek olursa, öncelikle; dikkat problemleri açısından DEHB'den, uykulu görünüm açısından uyku bozukluklarından, yavaş hareket açısından hipotiroididen, boş gözlerle uzun bakma açısından absans nöbetten, özellikle akademik güçlükler açısından duyu sistemi bozuklukları, entelektüel yeti yitimi ve öğrenme güçlüklerinden, depresyon ve anksiyeteden, kliniğe göre olası diğer tıbbi ya da özellikle nörolojik hastalıklardan ayırt etmek hastalara doğru tedaviyi ulaştırmak açısından önemlidir (5).

## **Tedavi**

YBT semptomları ile ilgili yapılan tedavi çalışmalarının sayısı bir sonuca varmak için yetersiz görünmektedir. Dikkat eksikliği baskın görünüme sahip DEHB'li bireylerin tedavisi için yapılan bir çalışmada YBT belirtilerinde metilfenidat etkisiz bulunmuştur (86). Bu çalışmadan 17 yıl sonra YBT kliniğinin alt faktörlerine dikkat edildiğinde “Yavaşlık / Uykulu” faktörüne ait YBT belirtileri olan olgular daha düşük metilfenidat yanıtı ile ilişkili bulunurken, “Hayallere Dalma” faktör boyutlu YBT belirtileri metilfenidat yanıt durumu ile ilişkilendirilmemiştir (87).

Atomoksetin ile yapılan 16 haftalık çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada DEHB ve disleksinin birlikte görüldüğü hastalarda plasebo grubuna göre YBT semptomlarında daha fazla azalma sağlandığı gösterilerek YBT semptomlarında herhangi bir farmakolojik ajanın başarısının gösterildiği ilk çalışma olması açısından önemlidir (88). Bu çalışmada YBT kliniğindeki iyileşmenin DEHB semptomlarındaki iyileşmeye mi bağlı olduğunu araştırmak için yapılan post-hoc analizlerde DEHB değişiminden bağımsız olarak YBT kliniğinde iyileşme olduğu bulunmuştur (89).

Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri açısından; davranışçı müdahalelerin araştırıldığı bir çalışmada dikkat eksikliği baskın görünüm DEHB ve YBT belirtileri olan 69 çocuğa okul ve evde Çocuk Yaşam ve Dikkat Becerileri (CLAS) Programı uygulanmış ve uygulama sonrası 3. ve 5. aylarda da çocuklar takip edilmiş. Program uygulanan çocukların kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha az DEHB ve YBT semptomları olduğu ve sosyal ve organizasyonel becerilerinde belirgin bir iyileşme olduğu ve bu iyilik halinin takipte de sürdüğü belirtilmiştir (90).

Barkley, anksiyete ve depresyon gibi hastalıklarda etkili olabilen sosyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı terapinin, YBT'nin içe yönelim bozukluklarıyla olan ilişkisi sebebiyle YBT tedavisinde etkili olabileceğini iddia etmiştir (91).

## **DUYGU DÜZENLEME**

### **Duygu ve Duygu Düzenleme**

Türk Dil Kurumu'na göre duygu; 1) duyularla algılama, his 2) belirli nesne, olay ve bireylerin insanın iç dünyasında uyandırdığı izlenim olarak tanımlanmaktadır.

Duygu düzenleme (DD) ise, bireylerin kendi duygularının doğal akışını yönlendiren, aşamalardan oluşan süreç olarak tanımlanabilmektedir. Olumlu ve olumsuz duygular hedef alınıp,

bu duygular artırılıp azaltılabilir (92). Duygu düzenleme, gündelik hayatın, sosyal ilişkilerin ve iyilik durumunun önemli bir ögesidir (93). Duygu düzenleme işlevleri bebeklikten itibaren görülebilmektedir. Bebekler, 3.ayında sıkıntı veren uyaranlardan baş parmak emmek suretiyle uzaklaşabilirler. Daha gelişmiş bir duygu düzenleme sistemi için gerekli prefrontal-limbik bağlantı erken çocukluk döneminde geliştiğinde daha iyi yürütücü işlev kontrolü mümkün olabilir (94).

Alan yazındaki araştırmalar yetişkin yaş grubunda daha fazla içsel süreçlere odaklanırken, bebeklik ve erken çocukluk döneminde ise dışsal süreçlere odaklanmakta ve dışsal süreçlerin duygu düzenlemedeki rolünü vurgulamaktadırlar (95).

Çocukluk ve ergenlikte, duyguların kendileri daha karmaşıkken, çocuklar ve ergenler duygu düzenleme çabalarının hedefi olan duygusal deneyiminin farklı bileşenlerini (düşünceler, beklentiler, tutumlar, kişisel öykü, bilişsel değerlendirme sürecinin diğer yüzleri) anlamaya başlamaktadırlar. Zamanla duygu düzenleme kapasitesindeki bireysel farklılıklar, kişilik ile uyumlu olmakta ve bunun sonucunda kişi, mizaca bağlı toleransı, güvenlik veya uyarılma gereksinimleri, kendilik-kontrol kapasitesi ve diğer kişilik süreçleri ile uyumlu olarak duygularıyla başa çıkabilmektedir (92).

### **Duygu Düzenleme Stratejileri**

Gross, süreç modelinde beş temel stratejiye açıklık getirmiştir. Bu modelde duygu düzenleme zamansal ve stratejik olarak değişik şekillerde gerçekleşebilir. Bunlar, “durum seçimi”, “durum değişimi”, “dikkatin kaydırılması”, “bilişsel değerlendirme” ve “tepkiyi değiştirmedir”.

*Durum seçimi*; kısaca iki ya da daha çok durum arasından bir seçim yapmaktır. Kişi-yer nesne vb. şeylere yaklaşma veya uzaklaşma davranışı buna bir örnektir. *Durum değişimi* ise kişinin bir durumu, o durumun yaratacağı emosyonel etkinin değişmesi hedefiyle yönlendirmeye çalışmasıdır.

*Dikkat kaydırılması*, belli bir durumda duygusal yanıtı düzenlemek gayesiyle dikkatin yönlendirilmesidir. *Bilişsel değerlendirme*, duygu yaratan durumun belli bir yönüne odaklandıktan sonra, ona eklenmiş birçok farklı anlam arasından bir tercihte bulunma olarak değerlendirilebilir.

*Tepkiyi değiştirme* ise duygu ortaya çıktıktan sonra bu cevabı değiştirme uğraşısıdır (96).



## **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlükleri**

Stresle başa çıkmada zorluklar, irritabilite, duygusal dengesizlik, öfke patlamaları, kişiler arası ilişkinin kararlı olmaması gibi durumlara DEHB’li bireylerde sıkça rastlanmaktadır. Bunların yalnızca DEHB’nin çekirdek semptomları ile açıklanması güç görünmektedir.

Barkley’e göre, kendi oluşturduğu DEHB modelindeki beş ana belirti kümesinden biri “emosyonel dürtüsellik ve duygu düzenlemeyi” içermektedir (16). Yapılan beyin görüntüleme çalışmaları ile elde edilen kanıtlara göre yürütücü işlevlerden sorumlu prefrontal alandaki etkilenenin duygu düzenleme alanında da sorunlara yol açtığı gösterilmektedir (97). Prefrontal lob ve anterior singulat korteks ile amigdala ve limbik sistemin diğer yapıları bağlantılıdır ve bu bağlantılar sayesinde duygu düzenleme süreçleri ortaya çıkmaktadır (98).

Yapılan çalışmalara göre alt tipler ayırt edildiğinde duygu düzenleme güçlükleri bileşik görünüm DEHB hastalarında daha sık görülmektedir. DEHB hastalarında komorbid durumların gelişiminde duygu düzenleme güçlükleri etkili olabilmektedir (99).

2016 yılında Graziano ve Garcia’nın yaptıkları DEHB ve duygu düzenleme güçlükleri alanındaki bir metaanalizde DEHB’nin Gross’un duygu işleme süreci dikkate alındığında etkileyebileceği 4 temel bileşenden bahsedilmiştir. Bunlar duygu tanıma, duygusal olumsuzluk-değişkenlik, duygu ayarlama, empati-katı-duygusuz özelliklerdir. DEHB’nin duygu düzenleme güçlüğünde olası belirleyiciler olarak da demografik faktörler, bilişsel işlevler ve davranış sorunları tanımlanmıştır. Dört bileşen içinden en anlamlı olarak DEHB’li çocuk ve ergenlerin duygusal reaktivite/olumsuzluk/değişkenlik bileşeninde bozulma olduğu, bunu duygu düzenleme ve duygu tanıma/anlamanın takip ettiği saptanmıştır. Analiz sonucunda DEHB’de sağlıklı kontrollere göre duygu düzenleme güçlüklerinin arttığı saptanmıştır (11).

## **Yavaş Bilişsel Tempo ve Duygu Düzenleme Güçlükleri**

Literatür incelendiğinde; Barkley çocuklarda ve erişkinlerde, YBT kliniği ile DEHB görünümünün duygu düzenleme açısından farklı güçlerde yordayıcı olduğunu belirtmiştir. YBT kliniği çocuklarda daha az olumsuz etki yaparken, erişkinlerde YBT kliniği duygu düzenleme zorluğu açısından en güçlü yordayıcı faktör olarak bulunmuştur. Bu bulgular sonucunda yaş arttıkça YBT ile duygu düzenleme güçlükleri arasında daha güçlü bağlantı olabileceği düşünülmüştür (100). Çocuklardaki çalışma sonucuna göre duygu düzenleme güçlüğü en çok

DEHB ve YBT kliniğinin birlikte olduğu grupta gözlemlenirken, bunu sırasıyla DEHB grubu, YBT grubu ve en düşük bozulma ile kontrol grubu takip etmiştir(8).

Diğer bir çalışmada DEHB kontrol edildikten sonra öğretmen ve ebeveyn değerlendirmesine göre YBT kliniğinin daha düşük düzeyde emosyonel kontrolle ilişkili olduğu bulunmuştur (10). Jimenez ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yapılan lineer regresyon modellemesinde DEHB klinik görünümü kontrol edildiğinde YBT kliniğinin anlamlı şekilde duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu saptamıştır (9). Campradon Rosanas ve arkadaşlarının okul çağındaki çocuklarla yaptığı çalışmada ise YBT semptomları arttıkça duygusal problemlerin arttığı gösterilmiştir (74). Üniversite çağındaki erişkinlerle yapılan çalışmalarda da çocuk ve ergenlik dönemine benzer şekilde YBT kliniği ve duygu düzenleme güçlükleri arasında ilişki tespit edilmiştir (101–103).

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamızın örnekleme, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne Kasım 2019 ve Temmuz 2021 tarihleri arasında DEHB belirtileriyle başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 8-12 yaş arasındaki olgular arasından seçildi. Her katılımcı ile toplamda üç görüşme gerçekleştirildi ve tüm görüşmeler aynı araştırmacı tarafından yürütüldü.

İçleme kriteri olarak 8-12 yaş arası olması, klinik açıdan normal zekaya sahip olması DEHB veya DEHB+YBT kliniği olması belirlendi. Dışlama kriterleri, DEHB'ye eşlik eden YBT kliniği dışında herhangi bir psikiyatrik eş tanısı, herhangi bir nörolojik hastalık ya da bayılma ile sonuçlanan kafa travması öyküsü olan, herhangi bir zamanda madde kullanım öyküsü bulunanlar ve son 6 ayda psikotrop kullanımı olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Sonuç olarak uygun olmayan olgular elendikten sonra DEHB tanılı 30 çocuk ve DEHB+YBT kliniğine sahip 20 çocuk ile çalışma yürütüldü.

Birinci görüşmede, araştırmacı tarafından gerçekleştirilen DSM-5 temelli psikiyatrik muayene sonucunda DEHB ve/ DEHB'ye eşlik edebilecek olası YBT kliniği düşünülen olgular belirlendi. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği–Turgay öğretmen ve ebeveynler tarafından doldurulmak üzere teslim edildi. Ayrıca ebeveyn tarafından doldurulmak üzere Barkley Çocuk Dikkat Anketi verilerek ikinci değerlendirme planlandı.

İkinci görüşmede ise genel psikiyatrik değerlendirme ve eş psikiyatrik tanıları saptamak amacıyla araştırmacı tarafından çocuklar ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 ile psikiyatrik görüşme yapıldı. Yapılan görüşmede Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 ile taranamayan tanılar (Örn. Özgül Öğrenme Güçlüğü, Entelektüel Yeti Yitimi vb.), araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirildi. Klinik global izlenim ölçeği ile hastalık şiddeti ve Hollingshead-Redich ölçeği ile ailenin sosyokültürel düzeyi ölçüldü. Bir sonraki değerlendirmeye ebeveyn tarafından doldurulmak üzere Sosyodemografik Veri Formu ve Duygu Ayarlama Ölçeği verildi. Duygusal reaktivite/olumsuzluk/değişkenlik ve duygu ayarlama bileşenleri için Duygu Ayarlama Ölçeği'nin 2 alt faktörü kullanılırken ölçekten alınan toplam puan duygu ayarlama toplam puanı olarak alındı. Empati/katı-duygusuz özellikler bileşeni için de çocuk tarafından doldurulmak üzere Çocuk ve Ergenler İçin Empati Ölçeği Türkiye Formu verildi.

Üçüncü görüşmede duygu düzenlemenin 4 temel bileşeninden duygu tanıma/anlamanın ölçülebilmesi için Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Testi'nin Yüz ifadeleri alt alanı bilgisayar eşliğinde çocuğa uygulandı.

Çalışmamız 24.09.2019 tarihli, 2019.178.09.38 protokol numarasıyla ve 38 karar numarasıyla Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı. Araştırma protokolünü onaylayan etik kurul yazısı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ve diğer kullanılan ölçek ve anketler ekler kısmında paylaşıldı.

## **VERİ TOPLAMA VE ÖLÇÜM ARAÇLARI**

### **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanmış, ebeveynve çocuğun, çalışma hakkında detaylı bilgilendirilmesini amaçlayan ve yazılı onay vermeyi gerektiren bilgilendirme formudur.

### **Sosyodemografik Veri Formu**

Bu çalışma için araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ile çalışmaya dahil edilen olguların yaş, cinsiyet, sınıf, gebelikte tıbbi sorun, doğum boyu, doğum

ağırlığı, anne sütü alma, desteksiz oturma, emekleme, desteksiz yürüme, tek ve çift kelime kullanma, hane geliri, ebeveynlerinin eğitim ve mesleki durumu gibi özelliklerinin sorgulanması planlandı.

### **Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Uyarlaması**

Kaufman ve arkadaşlarının 1997 yılında çıkardıkları, 2016 yılında DSM-5 tanı ölçütlerine göre revize ettikleri yarı yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması Ünal ve ark. tarafından yapılmıştır (104,105). Toplam üç farklı bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastanın sosyodemografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatrik başvuru ve tedavisi, aile ve arkadaş ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. Spesifik psikiyatrik belirtilerin araştırıldığı sorular ve değerlendirme ölçütleri formun ikinci bölümünü oluşturmaktadır. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler bulunursa, üçüncü bölümde ek belirti listesine geçilerek daha ayrıntılı ve tanıya yönelik değerlendirme yapılır

### **Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Turgay**

DSM-IV tanı ölçütleri baz alınarak geliştirilen bu ölçek dikkatsizliği sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellliği sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkiye örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (106).

### **Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA)**

Bu anket toplam 14 soru içermekte olup Russell Barkley tarafından geliştirilmiştir (107). Likert tipi sorulardan oluşan anketin puanlaması şu şekildedir: 0: hiçbir zaman ya da nadiren, 1: bazen, 2: sık sık, 3: oldukça sık. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fırat ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Barkley Çocuk Dikkat Anketinde kesme noktası olarak

23 puan dikkate alınmıştır (108).

### **Hollinngshead-Redich Ölçeği**

Andreasen tarafından “Comprehensive assessment of symptoms and history” kitabında 1987 senesinde kullanılan ölçeğin Türkçe’ye çevrilmesi Tiryaki tarafından yapılmıştır (109). Ölçekte beş ayrı ordinal şekilde sosyoekonomik-sosyokültürel düzey tanımlanmıştır. Değerlendirmede anne ya da babadan en yüksek düzeyde olanın durumu esas alınmıştır.

### **Klinik Global İzlenim Ölçeği**

1976 yılında Clinical Global Impressions adıyla, Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilerek yayınlanmıştır. Klinik global izlenim ölçeği herhangi bir hastalığın şiddetinin ya da hastalık belirtilerindeki düzelmelerin genel olarak değerlendirildiği bir ölçektir. Klinik Global İzlenim Ölçeği, hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren üç farklı bölümden oluşur. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti bölümü kullanılmıştır. Klinisyenin, söz konusu hastalıkla ilgili genel tecrübesine bağlı izlenimine dayanarak hastalığın şiddetinin 1 ile 7 puan arasında derecelendirmesi yapılır (1: Hasta değil, 7: Çok ağır hasta) (110).

### **Duygu Düzenleme Ölçme Araçları**

**Duygu Ayarlama Ölçeği:** Shields ve Cicchetti tarafından geliştirilmiş olan Duygu Ayarlama Ölçeği 6-12 yaş grubundaki çocukların duygu ayarlama yetkinliğini değerlendirmektedir (111). Ölçek 24 maddeden oluşmuştur ve ana-baba tarafından doldurulmaktadır. Ölçek maddeleri “hiçbir zaman” ile “hemen her zaman” arasında değişen dördümlü likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Kapçı ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (112). Ölçekten duygu ayarlama ve değişkenlik-olumsuzluk olmak üzere 2 farklı alt puan elde edilir. Puanların artması o alandaki problemle ilişkilidir. Toplam puandaki artış

da daha kötü duygu ayarlamayı göstermektedir.

**Çocuk ve Ergenler için Empati Ölçeği Türkiye Formu:** Çocuklar ve Ergenler için Empati Ölçeği'nin Türkiye geçerliği ve güvenilirliği Gürtunca ve ark. tarafından yapılmıştır (113). Çalışmada, özellikle çocuklara cevaplama esnasında kolaylık sağlamak amacıyla “evet/ hayır” şeklinde hazırlanmış ikili cevap formu tercih edilmiştir. Toplam 21 maddeden oluşan ölçek kendini değerlendirme şeklindedir. Eğer bir maddeye “evet” cevabı verilmişse, o maddeden alınacak puan 1'dir; “hayır” cevabı verilmişse o maddeden alınacak puan 0'dır. Ancak ölçekte yer alan bazı maddeler ters madde olarak puanlanmaktadır. Alınan puanın yüksekliği empatinin yüksekliği ile ilişkilidir.

**Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı-Yüz ifadeleri alt alanı:** Çocukların sözel olmayan ipuçları ile aktarılan duygu durumlarını algılama becerilerini değerlendirmek amacıyla 2013 yılında Kılıç tarafından geliştirilen aracın, 120 çocukla geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Toplam 56 sorunun bulunduğu araç, dört alt alandan (yüz ifadeleri, hareket/duruş, ses tonları ve sosyal hikayeler) oluşmakta ve altı temel duyguyu (mutluluk, üzüntü, kızgınlık, korku, şaşkınlık ve tikslenme) içermektedir. Alt alanlara bakıldığında; çalışmamızda kullanılan yüz ifadeleri alt alanı bir yetişkin erkek ve kadın; bir kız ve erkek çocuğun altı duyguyu ifade ederken çekilmiş farklı fotoğraflarından oluşmaktadır. Modellerin sadece yüz ifadelerinin görüldüğü bölümde 24 adet soru bulunmaktadır (114). Alınan puanın yüksekliği duygu tanımadaki iyilikle orantılıdır.

## **İstatistiksel İncelemeler**

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı (Lisans No: 1675948377483). Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen nicel

değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test, Fisher-Freeman-Halton exact test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Empati ve Duygu ayarlama ölçeği duygu ayarlama alt ölçeği puanları üzerine Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı, yaş ve sosyoekonomik düzeyin etkisini incelemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirildi. Gruplar arasında duygu düzenleme alt boyut puanlarının, DEHB dikkat eksikliği baskın görünüm değişkenine göre kontrol edilerek, kıyaslanmasında Genelleştirilmiş Lineer Modelleme kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

<b>R</b>	<b>Yorum</b>
0.00 — 0.19	Çok Zayıf
0.20 — 0.39	Zayıf
0.40 — 0.59	Orta
0.60 — 0.79	Güçlü
0.80 — 1.00	Çok Güçlü



## BULGULAR

Araştırma 2019 Kasım ve 2021 Temmuz tarihleri arasında %82'si (n=41) erkek, %18'i (n=9) kız toplam 50 olgunun katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 8 ile 12 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $9,87\pm 1,39$  yıldır.

**Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklerin Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

		DEHB (n=30)	DEHB+YBT (n=20)	P
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	9,87±1,33	9,89±1,52	<sup>a</sup> 0,946
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	10 (8-12)	10 (8-12)	
Cinsiyet	Erkek	24 (80,0)	17 (85,0)	<sup>b</sup> 0,724
	Kız	6 (20,0)	3 (15,0)	
Sınıf düzeyi	2. ve 3. Sınıf	9 (30,0)	6 (31,6)	<sup>c</sup> 0,665
	4. ve 5. sınıf	13 (43,3)	6 (31,6)	
	6-8. sınıf	8 (26,7)	7 (36,8)	
Gebelikte bebekte tıbbi sorun; n(%)	Evet	1 (3,6)	0 (0,0)	<sup>b</sup> 1,000
	Hayır	27 (96,4)	19 (100,0)	
Yoğun bakım yatışı; n(%)	Evet	5 (17,9)	0 (0,0)	<sup>b</sup> 0,066
	Hayır	23 (82,1)	20 (100,0)	
Doğum boyu	<i>Ort±Ss</i>	50,35±3,72	50,85±1,21	<sup>c</sup> 0,598
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	50,5 (38-59)	51 (48-53)	
Doğum ağırlığı	<i>Ort±Ss</i>	3295,38±470,57	3382,37±459,05	<sup>a</sup> 0,539
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	3200 (2510-4000)	3400 (2500-4500)	
Anne sütü alma süresi	<i>Ort±Ss</i>	14,7±14,19	11,71±9,43	<sup>b</sup> 0,594

		Medyan (Min-Max)	12 (1-72)	11 (0-36)	
Desteksiz oturma	<i>Ort±Ss</i>		7,58±1,77	7,05±1,54	<sup>a</sup> 0,336
	<i>Medyan (Min-Max)</i>		8 (4-11)	7 (6-12)	
Emekleme	<i>Ort±Ss</i>		8,58±1,68	7,15±0,99	<sup>b</sup> 0,013*
	<i>Medyan (Min-Max)</i>		8 (6-12)	7 (6-9)	
Desteksiz yürüme	<i>Ort±Ss</i>		12,29±2,24	12,18±1,33	<sup>a</sup> 0,851
	<i>Medyan (Min-Max)</i>		12 (8-18)	12 (10-16)	
Tek kelime kullanımı	<i>Ort±Ss</i>		13,1±6,73	13,27±3,79	<sup>b</sup> 0,382
	<i>Medyan (Min-Max)</i>		12 (6-36)	12 (7-18)	
İki kelimelik cümle kullanımı	<i>Ort±Ss</i>		18,68±7,75	16,67±4,85	<sup>b</sup> 0,564
	<i>Medyan (Min-Max)</i>		15 (9-36)	16 (10-24)	
Annenin gebelik yaşı	<i>Ort±Ss</i>		25,31±5,47	24,83±4,27	<sup>a</sup> 0,755
	<i>Medyan (Min-Max)</i>		24 (17-38)	24 (19-35)	
Kaçınıcı çocuk	<i>Ort±Ss</i>		1,35±0,67	1,15±0,36	<sup>d</sup> 0,258
	<i>Medyan (Min-Max)</i>		1 (1-4)	1 (1-2)	
Gebelikte stres faktörü	Evet		11 (39,3)	5 (25,0)	<sup>c</sup> 0,301
	Hayır		17 (60,7)	15 (75,0)	
Gebelikte annede sigara kullanımı	Evet		8 (27,6)	6 (30,0)	<sup>c</sup> 0,854
	Hayır		21 (72,4)	14 (70,0)	
Gebelikte annede tıbbi problem	Evet		3 (11,1)	2 (10,0)	<sup>b</sup> 1,000
	Hayır		24 (88,9)	18 (90,0)	

<sup>a</sup>Student-t Test <sup>b</sup>Fisher'sExact Test <sup>c</sup>PearsonChi-Square Test <sup>d</sup>Mann-Whitney U Test \*p<0,05.

Olguların gruplara göre yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Gruplara göre gebelik süresince bebekte tıbbi sorun varlığı ve doğum sonrası bebekte yoğun bakım yatışı gerektirme bakımından olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Doğum boyu, doğum ağırlığı, desteksiz oturma, desteksiz yürüme, anne sütü alma süresi, tek kelime kullanımı ve iki kelimelik cümle kurma süreleri, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). DEHB grubu olguların emekleme süreleri, DEHB+YBT grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,013; p<0,05). Anne gebelik yaşı ve kaçınıcı gebelik olduğu, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Gruplara göre olguların gebelikte stres, sigara kullanımı ve annede tıbbi problem varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 2. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

		DEHB (n=30)	DEHB+YBT (n=20)	P
Anne yaş	<i>Ort±Ss</i>	35,56±4,93	35,85±4,45	<sup>a</sup> 0,837
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	34 (28-47)	35 (29-45)	
Baba yaş	<i>Ort±Ss</i>	40,50±4,39	41,13±7,86	<sup>d</sup> 0,907
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	39,5 (34-51)	41 (32-63)	
Anne-baba birliktelik	Birlikte yaşıyor	24 (82,8)	17 (94,4)	<sup>e</sup> 0,774
	Boşanmış	4 (13,8)	1 (5,6)	
	Ayrı yaşıyor	1 (3,4)	0 (0,0)	
Anne eğitim düzeyi	Okuryazar	2 (6,9)	0 (0,0)	<sup>e</sup> 0,388
	İlköğretim	5 (17,2)	3 (15,0)	
	Ortaokul	6 (20,7)	5 (25,0)	
	Lise	10 (34,5)	11 (55,0)	
	Lisans	6 (20,7)	1 (5,0)	
Baba eğitim düzeyi	Okuryazar	1 (3,6)	0 (0,0)	<sup>e</sup> 0,374
	İlköğretim	7 (25,0)	6 (30,0)	
	Ortaokul	9 (32,1)	3 (15,0)	
	Lise	7 (25,0)	10 (50,0)	
	Lisans	3 (10,7)	1 (5,0)	
	Yüksek lisans	1 (3,6)	0 (0,0)	
Hane geliri	0-800	1 (3,7)	0 (0,0)	<sup>e</sup> 0,599
	800-2500	4 (14,8)	2 (12,5)	
	2500-5000	14 (51,9)	6 (37,5)	
	>5000	8 (29,6)	8 (50,0)	
Hollingshead puanı	Üniversiteli meslek sahibi	4 (13,3)	2 (10,0)	<sup>e</sup> 0,539
	Memur vasıflı işçi	15 (50,0)	8 (40,0)	
	Yarı vasıflı işçi	10 (33,3)	7 (35,0)	
	İlköğretim düzeyi	1 (3,3)	3 (15,0)	

<sup>a</sup>Student-t Test<sup>c</sup>PearsonChi-Square Test<sup>d</sup>Mann-Whitney U Test<sup>e</sup>FisherFreemanHalton Test

Anne ve babaların yaşları, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Gruplara göre anne çalışma durumu, anne baba birliktelik durumu, anne baba eğitim düzeyi, hane geliri ve Hollingshead puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3. DEHB Klinik Görünümü ve CGI Skorunun Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

		DEHB (n=30)	DEHB+YBT (n=20)	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	
DEHB klinik görünümü	Dikkat eksikliği baskın görünüm	11 (36,7)	12 (60,0)	<sup>b</sup> 0,238
	Hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm	2 (6,7)	0 (0,0)	
	Bileşik görünüm	17 (56,7)	8 (40,0)	
CGI skoru	Hafif hasta	12 (40,0)	9 (45,0)	<sup>b</sup> 1,000
	Orta hasta	8 (26,7)	5 (25,0)	
	Belirgin hasta	8 (26,7)	5 (25,0)	
	Ağır hasta	2 (6,6)	1 (5,0)	

<sup>b</sup>Fisher's Exact Test

DEHB klinik görünümü ve CGI skoru, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

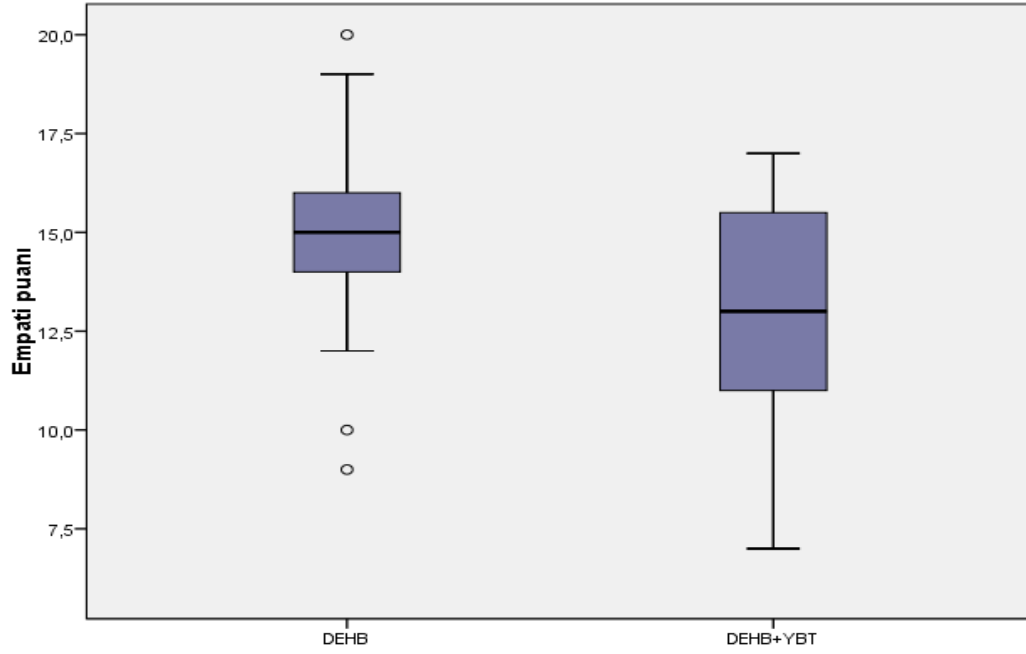
**Tablo 4. Duygu Düzenleme Puanlarının Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

Duygu Düzenleme		DEHB (n=30)	DEHB+YBT (n=20)	<i>p</i>
A)Duygu tanıma/anlama puanı	<i>Ort±Ss</i>	18,93±1,96	18,45±1,73	<sup>d</sup> 0,367
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	19 (14-22)	19 (16-22)	
B)Empati puanı	<i>Ort±Ss</i>	14,73±2,36	13,10±2,69	<sup>a</sup> 0,028*
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	15 (9-20)	13 (7-17)	
C)Duygu ayarlama toplam puanı	<i>Ort±Ss</i>	48,30±8,25	52,40±8,26	0,092
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	48 (32-63)	50 (38-65)	
C.1)Duygu ayarlama alt ölçek puanı	<i>Ort±Ss</i>	18,03±3,61	21,50±3,91	<sup>a</sup> 0,002**
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	17 (12-26)	21 (14-31)	
C.2)Değişkenlik-olumsuzluk alt ölçek puanı	<i>Ort±Ss</i>	30,27±6,87	30,90±6,35	<sup>a</sup> 0,744
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	30,5 (18-46)	31 (21-41)	

<sup>a</sup>Student-t Test<sup>d</sup>Mann-Whitney U Test\* $p<0,05$ \*\* $p<0,01$

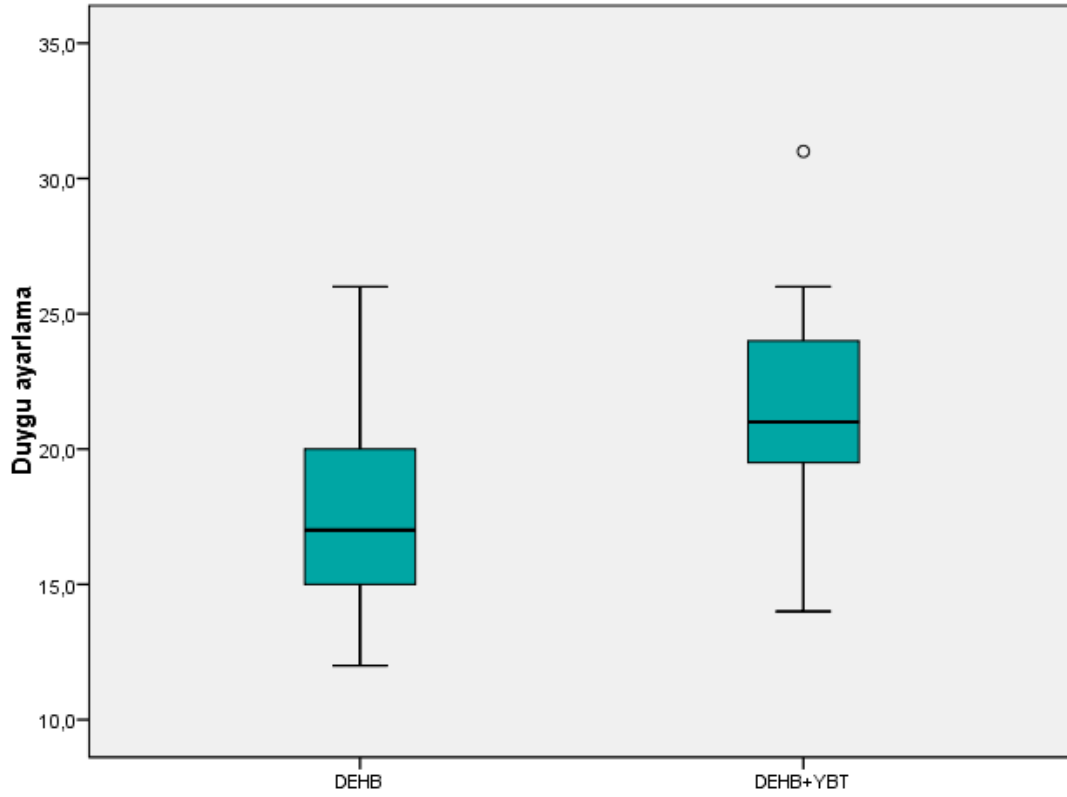
Duygu tanıma ve değişkenlik-olumsuzluk puanı, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

DEHB grubu olguların empati puanları, DEHB+YBT grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,028$ ;  $p<0,05$ ).



**Şekil 1. Grupların empati puanları dağılımı**

DEHB+YBT grubu olguların duygu ayarlama alt ölçek puanları, DEHB grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ).



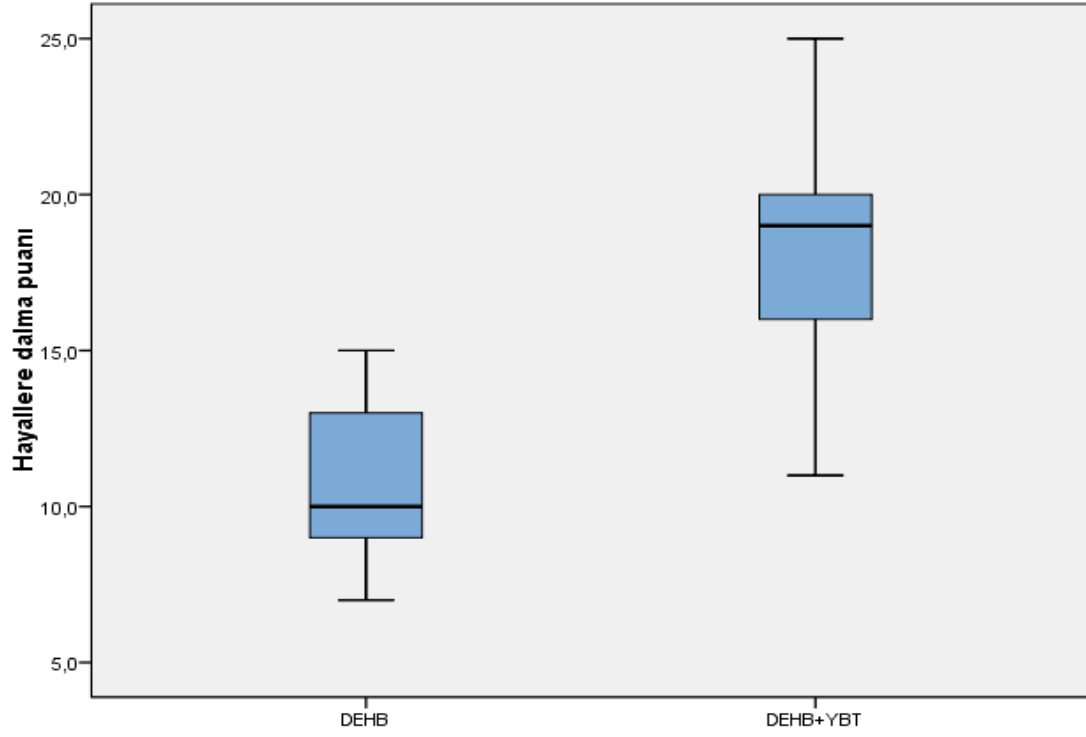
**Şekil 2. Grupların duygu ayarlama alt ölçek puanları dağılımı**

**Tablo 5. Barkley Çocuk Dikkat Anketi Puanlarının Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

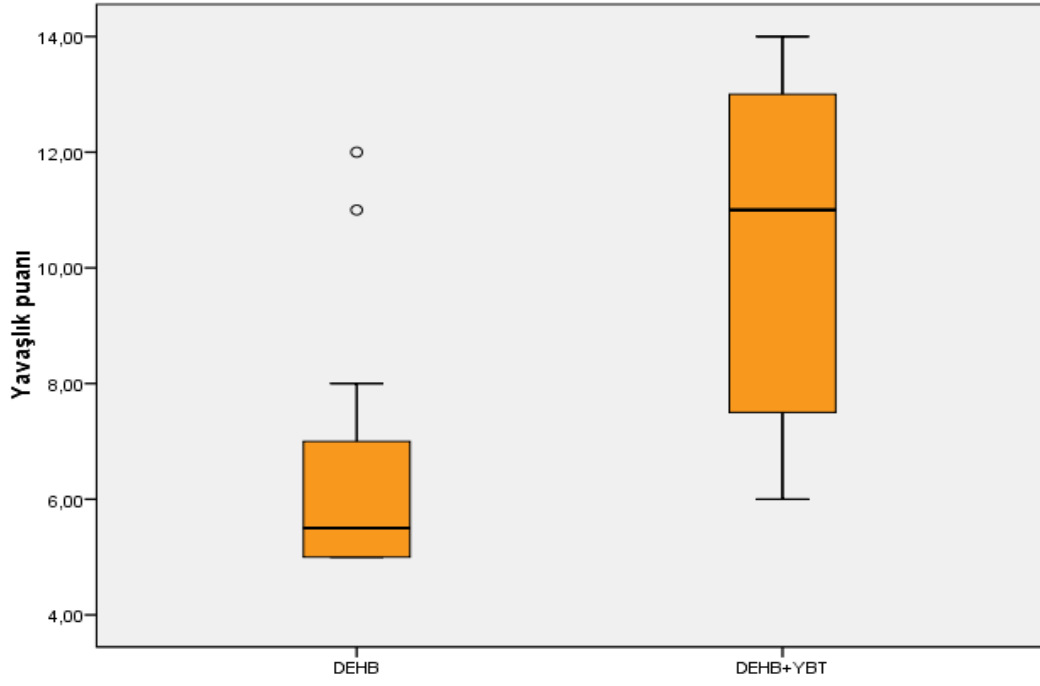
Barkley Çocuk Dikkat Anketi		DEHB (n=30)	DEHB+YBT (n=20)	<i>p</i>
Hayallere dalma puanı	<i>Ort±Ss</i>	10,6±2,28	18,25±3,63	<sup>d</sup> 0,001**
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	10 (7-15)	19 (11-25)	
Yavaşlık puanı	<i>Ort±Ss</i>	6,13±1,74	10,55±2,89	<sup>d</sup> 0,001**
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	5,5 (5-12)	11 (6-14)	
Toplam puan	<i>Ort±Ss</i>	16,73±2,45	28,8±4,63	<sup>d</sup> 0,001**
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	17 (12-22)	28,5 (23-39)	

<sup>d</sup>Mann-Whitney U Test \*\**p*<0,01.

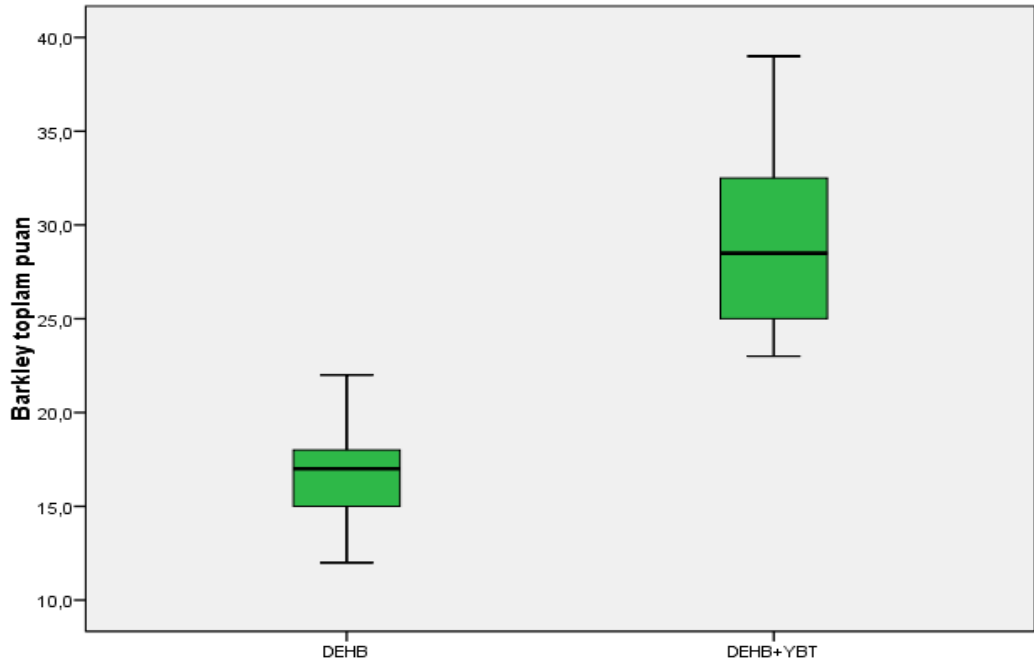
DEHB+YBT grubu olguların hayallere dalma, yavaşlık puanı ve toplam puanları, DEHB grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



*Şekil 3. Grupların Barkley hayallere dalma puanları dağılımı*



*Şekil 4. Grupların Barkley yavaşlık puanları dağılımı*



*Şekil 5. Grupların Barkley toplam puanları dağılımı*



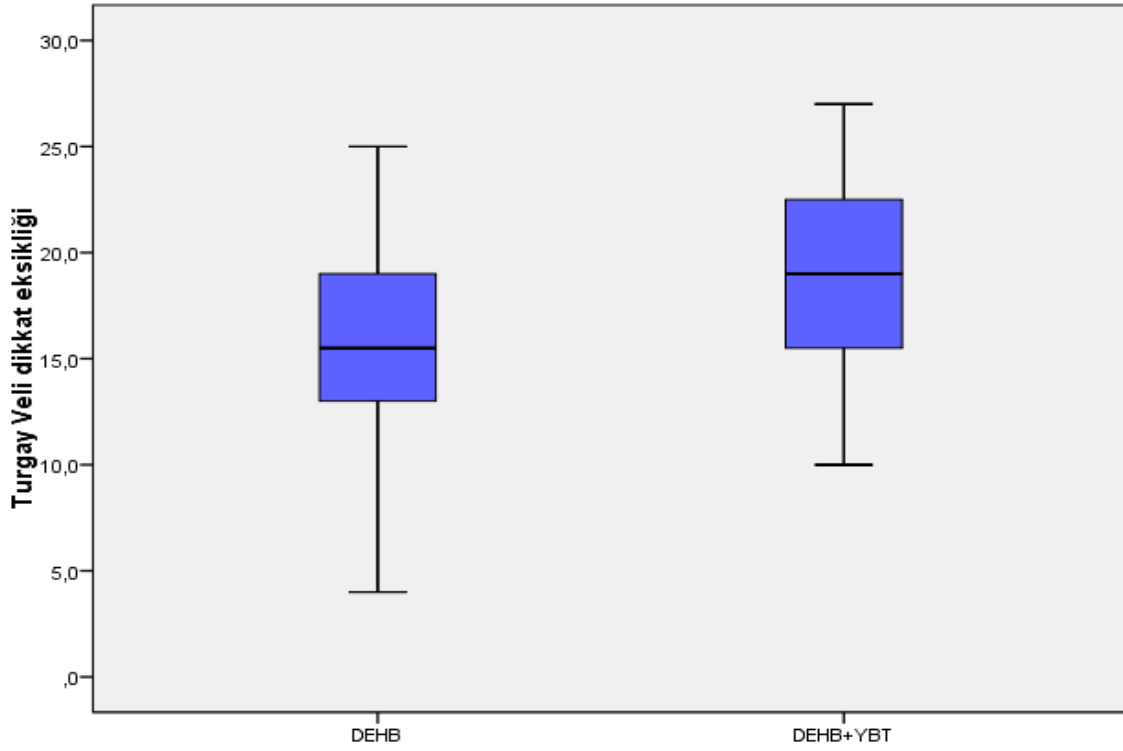
**Tablo 6. Turgay Ölçeği Puanlarının Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

<b>Turgay</b>		<b>DEHB (n=30)</b>	<b>DEHB+YBT (n=20)</b>	<b>p</b>
Veli dikkat eksikliği puanı	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Max)</i>	15,47±5,27 15,5 (4-25)	18,90±5,03 19 (10-27)	<sup>a</sup> 0,026*
Velihiperaktivite puanı	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Max)</i>	14,07±7,44 15 (0-27)	12,50±8,06 11,5 (2-27)	<sup>a</sup> 0,484
Veli toplam puanı	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Max)</i>	29,63±10,64 29 (5-52)	31,40±11,97 28 (15-54)	<sup>a</sup> 0,587
Öğretmen dikkat eksikliği puanı	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Max)</i>	14,70±5,41 15 (2-25)	18,28±6,54 18 (6-27)	<sup>a</sup> 0,062
Öğretmenhiperaktivite puanı	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Max)</i>	11,35±6,71 11 (0-23)	7,67±7,85 3,5 (0-22)	<sup>d</sup> 0,127
Öğretmentoplam puanı	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Max)</i>	26,04±10,3 26 (6-47)	25,94±11,94 24,5 (9-47)	<sup>a</sup> 0,977

<sup>a</sup>Student-t Test<sup>d</sup>Mann-Whitney U Test

\*p&lt;0,05

DEHB+YBT grubu olguların veli dikkat eksikliği puanı, DEHB grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,026; p<0,05).



**Şekil 6. Grupların Turgay Veli dikkat eksikliği puanları dağılımı**

Veli hiperaktivite, veli toplam, öğretmen dikkat eksikliği, öğretmen hiperaktivite ve öğretmen toplam puanları, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7. DEHB Grubu İçin Barkley Çocuk Dikkat Anketi ile Duygu Düzenleme Bileşenleri ve Turgay Ölçeği Puanları İlişkisi**

DEHB Grubu	BARKLEY ÇOCUK DIKKAT ANKETİ			
		Hayallere Dalma	Yavaşlık	Toplam
TURGAY ÖLÇEĞİ	Veli dikkat eksikliği	r 0,115 <sup>‡</sup> p 0,545	-0,004 <sup>‡</sup> 0,983	0,137 <sup>‡</sup> 0,472
	Veli hiperaktivite	r -0,018 <sup>‡</sup> p 0,926	-0,137 <sup>‡</sup> 0,469	-0,134 <sup>‡</sup> 0,481
	Veli toplam	r -0,008 <sup>‡</sup> p 0,965	-0,063 <sup>‡</sup> 0,742	-0,066 <sup>‡</sup> 0,729
	Öğretmen dikkat eksikliği	r 0,238 <sup>‡</sup> p 0,274	-0,250 <sup>‡</sup> 0,249	0,011 <sup>‡</sup> 0,962
	Öğretmen hiperaktivite	r 0,181 <sup>‡</sup> p 0,407	-0,044 <sup>‡</sup> 0,841	0,191 <sup>‡</sup> 0,383
	Öğretmen toplam	r 0,316 <sup>‡</sup> p 0,142	-0,116 <sup>‡</sup> 0,598	0,201 <sup>‡</sup> 0,357
	DUYGU DÜZENLEME BİLEŞENLERİ	Duygu tanıma	r -0,121 <sup>‡</sup> p 0,524	0,266 <sup>‡</sup> 0,155
Empati		r -0,257 <sup>‡</sup> p 0,170	0,024 <sup>‡</sup> 0,902	-0,173 <sup>‡</sup> 0,362
Değişkenlik-olumsuzluk alt ölçek		r 0,177 <sup>‡</sup> p 0,351	-0,422 <sup>‡</sup> 0,020*	-0,152 <sup>‡</sup> 0,422
Duygu ayarlama alt ölçek		r -0,037 <sup>‡</sup> p 0,847	0,124 <sup>‡</sup> 0,513	0,014 <sup>‡</sup> 0,943

<sup>‡</sup>r=Spearman'ın Korelasyon Katsayısı

\*p<0,05.

Olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Hayallere Dalma” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ile Duygu Düzenleme bileşenlerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Yavaşlık” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Duygu Düzenleme bileşenlerinden “Duygu Tanıma”, “Empati”, “Duygu Ayarlama”

bileşenlerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Yavaşlık” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Duygu Düzenleme bileşenleri “Değişkenlik-olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar arasındaki negatif yönlü 0,422’lik orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=-0,422$ ;  $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 8. DEHB Grubu İçin Duygu Düzenleme Bileşenleri ve Turgay Ölçeği Puanları İlişkisi**

DEHB Grubu		DUYGU DÜZENLEME BİLEŞENLERİ			
		Duygu tanıma	Empati	Değişkenlik-olumsuzluk alt ölçeği	Duygu ayarlama alt ölçeği
TURGAY ÖLÇEĞİ	Veli dikkat eksikliği	r -0,387 <sup>‡</sup> p 0,035*	0,060 <sup>‡</sup> 0,752	0,211 <sup>‡</sup> 0,263	0,210 <sup>‡</sup> 0,266
	Veli hiperaktivite	r -0,048 <sup>‡</sup> p 0,800	-0,015 <sup>‡</sup> 0,939	0,490 <sup>‡</sup> 0,006**	0,116 <sup>‡</sup> 0,543
	Veli toplam	r -0,228 <sup>‡</sup> p 0,225	-0,004 <sup>‡</sup> 0,983	0,454 <sup>‡</sup> 0,012*	0,187 <sup>‡</sup> 0,322
	Öğretmen dikkat eksikliği	r -0,524 <sup>‡</sup> p 0,009**	-0,035 <sup>‡</sup> 0,873	0,434 <sup>‡</sup> 0,039*	0,054 <sup>‡</sup> 0,808
	Öğretmen hiperaktivite	r -0,052 <sup>‡</sup> p 0,814	0,284 <sup>‡</sup> 0,189	0,115 <sup>‡</sup> 0,600	0,294 <sup>‡</sup> 0,174
	Öğretmen toplam	r -0,349 <sup>‡</sup> p 0,102	0,113 <sup>‡</sup> 0,607	0,307 <sup>‡</sup> 0,154	0,219 <sup>‡</sup> 0,316

<sup>‡</sup>r=Spearman’s Korelasyon Katsayısı

<sup>‡</sup>r=Pearson Korelasyon Katsayısı

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$ .

Çalışmaya katılan olguların Duygu Düzenleme bileşenlerinden “Empati” ve “Duygu Ayarlama” bileşenlerinden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Olguların Duygu Düzenleme bileşenleri “Duygu Tanıma” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Veli Hiperaktivite”, “Veli Toplam”, “Öğretmen Hiperaktivite”, “Öğretmen

Toplam” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Olguların Duygu Düzenleme bileşenleri “Duygu Tanıma” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Veli Dikkat Eksikliği” alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki negatif yönlü 0,387 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=-0,387$ ;  $p=0,035$ ;  $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan olguların Duygu Düzenleme bileşenleri “Duygu Tanıma” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Öğretmen Dikkat Eksikliği” alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki negatif yönlü 0,524’lik orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=-0,524$ ;  $p=0,009$ ;  $p<0,01$ ).

Olguların Duygu Düzenleme bileşenleri “Değişkenlik-Olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Veli Dikkat Eksikliği”, “Öğretmen Hiperaktivite”, “Öğretmen Toplam” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Olguların Duygu Düzenleme bileşenleri “Değişkenlik-Olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Veli Hiperaktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki pozitif yönlü 0,490’lık orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=0,490$ ;  $p=0,006$ ;  $p<0,01$ ).

Olguların Duygu Düzenleme bileşenleri “Değişkenlik-Olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Veli Toplam” alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki pozitif yönlü 0,454’lik orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=0,454$ ;  $p=0,012$ ;  $p<0,05$ ).

Olguların Duygu Düzenleme bileşenleri “Değişkenlik-Olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Öğretmende Dikkat Eksikliği” alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki pozitif yönlü 0,434’lük orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=0,434$ ;  $p=0,039$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 9. DEHB+YBT Grubu İçin Barkley Çocuk Dikkat Anketinin Duygu Düzenleme Bileşenleri ve Turgay Ölçeği Puanları İlişkisi**

DEHB+YBT Grubu	BARKLEY ÇOCUK DIKKAT ANKETİ			
	Hayallere Dalma	Yavaşlık	Toplam	
TURGAY ÖLÇEĞİ	Veli dikkat eksikliği	r 0,162 <sup>‡</sup> p 0,496	-0,262 <sup>‡</sup> 0,264	0,009 <sup>‡</sup> 0,971
	Veli hiperaktivite	r -0,154 <sup>‡</sup> p 0,517	-0,516 <sup>‡</sup> 0,020*	-0,370 <sup>‡</sup> 0,108
	Veli toplam	r -0,050 <sup>‡</sup> p 0,835	-0,427 <sup>‡</sup> 0,061	-0,237 <sup>‡</sup> 0,314
	Öğretmen dikkat eksikliği	r -0,292 <sup>‡</sup> p 0,239	-0,167 <sup>‡</sup> 0,507	-0,284 <sup>‡</sup> 0,253
	Öğretmen hiperaktivite	r -0,104 <sup>‡</sup> p 0,682	-0,225 <sup>‡</sup> 0,369	-0,167 <sup>‡</sup> 0,507
	Öğretmen toplam	r -0,259 <sup>‡</sup> p 0,299	-0,190 <sup>‡</sup> 0,451	-0,277 <sup>‡</sup> 0,265
DUYGU DÜZENLEME BİLEŞENLERİ	Duygu tanıma	r 0,390 <sup>‡</sup> p 0,089	-0,050 <sup>‡</sup> 0,833	0,311 <sup>‡</sup> 0,182
	Empati	r -0,039 <sup>‡</sup> p 0,869	0,598 <sup>‡</sup> 0,005**	0,335 <sup>‡</sup> 0,149
	Değişkenlik-olumsuzluk alt ölçeği	r 0,094 <sup>‡</sup> p 0,694	-0,400 <sup>‡</sup> 0,081	-0,133 <sup>‡</sup> 0,577
	Duygu ayarlama alt ölçeği	r 0,335 <sup>‡</sup> p 0,149	0,149 <sup>‡</sup> 0,532	0,317 <sup>‡</sup> 0,173

<sup>‡</sup>r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

\*p<0,05

\*\*p<0,01.

Olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Hayallere Dalma” alt boyutu ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Yavaşlık” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Veli Hiperaktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki negatif yönlü 0,516’lık orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (r=-0,516; p=0,020; p<0,05).

Çalışmaya katılan olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Yavaşlık” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Veli Dikkat Eksikliği”, “Veli Toplam”, “Öğretmen Dikkat Eksikliği”, “Öğretmen Hiperaktivite”, “Öğretmen Toplam” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Hayallere Dalma” alt boyutu ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ile Duygu Düzenleme bileşenlerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Yavaşlık” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Duygu Düzenleme bileşenlerinden “Empati” bileşeninden aldıkları puanlar arasındaki pozitif yönlü 0,590’lık orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=0,590$ ;  $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi “Yavaşlık” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Duygu Düzenleme bileşenlerinden “Duygu Tanıma”, “Değişkenlik- Olumsuzluk”, “Duygu Ayarlama” bileşenlerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10. DEHB+YBT Grubu İçin Duygu Düzenleme Bileşenleri ve Turgay Ölçeği Puanları İlişkisi**

DEHB+YBT Grubu		DUYGU DÜZENLEME BİLEŞENLERİ			
		Duygu tanıma	Empati	Değişkenlik-olumsuzluk alt ölçeği	Duygu ayarlama alt ölçeği
TURGAY ÖLÇEĞİ	Veli dikkat eksikliği	r 0,202 <sup>‡</sup> p 0,393	-0,376 <sup>‡</sup> 0,102	0,336 <sup>‡</sup> 0,147	0,335 <sup>‡</sup> 0,149
	Veli hiperaktivite	r -0,150 <sup>‡</sup> p 0,527	-0,388 <sup>‡</sup> 0,091	0,575 <sup>‡</sup> 0,008**	0,038 <sup>‡</sup> 0,872
	Veli toplam	r -0,063 <sup>‡</sup> p 0,792	-0,419 <sup>‡</sup> 0,066	0,528 <sup>‡</sup> 0,017*	0,166 <sup>‡</sup> 0,484
	Öğretmen dikkat eksikliği	r 0,163 <sup>‡</sup> p 0,518	-0,145 <sup>‡</sup> 0,566	-0,015 <sup>‡</sup> 0,953	0,158 <sup>‡</sup> 0,531
	Öğretmen hiperaktivite	r -0,324 <sup>‡</sup> p 0,189	0,097 <sup>‡</sup> 0,701	0,730 <sup>‡</sup> 0,001**	0,109 <sup>‡</sup> 0,665
	Öğretmen toplam	r -0,060 <sup>‡</sup> p 0,812	-0,006 <sup>‡</sup> 0,982	0,440 <sup>‡</sup> 0,068	0,020 <sup>‡</sup> 0,937

<sup>‡</sup>r=Spearman’ s Korelasyon Katsayısı

<sup>‡</sup>r=Pearson Korelasyon Katsayısı

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$ .

Çalışmaya katılan olguların Duygu Düzenleme bileşenlerinden “Duygu Tanıma”, “Empati” ve “Duygu Ayarlama” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışmaya katılan olguların Duygu Düzenleme bileşenlerinden “Değişkenlik-Olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar ile Turgay ölçeği “Veli Dikkat Eksikliği”, “Öğretmen Dikkat Eksikliği”, “Öğretmen Toplam” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Olguların “Değişkenlik-Olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar ile “Veli Hiperaktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü 0,575’lik orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=0,575$ ;  $p=0,008$ ;  $p<0,01$ ).

Olguların “Değişkenlik-Olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar ile “Veli Toplam” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü 0,528’lik orta düzeyli ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=0,528$ ;  $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan olguların “Değişkenlik-Olumsuzluk” bileşeninden aldıkları puanlar ile “Öğretmen Hiperaktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü 0,730 düzeyindeki yüksek ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $r=0,730$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

**Tablo 11.1. DEHB+YBT Grubunda Sosyodemografik Özelliklerin Barkley Çocuk Dikkat Anketi Toplam Puanına Göre Değerlendirilmesi**

	Barkley Çocuk Dikkat Anketi Toplam Puan	
	R	P
<b>Yaş</b>	0,177#	<b>0,468</b>
<b>Anne yaş</b>	0,144#	<b>0,545</b>
<b>Baba Yaş</b>	-0,037#	<b>0,895</b>
<b>Doğum ağırlığı</b>	-0,409#	<b>0,082</b>
<b>Doğum boyu</b>	-0,075#	<b>0,808</b>
<b>Yürüme</b>	-0,191#	<b>0,463</b>
<b>Tek kelime kullanım zamanı</b>	0,204#	<b>0,467</b>
<b>İki kelimelik cümle kurma zamanı</b>	-0,014#	<b>0,959</b>
<b>Anne sütü alma süresi</b>	0,335#	<b>0,189</b>

#r=Spearman’s Korelasyon Katsayısı



DEHB+YBT'li olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı ile yaş, anne-baba yaş, doğum ağırlığı, doğum boyu, yürüme, tek kelime kullanım, iki kelimelik cümle kurma ve anne sütü alma zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11.2. DEHB+YBT Grubunda Sosyodemografik Özelliklerin Barkley Çocuk Dikkat Anketi Toplam Puanına Göre Değerlendirilmesi**

			Barkley Çocuk Dikkat Anketi Toplam Puan	<i>p</i>
<b>Hane geliri</b>	<b>800-2500</b>	<i>Ort±Ss</i>	23,50±0,71	<i>f</i> 0,040*
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	23,5 (23-24)	
	<b>2500-5000</b>	<i>Ort±Ss</i>	31,00±3,58	
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	31 (25-35)	
	<b>&gt;5000</b>	<i>Ort±Ss</i>	28,13±3,72	
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	27,5 (24-34)	
<b>Gebelikte sigara</b>	<b>Evet</b>	<i>Ort±Ss</i>	27,83±3,97	<i>d</i> 0,562
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	27,5 (24-33)	
	<b>Hayır</b>	<i>Ort±Ss</i>	29,21±4,96	
		<i>Medyan (Min-Max)</i>	28,5 (23-39)	

<sup>d</sup>Mann-Whitney U Test

<sup>e</sup>Kruskal-Wallis Test

\* $p<0,05$ .

Hane gelirine göre DEHB+YBT'li olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,040$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; hane geliri 800-2500 olan olguların Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplamından aldıkları puanlar, hane geliri 2500-5000 olan olgulara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,037$ ;  $p<0,05$ ).

Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı, gebelikte sigara içimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12. DEHB+YBT Grubunda Duygu Ayarlama Alt Ölçeği ve Empati Puanı Üzerine Barkley Çocuk Dikkat Anketi Toplam Puanı, Yaş ve Sosyoekonomik Düzeyin Etkisinin Değerlendirilmesi**

Bağımlı değişken		Beta (%95 GA)	t	p
Duygu ayarlama	Sabit	3.875 (-12.886, 20.636)	0.499	0.626
	Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam	0.361 (-0.66, 0.787)	1.828	0.091
	Yaş	0.333 (-0.968, 1.633)	0.553	0.590
	Sosyoekonomik düzey (Üniversiteli meslek sahibi)	2.014 (-6.069, 10.097)	0.538	0.599
	Sosyoekonomik düzey (Memur, vasıflı işçi)	4.070 (-2.366, 10.506)	1.366	0.195
	Sosyoekonomik düzey (Yarı vasıflı işçi)	4.813 (-1.642, 11.269)	1.611	0.131
Empati	Sabit	11.706 (0.043, 23.369)	2.168	0.049
	Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam	0.191 (-0.106, 0.488)	1.392	0.187
	Yaş	-0.605 (-1.510, 0.300)	-1.445	0.172
	Sosyoekonomik düzey (Üniversiteli meslek sahibi)	4.398 (-1.226, 10.022)	1.689	0.115
	Sosyoekonomik düzey (Memur, vasıflı işçi)	2.608 (-1.870, 7.087)	1.258	0.230
	Sosyoekonomik düzey (Yarı vasıflı işçi)	0.999 (-3.493, 5.491)	0.480	0.639

Lineer regresyon analiziGA: Güven Aralığı

Duygu ayarlama alt ölçeği puanı üzerine DEHB+YBT grubunda; Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı, yaş ve sosyoekonomik düzeyin etkisini incelemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen değerlendirme sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır [F=1.496, R2=0.365, p=0.257].

Empati üzerine DEHB+YBT grubunda; Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı, yaş ve sosyoekonomik düzeyin etkisini incelemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen değerlendirme sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır [F=1.361, R2=0.344, p=0.301].

**Tablo 13. DEHB+YBT Grubunda Barkley Çocuk Dikkat Anketi Yavaşlık Puanı İle Duygu Düzenleme Bileşenlerinden Empati Puanı Arasındaki İlişkide Yaş ve Sosyoekonomik Düzey Değişkenlerinin Düzenleyici Etkisinin Değerlendirilmesi**

Aşama		Beta (%95 GA)	t	p
1	Sabit	12.122 (3.24, 21.004)	2.948	0.011*
	Barkley Çocuk Dikkat Anketi yavaşlık	0.516 (0.077, 0.954)	2.542	0.025*
	Yaş	-0.608 (-1.393, 0.176)	-1.675	0.118
	Sosyoekonomik düzey (Üniversiteli meslek sahibi)	4.304 (-0.619, 9.228)	1.889	0.081
	Sosyoekonomik düzey (Memur, vasıflı işçi)	1.868 (-2.107, 5.844)	1.015	0.329
	Sosyoekonomik düzey (Yarı vasıflı işçi)	0.825 (-3.112, 4.762)	0.453	0.658
2				
	Sabit	49.812 (-8.924, 108.547)	1.918	0.087
	Barkley Çocuk Dikkat Anketi yavaşlık	-1.292 (-5.535, 2.952)	-0.689	0.508
	Yaş	-2.988 (-8.18, 2.204)	-1.302	0.225
	Sosyoekonomik düzey (Üniversiteli meslek sahibi)	-1.557 (-47.096, 43.982)	-0.077	0.940
	Sosyoekonomik düzey (Memur, vasıflı işçi)	-14.21 (-53.985, 25.565)	-0.808	0.440
	Sosyoekonomik düzey (Yarı vasıflı işçi)	-15.395 (-54.713, 23.924)	-0.886	0.399
	BÇDA yavaşlık * Yaş	0.199 (-0.231, 0.63)	1.047	0.323
	BÇDA yavaşlık * Sosyoekonomik düzey (Üniversiteli meslek sahibi)	-0.949 (-3.081, 1.183)	-1.007	0.340
	BÇDA yavaşlık * Sosyoekonomik düzey (Memur, vasıflı işçi)	-0.001 (-1.083, 1.082)	-0.001	0.999
BÇDA yavaşlık * Sosyoekonomik düzey (Yarı vasıflı işçi)	-1.604 (-5.528, 2.319)	-0.925	0.379	

Lineer regresyon analiziGA: Güven Aralığı

BÇDA yavaşlık puanı ile empati puanı arasındaki ilişkide yaş ve sosyoekonomik düzeyi değişkenlerinin düzenleyici etkisinin incelenmesi amacıyla hiyerarşik lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analizin ilk aşamasında BÇDA yavaşlık, yaş değişkenleri ve sosyoekonomik

düzyey değişkenine ait kukla (dummy) değişkenler modele dahil edilmiştir. İkinci aşamada ise bu değişkenlere ek olarak BÇDA yavaşlık puanı ile yaş ve sosyoekonomik düzyey değişkenlerinin etkileşimleri de bağımsız değişken olarak dahil edilmiştir. İkinci aşamada eklenen etkileşimlerde anlamlılık gözlenmesi durumu düzenleyici etki olduğunun göstergesidir.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 13'te sunulmuştur. Buna göre ilk aşamada elde edilen modelde sadece BÇDA yavaşlık puanının anlamlı şekilde yer aldığı saptanmıştır. İkinci aşamada ise, etkileşimler de dahil olmak üzere, modelde yer alan hiçbir değişken anlamlı bulunmamıştır. İlk aşamada elde edilen R-kare düzyeyinin 0.496, ikinci aşamada ise bu düzyeyin 0.616 olduğu saptanmıştır. R-kare düzyeyinde gerçekleşen 0.120 düzyeyindeki değişimin de istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptanmıştır (p=0.610). Bu sonuçlardan yola çıkarak BÇDA yavaşlık puanı ile Duygu düzenleme bileşeni empati puanı arasındaki ilişkide yaş ve sosyoekonomik düzyeyi değişkenlerinin düzenleyici etkisinin olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 14. Duygu Düzenleme Puanlarının Gruplara Göre Değerlendirilmesi (DEHB Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm Değişkenine Göre Kontrol Edilmiş Sonuçlar)**

Duygu Düzenleme		DEHB (n=30)	DEHB+YBT (n=20)	P
A)Duygu tanıma/anlama puanı	<i>Ort±ss</i> <i>‡Ort±sh</i> <i>(Düzeltilmiş)</i>	18,93±1,96	18,45±1,73	<i>‡0,442</i>
B)Empati puanı	<i>Ort±ss</i> <i>‡Ort±sh</i> <i>(Düzeltilmiş)</i>	14,73±2,36	13,10±2,69	<i>‡0,011*</i>
C)Duygu ayarlama toplam puanı	<i>Ort±ss</i> <i>‡Ort±sh</i> <i>(Düzeltilmiş)</i>	48,30±8,25	52,40±8,26	<i>‡0,042**</i>
C.1)Duygu ayarlama alt ölçek puanı	<i>Ort±ss</i> <i>‡Ort±sh</i> <i>(Düzeltilmiş)</i>	18,03±3,61	21,50±3,91	<i>‡0,005**</i>
C.2)Değişkenlik-olumsuzluk alt ölçek puanı	<i>Ort±ss</i> <i>‡Ort±sh</i> <i>(Düzeltilmiş)</i>	30,27±6,87	30,90±6,35	<i>‡0,409</i>

‡Genelleştirilmiş Lineer Model (GLM), DEHB görünüm değişkenine göre kontrol edilmiş sonuçlar sunulmuştur.sh=Standart hata \*p<0,05 \*\*p<0,01.

Gruplar arasında duygu dzenleme bileşenlerinin, DEHB Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm değişkenine göre kontrol edilerek, kıyaslanması ile elde edilen sonuçlar Tablo 14'te sunulmuştur. Analizler Genelleştirilmiş Lineer Modelleme kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda DEHB grubu olguların empati puanları DEHB+YBT grubu olguların puanlarından daha yüksek iken, duygu ayarlama alt ölçek puanı ve duygu ayarlama toplam puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla,  $p=0,011$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,042$ ).



## TARTIŞMA

Çalışmamızda DEHB ve DEHB+YBT tanılı iki klinik grup duygu düzenleme özellikleri bakımından karşılaştırılmış olup DEHB+YBT grubunun duygu ayarlama alt ölçeği puanı ve empati puanı bakımından DEHB grubuna göre daha kötü performans gösterdikleri bulunmuştur.

YBT yürütücü işlevlerdeki bozulmalar, psikiyatrik eş tanılar ve demografik değişkenler açısından DEHB'den farklılaşır, ayrıca YBT semptomlarının iç geçerlilik açısından da geçerli olduğu ve DEHB semptomlarından ayrıştığını gösteren çalışmalar vardır (5,8,73,84). Sosyal alanlardaki problemler de, iki kliniğin birbirinden ayrımında anlamlı olabilir. Sosyal işlevsellikte bozulma, hem YBT kliniğinde hem de DEHB'de gösterilmiştir (5,115). DEHB daha çok sosyal agresyonla ilişkilendirilirken, YBT daha çok sosyal izolasyonla ilişkili bulunmuştur (116,117). YBT kliniği hem sosyal problemler, hem de depresif semptomlar gibi içe yönelim bozuklukları ile ilişkili olduğundan, YBT kliniğinin duygu düzenleme güçlükleri ile de bağlantılı olması beklenebilir (73). Ayrıca duygu düzenleme güçlüklerinin; YBT kliniği ile sosyal alandaki bozulma ve sosyal izolasyon arasındaki bağlantıyı açıklayabileceği, yine başka bir çalışmada YBT semptomları ile sosyal işlevsellikteki düşme arasında mediatör etkiye sahip olabileceği bildirilmiştir (101,116). Erişkin çalışmalarında YBT, DEHB semptomlarına göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili bulunurken(100,102), pediatrik popülasyonda hangi klinik durumun daha fazla duygu düzenleme alanında probleme yol açtığı ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur (85,118). 19.000 kişiyi kapsayan bir metaanaliz çalışmasında YBT kliniğinin pediatrik popülasyondaglobal ( $r=0.44$ ), akademik ( $r=0.44$ ) ve çalışmamızın ilgi odağı olan sosyal ( $r=0.38$ ) işlevsellikte orta düzeyde bozulmaya yol açtığı gösterilmiştir (5). YBT kliniğinin DEHB kontrol

edildikten sonra bile düşük özgüven ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (10,101,102).

Çalışmamızdan elde edilen bulgular sırasıyla sosyodemografik veriler, gruplar arası ölçek puanlarının karşılaştırması, ölçek toplam ve alt ölçek puanlarının korelasyonları, regresyon analizi, moderatör analizi ve klinik görünümüne göre kontrol edilmiş gruplar arası ölçek puan karşılaştırmaları şeklinde literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

Sosyodemografik veriler açısından; çalışmamızda yer alan DEHB ve DEHB+YBT grupları yaş ve öğrenim gördükleri sınıf düzeyi bakımından benzer dağılım göstermiştir. 73 yayının incelendiği bir metaanaliz çalışmasında yaş ile YBT kliniği arasında küçük boyutta pozitif bir ilişki saptanmıştır (5). Beynin özellikle prefrontal korteksinin yaşla birlikte maturasyonunu tamamladığı, soyutlama ve zihinselleştirme becerilerinin yaşla birlikte geliştiği düşünüldüğünde, çalışmamızdaki grupların yaş ortalamalarında fark olmaması önemlidir. Böylece yaş faktörü duygu düzenleme becerileri açısından karıştırıcı faktör olarak yer almamıştır. DEHB'ye yıkıcı davranış bozuklukları daha sık eşlik ettiğinden psikiyatri polikliniklerine başvuruların daha erken yaşta olabileceği ancak çalışmamızda yıkıcı davranışa sebep olabilecek ek psikiyatrik tanılar dışlandığı için gruplar arasında yaş bakımından fark oluşmamış olabileceği düşünülmüştür. Cinsiyet açısından; çalışmamızda, YBT kliniğinin eşlik ettiği grupta sadece DEHB grubuna göre erkek/kız oranı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Fakat her iki grupta da erkeklerin sayısı kızlara göre fazla idi. Metaanaliz çalışması sonucunda çocuk ve ergen yaş grubunda erkek cinsiyet YBT kliniği ile ılımlı düzeyde ilişkili bulunurken, erişkin populasyonda cinsiyet farkının kalmadığı belirtilmişti (5). Gruplar arasında cinsiyet açısından benzer dağılım duygu düzenleme bileşenleri üzerindeki cinsiyetin olası etkisini ortadan kaldırmıştır. Çalışmamızda gruplarda DEHB tanısının varlığı nedeniyle erkek/kız oranının yüksek olması beklenen bir bulgudur.

YBT kliniğinin, perinatal ve psikomotor gelişimsel özellikler bakımından DEHB'ye göre ayrışma oluşturup oluşturmadığının değerlendirmesinde, örneklem sayımızın küçük olması, bildiğimiz kadarıyla literatürde sonuçlarımızı karşılaştırabileceğimiz çalışmaların olmaması ve bilgilerin retrospektif olarak elde edilmiş olması nedeniyle bulgularımıza dikkatle yaklaşılması gerekir. Çalışmamızın sonucunda doğum boyu, doğum ağırlığı, gebelikte yaşanan tıbbi sorunlar bakımından gruplar arasında ayrışma saptanmadı. DEHB grubunda yoğun bakım yatışının daha fazla olduğu saptansa da, genelde kısa süreli yatışlar olduğu görüldü. Psikomotor gelişimsel özellikler bakımından gruplar arasında herhangi bir fark saptanmadı. Çalışmamızda her iki grupta

DEHB tanılı olguların bulunması ve gelişimsel gecikme ile ilişkili olabilecek diğer psikiyatrik eş tanıların dışlanmış olması nedeniyle gruplar arasında fark olmaması beklenen ve duygu düzenleme becerilerini ölçme açısından istenen bir sonuçtur. Gelişim basamakları açısından yazın incelendiğinde, 14 yıllık takip çalışmasında gecikmiş dil gelişiminin psikiyatrik bozukluk ve davranış sorunları gözlenen çocuklarda yaygın birliktelik gösterdiği, özellikle Antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu görülmüştür (119). Çalışma örneklemimizde eşlik eden davranış bozukluklarının bulunması özellikle değişkenlik-olumsuzluk ve empati başta olmak üzere diğer puanları da etkileyip sonuçları yorumlarken karıştırıcı faktör olabileceğinden dışlama kriterlerimiz arasında yer almıştır. DEHB'nin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, dil, motor beceriler, sosyal biliş ve yürütücü işlevler bakımından DEHB tanılı grubun sağlıklı kontrollere göre 2-7 kat daha fazla yetersizlik gösterdiklerini ortaya konmuştur (120). Genel olarak YBT kliniği eşlik eden grupta iki kelimeli cümle kurma, desteksiz oturma, emekleme, desteksiz yürüme gibi gelişim basamaklarının DEHB grubuna göre daha erken tamamlandığı saptandıysa da, çalışmamızda sadece emekleme istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdi. YBT kliniği açısından gelişim basamakları ile ilgili çıkarımda bulunabilmek için geniş örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Annelerin gebelik yaşı, gebelikte stres faktörü varlığı ya da herhangi bir tıbbi hastalığı olup olmaması, gebelik döneminde sigara kullanımı gibi veriler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. Yapılan bir metaanalizde YBT ile ebevenlerin düşük eğitim düzeyi ve düşük hane geliri arasında ilişki saptanmış olmakla birlikte, çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyi ve hane geliri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşan bir fark saptanmadı (5). Gruplarımızın bu değişkenler bakımından ayrışma göstermemiş olması sonuçlarımız üzerinde karıştırıcı olabilecek faktör sayısını azaltmıştır. Ancak örneklem sayımızın az olması nedeniyle olası bir farklılığı tespit edememiş olabiliriz. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, DEHB ve duygu düzenleme güçlüklerine etki edebilecek olası moderatör faktörler olarak yürütücü işlevler, davranış problemlerinin yanında yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik verilerin de önemi vurgulanmıştır (11). Bunlarla birlikte aile özellikleri açısından; ebeveynlerin mizacı, bağlanma özellikleri, çatışmalı aile ortamı ve ebeveynlerin kendi duygu düzenleme becerileri gibi konuların da YBT kliniğine sahip bireylerde duygu düzenlemeyi etkileyebilecek olası faktörler olarak araştırılması katkı sağlayabilir.



Çalışmamızda gruplar arasında CGI skorları açısından fark saptanmadı. Literatürde hem DEHB hem de YBT’de duygu düzenlemede güçlükler olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Grupların DEHB semptom şiddeti bakımından benzer özellik göstermeleri duygu düzenlemede YBT’nin rolü incelenirken DEHB klinik şiddet farkının karıştırıcı faktör olmaması açısından önemli bir bulgu olmuştur. DEHB görünümü açısından yalnızca DEHB olan grupta bileşik görünüm en fazla iken, DEHB+YBT grubunda dikkat eksikliği baskın görünüm en fazla idi. Her iki grupta da hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm en az sayıda idi.

Graziano ve Garcia yaptıkları metaanaliz çalışmasında DEHB’nin duygu düzenleme bileşenlerinden en fazla değişkenlik-olumsuzluk ile ilişkili olduğunu, bununla birlikte DEHB’nin duygu düzenlemenin tüm bileşenleri üzerinde olumsuz etki gösterdiğini saptadılar (11). Bildiğimiz kadarıyla literatürde DEHB’nin duygu düzenlemede etkilediği 4 bileşeni YBT grubunda ayrı ayrı araştıran çalışma yoktur. YBT alanında şu ana kadar duygu düzenlemenin farklı bileşenlerini kısmi olarak araştıran tek çalışma Becker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada çocukların öz-bildirime dayalı olarak tespit edilen YBT semptomlarının; spesifik olarak duygusal inhibisyon, duygu dışavurumunu ayarlayamama ve duygu ayarlama alanlarıyla ilişkili olduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir (10). Çalışmamızda ise DEHB’ye YBT kliniği eklendiğinde duygu düzenleme bileşenlerinden duygu ayarlama alt ölçek puanının ve empati puanının gruplar arasında anlamlı şekilde farklılaştığını gördük. Ayrıca çalışma sonucumuzda yalnız DEHB’e göre DEHB+YBT kliniğinin de duygu düzenlemenin yine 4 bileşenini istatistiksel olarak anlamlı boyuta ulaşmamakla birlikte olumsuz etkilediğini bulduk.

Çalışmamızda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan bileşenlerden biri duygu ayarlama ölçeği duygu ayarlama alt ölçek puanıydı ve bu bulgu literatürle uyumluluk gösterdi (10). Duygu ayarlamayı değerlendirirken, kişinin zor bir görevi yerine getirirken, ilgiyi sürdürme yeteneğine dikkat edilip, aynı zamanda kullandığı baş etme stratejileri gözlenebilir (121). YBT kliniğinin önemli parametrelerinden birinin hayallere dalıp gitme olduğu düşünüldüğünde zorlayıcı görev sırasında ilgiyi sürdürememenin çalışmamızda DEHB+YBT grubunda duygu ayarlamasının daha bozuk bulunması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Empati açısından DEHB+YBT grubu anlamlı bir şekilde DEHB grubuna göre daha kötü puanlar aldı. Empati düşüklüğü ve katı/duygusuz özellikler beraber düşünüldüğünde katı/duygusuz özelliklerin antisosyal davranışlarla ilişkili olabileceği bilinmektedir (122). Çocuk ve ergenlerde görülen dışavurum patolojileri ile yaşamın ileriki evrelerinde gelişebilecek antisosyal davranışlar

arasında ilişki vardır. Yapılan bir metaanalizde YBT kliniğinin hiperaktivite/dürtüsellik ve dışavurum patolojileri ile ilişkisiz ya da ters ilişkili olduğu vurgulanmıştır (5). Başka bir çalışmada ise YBT ile davranışsal disregülasyon arasında ters ilişki bulunmuştur (123). Çalışmamızın sonuçları bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde, YBT'yi empati azlığıyla ilişkili olabilecek davranışsal problemlerden koruyan başka bir faktör olabileceği düşünülmüştür. DEHB+YBT grubunda Barkley Çocuk Dikkat Anketi yavaşlık alt boyutu ile empati yeteneği arasında anlamlı derecede pozitif korelasyon saptanmış olup YBT'deki yavaşlık boyutunun dışavurum patolojileri bakımından koruyucu rolü olabileceği düşünülmüştür. Yakın zamanlı bir çalışmada çalışmamıza ters bir şekilde, YBT kliniği ve zihin kuramı testlerinden empatiyi değerlendiren beklenmedik sonuçlar testi'ndeki performans arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış, bu sonuç yazarları da şaşırtmıştır (124). Empatinin algısal, sosyal-bilişsel ve duygusal olarak 3 farklı boyutta ele alındığı, empatiyi ölçen ölçeklerin farklı boyutlara odaklanabildiği düşünüldüğünde, çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlar kullanılan ölçüm araçları ve empatinin hangi bileşeninin değerlendirildiği ile ilişkili olabilir (125).

YBT kliniğinde özellikle sürdürülen dikkat ile ilişki saptanmıştır (126). Çalışmada anlamlı bulduğumuz DEHB+YBT grubunda duygu ayarlama ve empatideki bozulma, DEHB'nin duygu düzenlemede etkili olduğu gösterilmiş 4 bileşenli modellemesinde de son 2 basamağı oluşturdukları için dikkat sürdürümündeki problemle ilişkili olabilecekleri düşünülebilir (11). Ayrıca Willcutt ve arkadaşları; YBT ile sosyal izolasyon arasındaki bağlantı için duygu düzenleme güçlüklerinin anlamlı olabileceği, YBT kliniğine sahip bireylerin etkili sosyal iletişim için gerekli olan sürekli hızla akan kompleks bilgiyi işlemekte zorlanabilecekleri ve bu durumun da sosyal kaçınma ve izolasyona sebep olabileceğini düşünmüşlerdir (116). Bu durum sıralı 4 bileşenden oluşan modelde çalışma sonucumuza göre son 2 basamakta yaşanan zorluğu açıklamada yardımcı olabilir.

Çalışmamızda duygu ayarlama ölçeği değişkenlik-olumsuzluk alt ölçek puanı DEHB+YBT grubunda daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Becker çalışmasında, duygusal inhibisyonu duygusal dışavurumu baskılama olarak tanımlamıştır (10). YBT kliniği dışa yönelim belirtileri ile alakasız ya da ters ilişkili, içe yönelim belirtileri ile pozitif ilişkili bulunmuşken, dışa yönelimle ilişkili davranış problemleri de daha çok DEHB 'de görülen dürtüsellik ve yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (5). Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda duygu ayarlamının bir bileşeni olan değişkenlik-

olumsuzluğun esas olarak DEHB'in etkisi altında olduğu söylenebilir. Ayrıca yürütücü işlevlerden olan inhibisyon problemlerinin esas olarak DEHB ile ilişkili olduğu, YBT ile anlamlı bir bağlantısı olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (84).

Duygu tanıma bileşeni puanının DEHB+YBT grubunda daha düşük olduğu görülmüş, fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Bir çalışmada yüksek YBT puanlarının görsel algı ve görsel dikkat testlerinde probleme yol açabildiği saptanmıştır (127). Simülechat odasında sosyal etkileşime bakılan bir deneysel çalışmada YBT semptomları ile sosyal ipuçlarını algılamada zorlukla ilişki saptanmıştır (128). YBT ile ilişkilendirilen seçici dikkat ve sürdürülen dikkat problemleri yine sosyal etkileşimde sosyal ipuçlarını yorumlamada zorlukla ilişkili olabilir (126). Ayrıca Otizm Spektrum Bozukluğu tanılı ergenlerde; YBT semptomları karşılıklı(resiprokal) sosyal etkileşimde zorlukla ilişkili bulunurken, DEHB semptomları ilişkili bulunmamıştır (129). Çalışmamızda örneklem sayımızın az olması nedeniyle duygu tanımada olası bir bozulmayı tespit edememiş olabiliriz.

Literatür incelendiğinde duygu düzenlemenin nörobiyolojik alt yapısına ilişkin çalışmalara rastlanmaktadır. Nörogörüntüleme açısından, YBT ve duygu düzenleme arasında ilişki kurulabilecek farklı amaçlarla yapılan yayınlar incelenmiştir. Fonksiyonel MRG ile YBT'yi dikkat eksikliği baskın görünüm DEHB'den ayırmak için yapılan bir çalışmada, YBT kliniğini superior parietal lobda(SPL) hipoaktivasyonla ilişkili bulmuşlar (78). Duygudurumda dalgalanmalarla giden siklotimi ile SPL arasında nöral bağlantı olabileceği (130), ergenlerde bilişsel empati ile SPL aktivitesi arasında negatif korelasyon olduğu (131), yoga uygulayıcılarının duygu düzenlemeleri esnasında SPL aktivasyonu olduğu bulunmuştur (132). YBT 'de duygu düzenleme güçlüklerini saptamak için spesifik planlanan nörogörüntüleme çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kullandığımız Barkley Çocuk Dikkat Anketinin 2 alt faktör puanı ve toplam ölçek puanı bakımından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir. Ölçeğin birinci faktörü, aktivitenin düşük olması, uyuşukluk ve davranışların yavaş olması gibi belirtileri içeren toplam yedi belirtiden oluşan YBT'nin *yavaşlık boyutunu*; ikinci faktör ise hayallere dalma, boş bakma gibi belirtileri içeren toplam beş belirtiden oluşan *hayallere dalma boyutunu* oluşturmuştur (108). Gruplar arasında Barkley Çocuk Dikkat Anketi hayallere dalma, yavaşlık boyutu alt faktör puanları ve toplam puanı bakımından ayrılaşma olması, YBT'nin dikkat eksikliği kliniğinden farklı bir klinik olduğu tartışmasını destekleyen bir bulgudur.

Turgay ölçek puanlarının gruplara göre değerlendirmesinde, DEHB+YBT grubunda veli dikkat eksikliği puanları DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti. YBT ile DEHB dikkat eksikliği baskın görünüm arasında %25-36 arasında ortak paylaşılan varyans içerdikleri, birbirleri ile korelasyon gösterdikleri düşünüldüğünde bulgumuzun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir (84).

DEHB grubu için; ölçeklerin alt puanlarının birbirleriyle korelasyonu incelendiğinde; Barkley Çocuk Dikkat Anketi ve Turgay ölçekleri arasında korelasyon olmaması YBT ve DEHB'nin ayrı klinik tablolar olduğuna dair destekleyici bulgu olabilir. DEHB grubunda duygu düzenleme bileşenleri açısından ise ön plana çıkan iki bulgu mevcuttur. Bunlar Turgay ölçek puanları ile duygu ayarlama ölçeği değişkenlik-olumsuzluk alt bileşeni ve duygu tanıma puanları arasındaki ilişki olup bulgular sırasıyla tartışılacaktır.

Graziano ve Garcia'nın yaptıkları metaanaliz çalışmasında DEHB ile duygu ayarlama ölçeği alt bileşeni değişkenlik-olumsuzluk arasındaki bağlantı diğer 3 duygu düzenleme bileşeniyle DEHB arasındaki bağlantıya göre oldukça güçlüydü ( $p < .001$ ) (11). Çalışmalarda YBT kliniği, özellikle hiperaktivite/dürtüsellikle ters ilişkili bulunmaktadır (5). Çalışmamızda da veli bildirimli ölçeklerde duygu ayarlama ölçeği alt bileşeni olan değişkenlik-olumsuzluk, Barkley Çocuk Dikkat Anketi'nin yavaşlık boyutu ile ters, hiperaktivite/dürtüsellik ile pozitif korelasyon gösterdi. Literatürde değişkenlik/olumsuzluk için düşük engellenme eşiğini de içeren "duygusal dürtüsellik" terimini de kullanan yazarlar vardır. Duygusal dürtüsellik de DEHB'nin iki alt boyutu dışında çeşitli yaşam alanlarında bozulmaya yol açabilecek karakteristik bir özellik olabileceği savunulmaktadır (133). Ayrıca DEHB ve YBT açısından sosyal problemlerde mediatör role sahip olabilecek psikolojik özelliklere bakılan bir çalışmada da dürtüsellik DEHB için anlamlı bulunmuştur (134). Duygular ve davranışlar arasındaki ilişkisi düşünüldüğünde, elde edilen bulgular reaktif duygusal değişikliklerle (değişkenlik-olumsuzluk) motor hiperaktivite arasında ilişki olabileceği şeklinde yorumlanabilir

DEHB grubunda duygu tanıma açısından; veli ve öğretmen bildirimli Turgay ölçeğinde dikkat problemleri arttıkça DEHB grubunun duygu tanımada problem yaşadığı saptanmıştır. Bir çalışmada sürdürülen dikkatin DEHB grubunda duygu tanıma ile ilişkili olabileceği bulunmuştur (135). Ayrıca duygu tanıma testlerinde genel olarak kullanılan 6 temel duygunun dağılımı da sonuçları etkileyebilir, çünkü DEHB tanılı korkuyu tanımada daha fazla zorlanabildiği, tiksiniyi ise daha rahat tanıyabildikleri bulunmuştur (136).

DEHB+YBT grubu için; kullanılan ölçeklerin alt puanlarının/bileşenlerinin birbirleri ile korelasyonu incelendiğinde DEHB+YBT grubunda duygu düzenleme özellikleri bakımından ön plana çıkan iki bulgu mevcuttur. Bunlar duygu ayarlama ölçeği alt bileşeni değişkenlik-olumsuzluk ve empati bileşenlerini ilgilendiren bulgular olup sırasıyla tartışılacaktır.

Duygu ayarlama ölçeği değişkenlik-olumsuzluk alt ölçek puanları ile Turgay ölçeği veli ve öğretmen bildirimli hiperaktivite puanları arasında anlamlı derecede pozitif yönlü korelasyon bulundu. Beklenileceği üzere DEHB+YBT grubunda veli hiperaktivite ile yavaşlık boyutu anlamlı şekilde negatif yönlü korelasyon gösterdi. DEHB grubu için önerdiğimiz yorumlar DEHB+YBT grubu için de geçerli olabilir. Çalışma bulgularımız gözönünde bulundurulduğunda DEHB+YBT grubunda, YBT semptomlarından yavaşlık boyutunun çocuklar için duygu ayarlama ölçeği alt bileşeni değişkenlik-olumsuzluktan koruyucu etkisi olabileceği düşünülmüştür.

Empati açısından, DEHB+YBT grubunda yavaşlık boyutu ile empati anlamlı derecede pozitif yönlü korelasyon gösterirken, Turgay ölçeği veli bildirimli hiperaktivite puanları ile empati ölçeği puanları arasında anlamlılık düzeyine yakın negatif korelasyon vardı. Bu sonuçlar, yavaşlık boyutunun DEHB+YBT grubunda empatik yetenekleri arttırdığı, motor hareketlilik arttıkça da çocuğun çevresindeki sosyal etkileşimlere empati göstermekte zorlandığı şeklinde yorumlanabilir.

DEHB+YBT'li olgularda sosyodemografik özelliklerin toplam Barkley Çocuk Dikkat Anketi ölçek puanına göre korelasyonuna bakıldığında tek anlamlı sonuçlanan en düşük ve orta düzey hane geliri seviyeleri arasındaki fark oldu. Düşük sosyoekonomik düzey, YBT kliniği açısından sosyodemografik risk faktörü olmasına rağmen, çalışmamızda literatüre ters olarak en düşük Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı sosyoekonomik olarak en düşük olan grupta saptanmıştır (5) .Doğum ağırlığı ile Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı arasında ters korelasyon bulundu. DEHB ve DEHB+YBT grupları arasında doğum ağırlığı açısından anlamlı fark saptanmadığı için, bu bulguyu YBT'ye spesifik olmaktan ziyade ileride iki kliniğin bir araya geleceği çocuklarda daha doğum esnasındaki bir değişkenin bile ilerideki Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanıyla ilişkisi olabileceği yönünde düşünülebilir. YBT ile ilgili doğumdan itibaren boylamsal nörobiyolojik beyin gelişimi ile ilgili bildiğimiz kadarıyla çalışma olmadığı için bu bulgunun ilerideki geniş örneklemli izlem çalışmaları ışığında yorumlanması daha doğru olacaktır.

DEHB+YBT grubunda, DEHB grubuna göre farklılaşan duygu ayarlama ölçeği duygu ayarlama alt ölçeği ve empati puanları üzerine, Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı, yaş

ve sosyoekonomik düzeyin etkilerinin değerlendirilmesi yapıldığında herhangi bir anlamlılığa ulaşamamıştır.

DEHB+YBT grubunda yavaş bilişsel tempo ve duygu düzenleme bileşenleri açısından moderatör etki oluşturabilecek değişkenleri araştırmak istedik. Moderatör etkiden bahsedebilmek için öncelikle bağımsız ve bağımlı değişken arasında ilişki olması önerildiğinden ve ölçeklerin alt bileşenleri bazında baktığımızda da sadece duygu düzenleme bileşenlerinden "empati" ile Barkley Çocuk Dikkat Anketi'nin "yavaşlık" faktörü arasında anlamlı ilişki bulunduğundan bu iki puanı kullanarak moderatör etkiye baktık. Yaş ve sosyoekonomik düzeyin moderatör etkisi olmadığını tespit ettik. Pediatrik popülasyonda yapılan çalışmaları gözden geçiren bir derlemede yaş, empati ve prososyal adaptif davranışlar arasındaki bağlantı için moderatör etkiye sahip olduğu saptanmıştır (137). Derlemede daha çok psikiyatrik hastalığı olmayan çocuklar incelendiği için çalışmamızda moderatör etki saptanamamış olabilir, ayrıca çalışmamızda örneklemin az olması ve yaş aralığımızın dar olması da sonucun anlamsız çıkmasına neden olmuş olabilir.

Duygu düzenleme bileşenleri puanlarının 2 grup arasında DEHB dikkat eksikliği baskın görünüm değişkenine göre kontrol edilmiş sonuçları incelendiğinde, değişkene göre kontrol edilmemiş sonuçlara benzer şekilde yine duygu ayarlama ölçeği duygu ayarlama alt ölçek puanı ve empati açısından anlamlılığın korunduğu, ayrıca duygu ayarlama ölçeği toplam puanının da anlamlı ayrıştığı gözlemlenmiştir. DEHB ve YBT açısından en çok ortak kesişimin DEHB dikkat eksikliği baskın görünüm kliniği tarafından oluşturulduğu düşünüldüğünde (84), kesişim noktasını kontrol ettiğimizde anlamlılığın korunması, yukarıda tartışılanlara ek olarak DEHB ve YBT kliniğinin 2 farklı antite olduklarına ve empati ve duygu ayarlama bileşenlerinin YBT kliniğinde daha spesifik problem alanı olduklarına yönelik destekleyici bir bulgu olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Öncelikle örneklem sayımızın düşük olması bulguları yorumlarken kısıtlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. 8-12 yaş aralığı gibi dar bir aralıkta ve tek bir şehir özelinde çalışmanın yürütülmüş olması, spesifiteyi artırırken sonuçların topluma genellenmesini zorlaştırmaktadır. Büyük örneklemler gelecekte yapılacak çalışmalarda YBT ve duygu düzenleme bileşenleri arasında, özellikle moderatör ve mediatör etkiye sahip olabilecek bileşenlerin çalışılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca son olarak hasta toplama periyodunun büyük çoğunluğu Coronavirüs salgınına denk gelmiştir. Yapılan başka bir çalışmada DEHB tanısına sahip ergenlerde pandemi döneminde duygu düzenleme gücüyle DEHB semptomatolojisi arasında ilişki saptandığı için DEHB klinik görünümleri ve hastalık şiddeti pandemiden etkilenmiş olabilir (138).

## SONUÇLAR

Çalışmamızda DEHB tanısına eşlik eden YBT kliniğinin duygu düzenlemede rolü olduğu bilinen 4 temel bileşen olan duygu tanıma, duygusal olumsuzluk-değişkenlik, duygu ayarlama, empati/katı-duygusuz özellikler üzerine olası etkisi incelenmiştir. DEHB tanısı olan ve DEHB+YBT kliniği olan 2 farklı grup, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve duygu düzenleme bileşenleri açısından karşılaştırılmıştır.

1) Çalışmamızda yalnız DEHB tanısı olan gruba göre DEHB+YBT kliniği olan grupta duygu düzenlemenin iki bileşeni olan duygu ayarlama ölçeği duygu ayarlama alt ölçek puanları ve empati bileşeni puanları anlamlı olarak daha kötü gelmiştir.

2) Gruplar arasında DEHB dikkat eksikliği baskın görünüm kontrol edildiğinde de, duygu düzenlemenin iki bileşeni olan duygu ayarlama ölçeği duygu ayarlama alt ölçeği ve empati bileşenleri anlamlı farklılığını korumuştur.

3) DEHB grubu için; kullanılan ölçeklerin alt puanlarının/bileşenlerinin birbirleri ile korelasyonu incelendiğinde, duygu ayarlama ölçeği değişkenlik-olumsuzluk alt ölçeği; Barkley Çocuk Dikkat Anketi'nin yavaşlık boyutu ile ters, velinin doldurduğu Turgay ölçeği hiperaktivite/dürtüsellik ile pozitif korelasyon gösterdi. DEHB grubunda duygu tanıma açısından; veli ve öğretmen her ikisinin de doldurduğu formlarda dikkat problemleri arttıkça DEHB grubunun duygu tanımada anlamlı derecede problem yaşadığı saptanmıştır.

4) DEHB+YBT grubu için; kullanılan ölçeklerin alt puanlarının/bileşenlerinin birbirleri ile korelasyonu incelendiğinde; Barkley Çocuk Dikkat Anketi'nin yavaşlık boyutu; empati ile anlamlı

derecede korelasyon gösterdi. Değişkenlik-olumsuzluk bileşeni için veli ve öğretmenin hiperaktivite puanları anlamlı derecede pozitif koreleydi. Beklenileceği üzere DEHB+YBT grubunda veli hiperaktivite ile duygu düzenlemenin yavaşlık boyutu anlamlı şekilde ters korelasyon gösterdi.

5) DEHB+YBT'li olgularda sosyodemografik özelliklerin Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanına göre korelasyonuna bakıldığında tek anlamlı çıkan hane geliri seviyeleri arasındaki farktı.

6) DEHB grubu için; kullanılan ölçeklerin alt puanlarının/bileşenlerinin birbirleri ile korelasyonu incelendiğinde; Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanları ve Turgay ölçekleri puanları arasında korelasyon olmaması YBT ve DEHB'nin ayrı klinik durumlar olduğu görüşünü destekledi.

7) DEHB+YBT grubunda DEHB grubuna göre Turgay ölçeği veli bildirim dikkat eksikliği puanları literatürle uyumlu şekilde anlamlı olarak yüksekti.

8) Gruplar arasında beklendiği şekilde Barkley Çocuk Dikkat Anketi'nin 3 puanı bazında farklılık belirlenmiştir.

9) DEHB klinik görünümü ve hastalık şiddeti bakımından farklılık saptanmamıştır.

10) Yaş ve sosyoekonomik düzey; duygu düzenleme bileşenlerinden "empati" ile Barkley Çocuk Dikkat Anketi'nin "yavaşlık" faktörü arasında moderatör etkiye sahip değildi.

11) Duygu ayarlama alt ölçeği puanı ve empati üzerine DEHB+YBT grubunda; Barkley Çocuk Dikkat Anketi toplam puanı, yaş ve sosyoekonomik düzeyin anlamlı bir etkisi saptanmamıştır.



## ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na veya Yavaş Bilişsel Tempo kliniğine sahip çocuklarda sosyal işlevsellikte bozulmalar ve bunun bir aracı olabilecek duygu düzenlemede problemler yaşanabilmektedir. Çalışmamızda, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısına eşlik eden Yavaş Bilişsel Tempo kliniğinin duygu düzenlemede rolü olan duygu tanıma/anlama, duygusal reaktivite/olumsuzluk/değişkenlik, duyguayarlama, empati/katı-duygusuz özellikler açısından incelenmesi ve ileride tedavi planlamasına yol gösterebilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamız Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran olgular arasında içleme ve dışlama kriterlerini karşılayan, 8-12 yaş aralığında olan, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı 30 çocuk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na Yavaş Bilişsel Tempo kliniğinin eşlik ettiği 20 çocuk olmak üzere iki farklı grup şeklinde dizayn edilmiştir. Kullanılan psikiyatrik değerlendirme ve ölçüm araçları; Barkley Çocuk Dikkat Anketi, Duygu Ayarlama Ölçeği, Çocuk ve Ergenler için Empati Ölçeği Türkiye Formu, Hollingshead-Redlich Ölçeği, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Uyarlaması, Klinik Global İzlenim Ölçeği, Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı-Yüz ifadeleri alt alanı, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IVe Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – Turgay, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ve Sosyodemografik Veri Formu'ndan oluşmaktadır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na Yavaş Bilişsel Tempo kliniğinin eşlik ettiği grubun, sadece Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan gruba göre, duygu düzenlemenin duygu ayarlama ölçeği duygu ayarlama alt ölçeği puanları ve empati ölçeği puanları bakımından ayrıştığı saptanmıştır. Gruplar arasında dikkat eksikliği baskın görünüm DEHB kontrol edildiğinde de, duygu ayarlama ve empati bileşenleri Yavaş Bilişsel Tempo kliniğinin eşlik ettiği grupta anlamlı farklılaşmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Yavaş Bilişsel Tempo, Duygu Düzenleme

# **EXAMINING CHILDREN WITH SLUGGISH COGNITIVE TEMPO ACCOMPANYING ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN TERMS OF EMOTION REGULATION DIFFICULTIES**

## **SUMMARY**

Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder or Sluggish Cognitive Tempo may experience impaired social functioning and problems in emotion regulation, which may be a mediator of impaired social functioning. In our study, it was aimed to examine the Sluggish Cognitive Tempo accompanying the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in terms of emotion recognition/understanding, emotional reactivity/negativity/lability, emotion-regulation, empathy/callous-unemotional traits characteristics that play a role in emotion regulation, and to guide treatment planning in the future.

Our study included 30 children with a diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and 20 children with a Sluggish Cognitive Tempo accompanying the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Between the ages of 8-12 and who met the inclusion and exclusion criteria, and admitted to Tekirdağ Namık Kemal University Hospital's Child and Adolescent Psychiatry Department. Study has been designed as two different groups. Forms and scales used in this study consisted of Barkley Child Attention Scale, Emotion Regulation Q-Scale, Turkish version of Empathy for Children and Adolescents Scale, Hollinngshead-Redich Scale, Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 (Turkish adaptation), Clinical Global Impression Scale, Test of Perception of Affect Via Nonverbal Cue-mimics section, Turgay DSM-IV Based Distruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Screening and Rating Scale, Informed Consent Form and Sociodemographic Form.

It was found that the group in which Attention Deficit Hyperactivity Disorder was accompanied by Sluggish Cognitive Tempo differed from the group with only Attention Deficit Hyperactivity Disorder in terms of emotion regulation subscale scores of emotion regulation scale and empathy scale scores. When Attention Deficit Hyperactivity Disorder attention deficit dominant appearance was controlled in groups, emotion regulation and empathy components still differed significantly in the group which accompanied by Sluggish Cognitive Tempo.

**Key words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Sluggish Cognitive Tempo, Emotion Regulation

## KAYNAKLAR

1. Benzing V, Schmidt M. The effect of exergaming on executive functions in children with ADHD: A randomized clinical trial. *Scand J Med Sci Sports* 2019;29:1243-53
2. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (Çeviri:E.Köroğlu). DSM V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği; 2014.
3. American Psychiatric Association(APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. Washington, DC; 2013.
4. Barkley RA. Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). In: Attention-deficit hyperactivity disorder. 2015. p. 81-115.
5. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, et al. The internal, external, and diagnostic validity of sluggish cognitive tempo: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2016;55(3):163-78.
6. Thompson RA GJ. Emotion regulation: conceptual foundations. In: Handbook of Emotion Regulation. New York:Guilford Press; p. 324.
7. Öztürk Y, Özyurt G, Tufan AE, Akay Pekcanlar A. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry* 2018;10(2):188-201.
8. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013;42(2):161-73.
9. Araujo Jiménez EA, Jané Ballabriga MC, Bonillo Martin A, Arrufat FJ, Serra Giacobbo R. Executive functioning in children and adolescents with symptoms of sluggish cognitive tempo and ADHD. *J Atten Disord* 2015;19(6):507-14.
10. Becker SP, Luebbe AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychological assessment* 2015;27(3):1037.
11. Graziano PA, Garcia A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016;46:106-23.
12. Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(7):894-921.

13. Dulcan MK. Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry. 2015.
14. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
15. Palmer ED, Finger S. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). Child Psychology and Psychiatry Review 2001;6(2):66-73.
16. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: In: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford Publications; 2006. p. 3-75.
17. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. Atten Defic Hyperact Disord 2010;2(4):241-55.
18. Barkley RA, Murphy KR. Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook, 3rd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2006.p. 165.
19. Taylor E. Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. Atten Defic Hyperact Disord 2011;3(2):69-75.
20. World Health Organization(WHO). International classification of diseases : [9th] ninth revision, basic tabulation list with alphabetic index [Internet]. World Health Organization; 1978
21. American Psychiatric Association(APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition. USA.
22. American Psychiatric Association(APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. USA, Washington DC; 1980.
23. Şener Ş. ŞS. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Köroğlu E, Güleç C,(edİtörler). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. s. 1119-30.
24. Amerikan Psikiyatri Birliği(Çeviri : E. Köroğlu). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4.Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
25. World Health Organization(WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva; 1993.
26. Ercan ES, BG. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu:Tanı Kriterleri, Tarihçe ve Epidemiyolojik Veriler. Nörogelişimsel Bozukluklar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018. s. 37-45.
27. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2008;17(2):245-60.

28. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015;135(4):994-1001.
29. Aktepe E. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. *Yeni Symposium Journal* 2011;201-8.
30. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013;7(1):30.
31. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(4):386-92.
32. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005;57(11):1313-23.
33. Dark C, Homman-Ludiye J, Bryson-Richardson RJ. The role of ADHD associated genes in neurodevelopment. *Dev Biol* 2018;438(2):69-83.
34. Faraone SV, Biederman J. Nature, Nurture, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review* 2000;20(4):568-81.
35. Dickstein SG, Bannon K, Castellanos FX, Milham MP. The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: an ALE meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47(10):1051-62.
36. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4(4):310-9.
37. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007;104(49):19649-54.
38. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry* 2012;169(10):1038-55.
39. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(8):978-87.
40. Del Campo N, Chamberlain SR, Sahakian BJ, Robbins TW. The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2011;69(12):145-157.
41. Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis Child and adolescent psychiatry, Lewis M(Ed.), USA.

42. Berridge CW, Spencer RC. Differential cognitive actions of norepinephrine  $\alpha_2$  and  $\alpha_1$  receptor signaling in the prefrontal cortex. *Brain Res* 2016;1641:189-96.
43. Richer LP, Shevell MI, Rosenblatt BR. Epileptiform abnormalities in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol* 2002;26(2):125-9.
44. Rudo-Hutt AS. Electroencephalography and externalizing behavior: a meta-analysis. *Biol Psychol*. 2015;105:1-19.
45. Gloss D, Varma JK, Pringsheim T, Nuwer MR. Practice advisory: The utility of EEG theta/beta power ratio in ADHD diagnosis: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology 2016;87(22):2375-9.
46. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci* 2002;3(8):617-28.
47. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(1):3-16.
48. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19(1):1.
49. Hawkey E, Nigg JT. Omega-3 fatty acid and ADHD: blood level analysis and meta-analytic extension of supplementation trials. *Clin Psychol Rev* 2014;34(6):496-505.
50. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* 2007;96(9):1269-74.
51. Rasgon LN, Hendrick VC, Garrick RT. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock, B. J(Ed.) p. 2305-6.
52. Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T. Cinsel istismar. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. s. 470-7.
53. American Psychiatric Association(APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
54. Doğançün B, Yavuz M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Pediatri Arşivi* 2011;46(11):25-8.
55. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(3):305-13.
56. Inci SB, Ipci M, Akyol Ardıç U, Ercan ES. Psychiatric Comorbidity and Demographic Characteristics of 1,000 Children and Adolescents With ADHD in Turkey. *J Atten Disord* 2019;23(11):1356-67.

57. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Differential Diagnosis and Comorbid Disorders. In: Canadian ADHD Practice Guidelines. Third Edition. CADDRA. Toronto; 2011.
58. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. In: Clinician's to Adult ADHD Assessment and Intervention. California, USA: Academic Press; 2002.
59. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000;157(5):816-8.
60. Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, DuPaul GJ, Shelton TL. Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: a 3- to 5-year follow-up survey. *Pediatrics* 1993;92(2):212-8.
61. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(12):1468-84.
62. Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition,. Massachusetts: Blackwell Publishing;2008 s. 521-43.
63. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004;14(1):11-28.
64. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(6):642-57.
65. Sibley MH, Kuriyan AB, Evans SW, Waxmonsky JG, Smith BH. Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2014;34(3):218-32.
66. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1073-86.
67. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 2013;170(3):275-89.
68. Becker SP. Topical review: sluggish cognitive tempo: research findings and relevance for pediatric psychology. *J Pediatr Psychol* 2013;38(10):1051-7.

69. An inquiry into the nature and origin of mental derangement : comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind, and a history of the passions and their effects / by Alexander Crichton London.1798
70. Lahey BB, Schaughency EA, Frame CL, Strauss CC. Teacher ratings of attention problems in children experimentally classified as exhibiting attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1985;24(5):613-6.
71. Neeper R, Lahey BB. The Children's Behavior Rating Scale: A Factor Analytic Developmental Study. *School Psychology Review* 1986; 15(2): 277-88.
72. Frick PJ, Lahey BB, Applegate B, Kerdyck L, Ollendick T, Hynd GW et al. DSM-IV field trials for the disruptive behavior disorders: symptom utility estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(4):529-39.
73. Becker SP, Barkley RA. Sluggish cognitive tempo. In: *Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder*. Oxford University Press , UK; 2018. s. 147-53.
74. Camprodon-Rosanas E, Ribas-Fitó N, Batlle-Vila S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J et al. Sluggish Cognitive Tempo: Sociodemographic, Behavioral, and Clinical Characteristics in a Population of Catalan School Children. *J Atten Disord* 2017;21(8):632-41.
75. Jacobson LA, Murphy-Bowman SC, Pritchard AE, Tart-Zelvin A, Zabel TA, Mahone EM. Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2012;40(8):1327-37.
76. Garner AA, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgins B. Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *J Abnorm Child Psychol* 2010;38(8):1097-107.
77. Moruzzi S, Rijdsdijk F, Battaglia M. A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42(1):63-75.
78. Fassbender C, Krafft CE, Schweitzer JB. Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *Neuroimage Clin* 2015;8:390-7.
79. Camprodon-Rosanas E, Pujol J, Martínez-Vilavella G, Blanco-Hinojo L, Medrano-Martorell S, Batlle S et al. Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58(2):256-66.
80. Baytunca MB, Inci SB, Ipci M, Kardas B, Bolat GU, Ercan ES. The neurocognitive nature of children with ADHD comorbid sluggish cognitive tempo: Might SCT be a disorder of vigilance? *Psychiatry Res* 2018;270:967-73.
81. Graham DM, Crocker N, Deweese BN, Roesch SC, Coles CD, Kable JA et al. Prenatal alcohol exposure, attention-deficit/hyperactivity disorder, and sluggish cognitive tempo. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2013;37:338-46.



82. Reeves CB, Palmer S, Gross AM, Simonian SJ, Taylor L, Willingham E et al. Brief Report: Sluggish Cognitive Tempo Among Pediatric Survivors of Acute Lymphoblastic Leukemia. *Journal of Pediatric Psychology* 32(9):1050-4.
83. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42(1):1-6.
84. Barkley, Russell A. A Review of Research on SCT. In: *Barkley Sluggish Cognitive Tempo Scale—Children and Adolescents (BSCTS-CA)* . Guilford Press;p. 3-26.
85. Burns GL, Becker SP. Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in a Nationally Representative Sample of U.S. Children: Differentiation Using Categorical and Dimensional Approaches. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2021;50(2):267-80.
86. Milich R, Balentine AC, Lynam DR. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001;8(4):463-88.
87. Froehlich TE, Becker SP, Nick TG, Brinkman WB, Stein MA, Peugh J et al. Sluggish Cognitive Tempo as a Possible Predictor of Methylphenidate Response in Children With ADHD: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry* 2018;79(2):17m11553.
88. Wietecha L, Williams D, Shaywitz S, Shaywitz B, Hooper SR, Wigal SB et al. Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2013;23(9):605-13.
89. McBurnett K, Clemow D, Williams D, Villodas M, Wietecha L, Barkley R. Atomoxetine-Related Change in Sluggish Cognitive Tempo Is Partially Independent of Change in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Inattentive Symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2017;27(1):38-42.
90. Pfiffner LJ, Yee Mikami A, Huang-Pollock C, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(8):1041-50.
91. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42(1):117-25.
92. Gross JJ, Thompson RA. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In: *Handbook of emotion regulation*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 3-24.
93. Matthews G, Zeidner M, Roberts RD, *The Science of Emotional Intelligence: Knowns and Unknowns* . New York: Oxford University Press; 2008
94. Rothbart MK, Sheese BE, Rueda MR, Posner MI. Developing Mechanisms of Self-Regulation in Early Life. *Emot Rev* 2011;3(2):207-13.

95. Koole SL. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion* 2009;23(1):4-41.
96. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998;74(1):224-37.
97. Bush G, Luu P, Posner MI. Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends Cogn Sci* 2000;4(6):215-22.
98. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci* 2005;9(5):242-9.
99. Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Hedges DW, Adler L, Spencer TJ et al. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biol Psychiatry* 2005;58(2):125-31.
100. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Psychology* 2012;121(4):978-90.
101. Flannery AJ, Becker SP, Luebke AM. Does emotion dysregulation mediate the association between sluggish cognitive tempo and college students' social impairment? *Journal of attention disorders* 2016;20(9):802-12.
102. Jarrett MA, Rapport HF, Rondon AT, Becker SP. ADHD Dimensions and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in Relation to Self-Report and Laboratory Measures of Neuropsychological Functioning in College Students. *J Atten Disord* 2017;21(8):673-83.
103. Wood WLM, Lewandowski LJ, Lovett BJ, Antshel KM. Executive Dysfunction and Functional Impairment Associated With Sluggish Cognitive Tempo in Emerging Adulthood. *J Atten Disord* 2017;21(8):691-700.
104. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(7):980-8.
105. Unal F, Oktem F, Cuhadaroglu F, Kultur E, Akdemir D, Foto Ozdemir D et al. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turkish Journal of Psychiatry* 2019;30.
106. Ercan ES, Amado S, Somer O. Development of a test battery for attention deficit hyperactivity and disruptive behavior disorders. *Cocuk ve Genclik Ruh Sagligi Dergisi* 2001;8:132-144.
107. Barkley RA. *Barkley Sluggish Cognitive Tempo Scale--Children and Adolescents BSCTS-CA*. Guilford Press, 2018.

108. Firat S, Unsel Bolat G, Gul H, Baytunca MB, Kardas B, Aysev A et al. Barkley Child Attention Scale validity and reliability study. *Dusunen Adam* 2018;31(3):284-93.
109. Andreasen NC, Flaum M, Arndt S. The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(8):615-23.
110. Guy W. Clinical Global Impression (CGI). ECDEU. In: *Assesment Manual for Psycopharmacology*, revised National Institute of Mental Health. Rockville; 1976.
111. Shields A, Cicchetti D. Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology* 1997;33(6):906-16.
112. Kapçı, E.G., Uslu, R.I., Akgün, E ve Acer, D. İlköğretim çağı çocuklarında duygu ayarlama: Bir ölçek uyarlama çalışması ve duygu ayarlamayla ilişkili etmenlerin belirlenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2009;16:13-20.
113. Gürtunca A. Çocuklar ve Ergenler İçin Empati ölçeği Türkiye Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *istanbul Arel Üniversitesi*;2013.
114. Kiliç-Tülü B, Ergül C. Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Duyguları Tanıma Becerileri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* 2016;17(03):207-29.
115. Harpin V, Mazzone L, Raynaud JP, Kahle J, Hodgkins P. Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *J Atten Disord* 2016;20(4):295-305.
116. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR et al. The Internal and External Validity of Sluggish Cognitive Tempo and its Relation with DSM-IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42(1):21-35.
117. McQuade JD, Hoza B. Peer relationships of children with ADHD. In: *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 4th ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015. p. 210-22.
118. Araujo Jiménez EA, Jané Ballabriga MC, Bonillo Martin A, Arrufat FJ, Serra Giacobbo R. Executive functioning in children and adolescents with symptoms of sluggish cognitive tempo and ADHD. *J Atten Disord* 2015;19(6):507-514.
119. Beitchman JH, Wilson B, Johnson CJ, Atkinson L, Young A, Adlaf E et al. Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: psychiatric outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(1):75-82.
120. Dyck MJ, Piek JP. Developmental delays in children with ADHD. *J Atten Disord* 2014;18(5):466-78.
121. Saarni C. Children's emotional-expressive behaviors as regulators of others' happy and sad emotional states. *New Dir Child Adolesc Dev* 1992;(55):91-106.

122. Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, Kahn RE. Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychol Bull* 2014;140(1):1-57.
123. Becker SP, Luebke AM, Fite PJ, Stoppelbein L, Greening L. Sluggish cognitive tempo in psychiatrically hospitalized children: factor structure and relations to internalizing symptoms, social problems, and observed behavioral dysregulation. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42(1):49-62.
124. Sevincok D, Avcil S, Ozbek MM. The relationship between theory of mind and sluggish cognitive tempo in school-age children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2021;13591045211030664.
125. Moore BS. The origins and development of empathy. *Motivation and Emotion* 1990;14(2):75-80.
126. Yung TW, Lai CY, Chan JY, Ng SS, Chan CC. Examining the Role of Attention Deficits in the Social Problems and Withdrawn Behavior of Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *Frontiers in Psychiatry* 2021;12:599.
127. Tamm L, Brenner S, Bamberger M, Becker S. Are sluggish cognitive tempo symptoms associated with executive functioning in preschoolers? *Child Neuropsychology* 2016;24:1-24.
128. Mikami AY, Huang-Pollock CL, Pfiffner LJ, McBurnett K, Hangai D. Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35(4):509-21.
129. Duncan A, Tamm L, Birnschein AM, Becker SP. Clinical correlates of sluggish cognitive tempo in adolescents with autism spectrum disorder. *Autism* 2019;23(6):1354-62.
130. Hatano K, Terao T, Hirakawa H, Kohno K, Mizokami Y, Ishii N. Cyclothymic temperament and glucose metabolism in the right superior parietal lobule. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2017;270:76-9.
131. Kim EJ, Son J-W, Park SK, Chung S, Ghim H-R, Lee S, vd. Cognitive and Emotional Empathy in Young Adolescents: an fMRI Study. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;31(3):121-30.
132. Wadden KP, Snow NJ, Sande P, Slawson S, Waller T, Boyd LA. Yoga Practitioners Uniquely Activate the Superior Parietal Lobule and Supramarginal Gyrus During Emotion Regulation. *Frontiers in Integrative Neuroscience* 2018;12:60.
133. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(5):503-13.

134. Raiker JS, Greening L, Stoppelbein L, Becker SP, Fite PJ, Luebbe AM. Mediating Effect of Psychopathy on the Risk of Social Problems Among Children with ADHD Versus Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev* 2015;46(4):523-32.
135. Sinzig J, Morsch D, Lehmkuhl G. Do hyperactivity, impulsivity and inattention have an impact on the ability of facial affect recognition in children with autism and ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(2):63-72.
136. Aspan N, Bozsik C, Gadoros J, Nagy P, Inantsy-Pap J, Vida P, vd. Emotion recognition pattern in adolescent boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biomed Res Int* 2014;2014:761340.
137. Rose AJ, Rudolph KD. A Review of Sex Differences in Peer Relationship Processes: Potential Trade-offs for the Emotional and Behavioral Development of Girls and Boys. *Psychol Bull* 2006;132(1):98-131.
138. Breaux R, Dvorsky MR, Marsh NP, Green CD, Cash AR, Shroff DM, vd. Prospective impact of COVID-19 on mental health functioning in adolescents with and without ADHD: protective role of emotion regulation abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2021;62(9):1132-39.

## EKLER

### EK 1.

#### DUYGU AYARLAMA ÖLÇEĞİ

Çocuğum;	Hiçbir zaman		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. Yaşlılarının 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. İsteddiği 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
12. Yetişkinlere yapışır ya da mızırmız 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 taşkın 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. Yaşlıtlarının 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. Yaşlıtlarının 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 2.

### HOLLINSHEAD-REDICH ÖLÇEĞİ

#### Ailenin (Ebeveynin) Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi

Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead-Redich Ölçeği'ni kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi özetleyin (belirleyin). Bu belirli süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan “genel ya da gestalt” bir ölçüm olacaktır. Eğer beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile kesinlik arz etmeden “1” şeklinde kodlanmalıdır).

Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda aile	1
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	2
Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	3
Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba	4
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş anne-baba	5
Bilinmeyen	9



### EK 3.

**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Yavaş Bilişsel Tempo Kliniği Olan Çocuklarda  
Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Araştırılması**

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sorumlu Araştırmacı: Dr.Öğr. Üyesi Saliha BAYKAL

#### **Araştırmanın Amacı:**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat problemleri ve/veya aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtileri ile kendini gösteren, çocukluk çağı başlangıçlı en sık psikiyatrik bozukluklardan birisidir.Yavaş bilişsel tempo(YBT) ise, hayale dalıp gitme, şaşkın görünme, uykulu görünme, boş gözlerle uzun süre bakma, kendi düşüncelerinde kaybolma, uyuşukluk, harekette azlık ve yavaş hareket etme gibi belirtiler gösterebilen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yavaş bilişsel tempo kliniğinde duygu düzenlemede sorunlar tariflenmiştir.

Bu çalışmada, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısına eşlik eden Yavaş bilişsel tempo kliniğinin duygu düzenleme becerileri üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

#### **Araştırmada İzlenecek Yöntem:**

Araştırmamızın 6rneklemini, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileriyle başvuran 8-12 yaş arası olgular arasından seçilecektir. İlk g6rşmeden son g6rşmeye kadar hepsi araştırmacı tarafından toplam c basamakta gerçekleştirilecektir.

İlk basamak değerlendirmede, araştırmacı tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'e g6re (DSM-5) g6re Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve hastalığa eşlik edebilecek olası Yavaş bilişsel tempo kliniği tanısı düşünülen olgular, 6ėretmen ve ebeveynin doldurması için gerekli 6lekler verilerek ikinci değerlendirmeye çağrılacaktır.

İkinci değerlendirmede aile ve 6ėretmen tarafından doldurulan 6lekler incelenip, çalışmaya katılmayı kabul edenler genel psikiyatrik değerlendirmeye alınacaktır. Hastalık şiddeti ve ailenin sosyokültürel düzeyi 6llecek, sosyodemografik veri formu doldurulacaktır. Gelecek g6rşme için duygu düzenlemeye etki eden bileşenleri 6lmek amacıyla diğer gerekli 6lekler verilecektir.

cnc g6rşmede duygu düzenlemenin 4 temel bileşeninden duygu tanımının 6llebilmesi için çeşitli duyguları içeren yüz ifadeleri bilgisayar eşliğinde çocuğa g6sterilecektir.

Bu araştırmanın protokolü, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

**Alternatif Tedavi veya Girişimler:** Araştırma tedavi ya da girişimsel işlem içermemektedir.

**Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:** Araştırma sırasında beklenen bir risk yoktur.

**Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri:** Araştırma bir ilaç kullanımı içermemektedir.

**Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:**

Arş Gör. Meriç MERİÇLİ 05324453349

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

**Bilimsel çalışmaların yayınlanmasında:**

Benim veya vasisi olduğum bireyin klinik bilgileri ve kendi bildirimime dayalı ölçek verilerinin rızam dahilinde bir tıbbi veya bilimsel dergide yayınlanmasını kabul ediyorum.

**Çalışmaya dahil edilecek kişi çocuğunuz olması halinde vasisi olarak size bilgi verilmektedir. Her çocuk kendisinin anlayabildiği ölçüde çalışmada yer alabilir. Yukarıda okuduğunuz bilgiler ve olabilecek faydaları yaşına uygun bir şekilde anlatılması halinde anlayarak çalışmaya dahil olup olmamayı seçebileceği unutulmamalıdır.**

Lütfen çocuğunuzun adını yazınız .....

**Eğer çocuğunuzun yaşı uygunsa Evet için (+) Hayır için (-) taklit ederek aşağıya işaretleme yapmasını sağlayabilirsiniz.**

.....

**Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Veli/Yasal Temsilcinin (Vasi) Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

#### EK 4.

##### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

1-Formun doldurulduğu tarih:...../...../.....(gün/ay/yıl)

2- Çocuğun cinsiyeti: (1)Erkek (2)Kız

3-Katılımcının adı soyadı.....

4-Bakım veren: Anne ( ) Baba( )

5-Doğum tarihi:...../...../.....(gün/ay/yıl)

6-Yaşı(ay):....

7-Telefon numarası (ev-iş-cep).....

e-posta adresi:.....@.....

8-Okul durumu(Kaçıncı sınıf):

9-Annebabası birliktemi?: (1) birlikte (2) boşanmış (3) ayrı yaşıyor (4) baba ölü

10-Kaçıncı çocuk:..... Kaç kardeşi var:.....

11-Tüm hanenin ortalama aylık geliri: ?( )800TL'den az ( ) 800TL-2500TL ( )2500TL-5000TL ( )5000TL üzeri

12-Annesinin yaşı:

13-Anne çalışıyor mu? (1)Evet (2)Hayır Mesleği:

14-Annesinin herhangi bir sağlık sorunu/ hastalığı var mı ? (1) Evet (2) Hayır

Varsa sağlık sorununu belirtiniz:

15-Annesinin en son bitirdiği okul ?

(1)Okur-yazar değil (2)Okur-yazar (3)ilkokul (4)ortaokul (5)lise (6)üniversite (7) y. lisans

16-Anneminin Okuma yılı:.....

17-Babasının yaşı:

18-Baba çalışıyor mu? (1)Evet (2)Hayır Mesleği:

19-Babasının herhangi bir sağlık sorunu/ hastalığı var mı?: (1) Evet (2) Hayır

Varsa sağlık sorununu belirtiniz:

20-Babasının en son bitirdiği okul ?

(1)Okur-yazar değil (2)Okur-yazar (3)ilkokul (4)ortaokul (5)lise (6)üniversite (7) y.lisans

21-Babasının Okuma Yılı:.....

## DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM BİLGİLERİ

23- Annenin gebelik yaşı:

24- Kaçınıcı doğum:

25- Düşük/ölu doğum var mı? 1)Evet 2)Hayır

26- Gebelik döneminde annede tıbbi hastalık oldu mu?

1) Evet .....(ne olduğunu belirtiniz)

2) Hayır

27- Gebelikte stres faktörleri var mıydı?

1) Evet .....(Ne olduğunu belirtiniz)

2)Hayır

28-Gebelik döneminde bebeğe ilişkin tıbbi sorun yaşandı mı?

- 1) Evet.....(Ne olduğunu belirtiniz)
- 2) Hayır

29-Gebelik öncesi sigara kullanımı var mıydı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

30-Gebelik sürecinde sigara kullanımı var mıydı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

31-Gebelikte alkol kullanımı var mıydı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

32-Gebelikte folik asit/multivitamin desteği alındı mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

33-Vitamin desteği alındı ise hangi periodda alındı?

- 1) Gebe kalmadan önce aldım
- 2) 0-3 ay aldım
- 3) 3-6 ay aldım
- 4) 6-9 ay aldım
- 5) İlk 6 ay süresince aldım
- 6) Tüm gebelik süresince aldım

34-Demir desteği alındı mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

35- Demir desteği alındı ise hangi periodda alındı?

- 1- 0-3 ay



- 2- 3-6 ay
- 3- 6-9 ay
- 4- İlk 6 ay süresince
- 5- Tüm gebelik süresince

#### DOĞUM SONRASI DÖNEM BİLGİLERİ

36-Kaç haftalık doğdu?

37-Yoğun bakım yatışı var mı? 1)var 2)yok

38-Yoğun bakım yatışı var ise sebebi ne?

39-Doğum boyu (cm):

40-Doğum ağırlığı (gram):

42-Anne sütü alma süresi(ay):

43-Desteksiz oturma (ay):

44-Emekleme: 1) var 2)yok

45-Emekleme varsa ne zaman(ay):

46-Desteksiz yürüme (ay):

47-Anlamlı tek kelime kullanımı (ay):

48-İki kelimelik cümle (ay):

#### ALLERJİ/OTOİMMÜNİTE BİLGİLERİ

49- Anne veya babada hastalık öyküsü var mı?

1- Var.....

2- Yok

50-Çocukta alleri öyküsü var mı?

1- Var.....(Ne alllerjisi?)

2- Yok

51- Çocukta hastalık var mı?

1- Var.....(Tip I DM, Hashimatotyroiditi, Çöliakhst)

2- Yok

52- Astım geçmişte/şu anda var mı?

1- Evet

2- Hayır

53-Geniz eti ameliyatı öyküsü var mı?

1- Evet

2- Hayır

**SÖZEL OLMAYAN İFADELERİ ANLAMA BECERİLERİ-YÜZ İFADELERİ ALT ALANI ÖRNEKLERİ**



**Mutlu**

**Üzgün**

**EK 6. ÇOCUK VE ERGENLERDE YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN  
DSM-IV'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-TURGAY**

		<b>I.BÖLÜM</b>			
<b>Sorun</b>		<b>Sorun Derecesi</b>			
		<b>Yok</b>	<b>Biraz</b>	<b>Fazla</b>	<b>Çok Fazla</b>
1	Dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2	Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3	Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4	Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz	0	1	2	3
5	Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6	Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır, bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7	Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları(kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8	Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9	Günlük etkinliklerde unutkanır.	0	1	2	3
<b>Sorun</b>		<b>Sorun Derecesi</b>			
		<b>Yok</b>	<b>Biraz</b>	<b>Fazla</b>	<b>Çok Fazla</b>
10	Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11	Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12	Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
13	Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14	Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15	Çok konuşur.	0	1	2	3
		<i>Lütfen 2.sayfaya geçiniz.</i>			

	Sorun	Sorun Derecesi			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17	Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18	Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
<b>II.BÖLÜM</b>					
	Sorun	Sorun Derecesi			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19	Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20	Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21	Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22	Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23	Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24	Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25	Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
<b>III.BÖLÜM</b>					
	Sorun	Sorun Derecesi			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
27	Kabadayılık eder, tehdit eder, gözdağı verir.	0	1	2	3
28	Kavga döğüş başlatır.	0	1	2	3
29	Eşyalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabaca vb) kullanır.	0	1	2	3
30	İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32	Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma, tehditle soyma) yapar.	0	1	2	3
33	Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
34	Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35	Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir. (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
36	Başkalarının evine binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37	Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını aldatır .)	0	1	2	3
38	Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3
39	13 yaşından öncesinden başlayarak ailesinin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40	Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41	13 yaşından öncesinden başlayarak okuldan kaçar.	0	1	2	3

EK 7.

**Barkley Çocuk Dikkat Anketi**

©Russell A. Barkley, Ph.D., 2013

Çocuğunuzun Adı \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

Cinsiyet: Erkek \_\_\_\_\_ Kız \_\_\_\_\_

Çocuğunuzun Yaşı: \_\_\_\_\_ Sınıfı: \_\_\_\_\_

Çocukla Bağımız: Anne \_\_\_\_\_ Baba \_\_\_\_\_ Üvey Anne \_\_\_\_\_ Üvey Baba \_\_\_\_\_  
Koruyucu Anne \_\_\_\_\_ Koruyucu Baba \_\_\_\_\_ Diğer \_\_\_\_\_

Yaşınız : \_\_\_\_\_ Eğitiminiz (yıl olarak): \_\_\_\_\_

Eşinizin Yaşı : \_\_\_\_\_ Eşinizin Eğitimi (yıl olarak): \_\_\_\_\_

**Yönerge**

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

	Asla yada Nadiren	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
SCT1. Hayale dalıp gider (Hayal kurmaya yatkınlık)	1	2	3	4
SCT2. Uyanık kalmada yada harekete geçmede zorlanır	1	2	3	4
SCT3. Zihni bulanıktır ve şaşkın görünür	1	2	3	4
SCT4. Boş gözlerle uzun uzun bakar	1	2	3	4
SCT5. Kafası karışık; dikkatini çevresinde olanlara odaklayamaz ve aklı başka yerde gibi görünür.	1	2	3	4

SCT6. Diğerlerine oranla kolay yorulur, enerjik değildir	1	2	3	4
SCT7. Diğer çocuklara oranla hareketsizdir	1	2	3	4
SCT8. Yavaş hareket eder ya da uyuşuktur (durgundur)	1	2	3	4
SCT9. Soruları ya da yönergeleri diğerleri kadar çabuk ya da doğru bir şekilde anlamıyor gibi görünür	1	2	3	4
SCT10. Uykuludur ya da uykulu bir görünüme sahiptir	1	2	3	4
SCT11. İlgisiz ya da çekingendir; diğerlerine kıyasla aktivitelere daha az katılır	1	2	3	4
SCT12. Kendi düşüncelerinde kaybolur	1	2	3	4
SCT.13 Eğer maddelerin çoğunu 3 (sık sık) veya 4 ( çok sık) olarak işaretlediyseniz, bu sıkıntıların kaç yaşında başladığını belirtiniz _____				
SCT14. Eğer maddelerin çoğunu 3 (sık sık) veya 4 (çok sık) olarak işaretlediyseniz, bu durumlardan herhangi biri çocuğumuzun aşağıdaki alanlardan herhangi birinde zorluk yaşamasına neden oldu mu?				
SCT14a. Ev yaşamı	Hayır	Evet		
SCT14b. Arkadaş ilişkileri	Hayır	Evet		
SCT14c. Okul	Hayır	Evet		
SCT14d. Boş zaman etkinlikleri	Hayır	Evet		

**EK 8.****ÇEEÖ**

Adı- Soyadı:

Sınıf:

MADDELER	EVET	HAYIR
1-Oynayacak arkadaş bulamayan bir kız çocuğu görmek beni üzzer.		
2- Mutluluktan ağlayan erkekler aptaldır.		
3- Bana hediye gelemediyse bile hediyesini açan insanları izlemeyi severim.		
4- Ağlayan bir erkek çocuğu gördüğümde ben de ağlamaklı olurum.		
5- Bir kız çocuğunun incindiğini görmek beni üzzer.		
6- Neden güldüğünü bilmesem de gülen birini görtünce ben de gülerim.		
7- Bazen televizyon seyrederken ağlarım.		
8- Mutluluktan ağlayan kızlar aptaldır.		
9- Birinin neden üzgün olduğunu anlamak benim için zordur.		
10- Yaralanmış bir hayvan görmek beni üzzer.		
11- Oynayacak arkadaş bulamayan bir erkek çocuğu görmek beni üzzer.		
12- Bazı şarkılar beni öyle üzzer ki ağlamaklı olurum.		
13- Bir erkek çocuğunun incindiğini görmek beni üzzer.		
14- Yetişkinler bazen ortada üzülecek bir şey olmadığında bile ağlarlar.		
15- Kedi ve köpeklere insanlar gibi duyguları varmış gibi davranmak aptalcadır.		
16- Sınıf arkadaşının sürekli öğretmenin yardımına ihtiyacı varmış gibi davranması beni deli eder.		
17- Hiç arkadaşı olmayan çocuklar muhtemelen bir arkadaşları olmasını zaten istemiyorlardır.		
18- Ağlayan bir kız çocuğu gördüğümde ben de ağlamaklı olurum.		
19- İnsanların acıklı bir film seyrettiklerinde ya da acıklı bir kitap okuduklarında ağlamalarının komik olduğunu düşünüyorum.		
20- Kurabiyelerini yerken birinin bana kurabiyelerinden istemiş gibi baktığını görsen bile yine de tüm kurabiyelerimi yiyebilirim.		
21- Okul kurallarına uymadığı için öğretmen tarafından cezalandırılan bir sınıf arkadaşını görmek beni üzmez.		



## KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

### HASTALIK ŞİDDETİ

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

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

**EK 10.**



**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU**



<b>BASVURU BİLGİLERİ</b>	Araştırmanın Açık Adı	<b>Dikkat Eksikliği Hiperaktifliği Bozaliğuna Eşlik Eden Yavaş Bilişsel Tempo Kliniği Olan Çocuklarda Duygu Dengeleme Güçlüklerinin Araştırılması</b>			Tarih	24.09.2019	
	Koordinatör/Sorumlu Araştırmacı Üyeleri/Adı/Soyadı/ Uzmanlık Alanı/ Bulunduğu Merkez	Dr. Öğr. Üyesi Saliha BAYKAL / Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi			Protokol No	2019.178.09.38	
	Araştırmanın Türü, Destekleyicisi Ve Merkezleri	Türü	Prospektif	<input checked="" type="checkbox"/>	Merkezleri	Tek Merkezli	<input checked="" type="checkbox"/>
			Retrospektif	<input type="checkbox"/>		Çok Merkezli	<input type="checkbox"/>
	Destekleyicisi ve Bütçesi	TÜBETAK	<input type="checkbox"/>				
		TNKU BAP	<input type="checkbox"/>				
		Araştırması	<input checked="" type="checkbox"/>	250 k			
		Diger ise belirtiniz.					
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili bilgiler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye nun sayısının oy birliği ile kararı verilmiştir.						

**ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI** İlçe ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyileştirici Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Üyeleri/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILAR	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DÖNME	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birel TOPÇU	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Özgür AGDOĞAN	Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahisi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonar Pinar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSTUN	İç Hastalıkların Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı  
Üyeleri/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILAR  
İmza: