

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ERGENLER İLE DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ERGENLERDE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN YAŞAM KALİTESİ VE
İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

ARŞ. GÖR. DR. TUĞÇE KAPUCU

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

2025

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI ERGENLER İLE DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ERGENLERDE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN YAŞAM KALİTESİ VE
İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

ARŞ. GÖR. DR. TUĞÇE KAPUCU

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

DOÇ. DR. ÖMER KARDAŞ

ETİK KURUL ONAYI: 5.12.2024 KÜGOKAEK

2024/452

2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ.....	VI
TABLolar DİZELGESİ.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	10
2. GENEL BİLGİLER.....	13
2.1. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU.....	13
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	13
2.1.2. Epidemiyoloji.....	14
2.1.3. DSM-V OSB Tanı Kriterleri.....	14
2.1.4. Etiyoloji.....	16
2.1.4.1. Genetik Etkenler.....	16
2.1.4.2. Nörobiyolojik Etkenler.....	17
2.1.4.3. Çevresel Etkenler.....	17
2.1.5. Klinik Görünüm.....	18
2.1.5.1. Sosyal Etkileşimde Bozukluk.....	18
2.1.5.2. Sınırlı, Tekrarlayıcı Davranış Örüntüsü ve İlgi Alanları.....	19
2.1.6. Klinik Değerlendirme.....	20
2.1.7. Ayırıcı Tanı.....	20
2.1.8. Komorbidite.....	21
2.1.9. Tedavi.....	21
2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	22
2.2.1. Tanım ve Tarihçe.....	22
2.2.2. Epidemiyoloji.....	23
2.2.3. DSM-V DEHB Tanı Kriterleri.....	24
2.2.4. Etiyoloji.....	26
2.2.4.1. Genetik Etkenler.....	26
2.2.4.2. Nöroanatomik ve Nörofizyolojik Etkenler.....	27
2.2.4.3. Çevresel Etkenler.....	28
2.2.5. Klinik Görünüm.....	28

2.2.6. Klinik Değerlendirme.....	29
2.2.7. Ayırıcı Tanı.....	30
2.2.8. Komorbidite.....	30
2.2.9. Tedavi.....	30
2.3. DAMGALAMA.....	31
2.3.1. Damgalama tanım ve bileşenleri.....	31
2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalama.....	32
2.3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İçselleştirilmiş Damgalanma.....	32
2.4. YAŞAM KALİTESİ.....	34
2.4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı.....	34
2.4.2. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Kalitesi.....	34
2.5. İŞLEVSELLİK.....	36
2.5.1. İşlevsellik Tanımı.....	36
2.5.2. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İşlevsellik.....	36
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	38
3.1. Örneklem.....	38
3.1.1. Örneklem Seçimi.....	38
3.2. Yöntem.....	40
3.3. Veri Toplama Araçları.....	40
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	40
3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T).....	41
3.3.3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu.....	41
3.3.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş- Ergen ve Ebeveyn Formu.....	42
3.3.5. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WİBÖ-E).....	42
3.3.6. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS).....	43

3.3.7. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti	43
3.4. İstatistiksel Analiz	44
4. BULGULAR	45
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
7. ÖZET	88
8. ABSTRACT	90
9. EKLER	92
10. KAYNAKLAR	117



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde sunduğu katkılar yanında tez danışman hocam olarak bana yardımcı olduğu her alan ve paylaşımları için Doç. Dr. Ömer Kardaş'a,

Hepimizin alanda yetkin, hastalarına faydalı hekimler olabilmemiz adına bilgi birikimi ve tecrübelerini esirgemeyen Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, kıymetli hocalarım; Prof. Dr. Ayşen Coşkun, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik, Prof. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Doç. Dr. İrem Damla Çimen, Doç. Dr. Burcu Kardaş ve Dr. Öğrt. Üyesi Gökçe Yağmur Efendi'ye,

Çocuk nörolojisi rotasyonu boyunca bizleri yanına oturtup hasta görüşüne, sabrına, okuma ve öğrenme arzusuna hayranlıkla şahit olmamıza fırsat veren Prof. Dr. Bülent Kara'ya ve değerli yandal uzmanlarına,

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerini paylaşmaya hep açık olan Prof. Dr. Aslıhan Polat, Prof. Dr. Cem Cerit, Prof. Dr. Elif Tatlıdil, Doç. Dr. Bahadır Geniş, Dr. Öğrt. Üyesi Diğdem Göverti'ye,

Kalabalık bir bölümde, gününün çoğunu bir arada geçiren, oradan çıktığında bile bir aradalığı devam eden, odalar dolusu kahkahayı benimle paylaşan, zorlandığımda elimden tutarak destek veren sevgili doktor arkadaşlarıma,

Başladığımız zamanki kadar kalabalık olmasak da kimisi kendi yolunu bulduğu için sevindiğim, birbirine destek olabilmiş eşkıdemlerime,

Yardımlarıyla biz fark etmeden ya da ederek mesai saatlerimizde işleyişi pek çok kez kolaylaştırmış olan, bir arada çalıştığıma memnun olduğum bölümümüzün tüm değerli çalışanlarına,

Varlıkları sayesinde emek, fedakârlık ve özveri dolu yaşamları içinde onlar yaş alırken beni büyüten, bugüne ulaşip içlerini kıpır kıpır mutluluk ve gururla hoş edebildiğimi bildiğim için benim de mutlu olabilmeme sebep olan, güler yüzünü ve sevgi selini eksik etmeyen annem Eser Kapucu'ya; her zaman arkamda olan, Latte'ye içten içe olan sevgisinde bile benim tarafımda durmuş olan sessiz, görünmez kahramanım babam Mehmet Kapucu'ya,

Doğduğu günden beri gözetmem gerektiğini bildiğim, ablası olmak küçük bir çocukken ne kadar yorucuysa bugün o kadar güvenli ve şanslı hissettiren canım kardeşim Furkan Bora Kapucu'ya,

Buraya gelişimden çok daha önce ben bebek o genç bir amca iken benimle büyüyen, büyürken öğrendiklerini iyi kötü her anımda yanımda olmaktan geri durmayan tavrıyla öğreten sevgili amcam Çağlar Kapucu'ya, onunla beraber Kocaeli'deki evim olan sevgili Nurcan Abla'ma, Barlascığma,

Birlikte olduğumuz sürede farklı zamanlarda gerçek anlamıyla tanıdığım, tanıdıkça sevgilerini kucaklayabildiğime şanslı hissettiğim, kırılgan yanlarımı güçlendirmeme yardım eden, görmekte zorlandığım ışıık parçalarını yorulmadan gösteren, ben olmama yardım eden, bir sürü mutlu an içinde benimle olmuş, o anlara varlıkları sebebiyle değer katmış, mutsuz anların içinden çekip almayı en iyi bilen halleriyle iyi ki vardınız dediğim arkadaşlarım Dr. Beyza Aytaç'a, Dr. Fulya Aktok'a, Dr. Furkan Tanır'a ve Dr. Zeynep Uçar'a,

Bursa'dan ayrılırken vedalaştığımız gün hiç de vedalaşmış gibi olmadığımızı hissettiğimiz için belki de bir dört buçuk seneyi daha burada geçireceğimi bilmediğim, Uludağ sayesinde kazandığım, Kocaeli'de yanımdaki duruşunu sürdürdükçe beni güldüren, hala şaşırtabilen, desteğini hep hissettiğim canım arkadaşım Dr. Gül Ülker Kara'ya

Kalpten sevdiği her asistanı anneliğiyle büyüten, yollayacağı zaman da gözleri dolu dolu olan her gidenle eksilmiş hissetse de eksik olan her parçasının bir sürü çocuğunun kalbinde yer ettiğini bilmesini istediğim Nursel Ablama,

En küçüğü minik kalbinin içindekini bir oyunla bana açabilmiş, en büyüğü savunmasız ve yolunu kaybetmiş halini anlatabilmiş olan, bana hekimlik adına pek çok şey öğreten, uzmanlık eğitimine başladığım günden beri gittikçe ümitsizleştiğini görmekten canımın çok yandığı, güneşli günler görmeyi en çok hak eden, güzel ülkemizin gelecek pırıltısı olacağına inandığım çocuklar ve gençlere,

Tez çalışmamda yer almayı kabul ederken sadece kendilerinin değil başkalarının da iyiliğini gözeterek katkı sağlayan gençler ve ailelerine,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

KISALTMALAR DİZELGESİ

ABA: Uygulamalı Davranış Analizi

ABC: Otizm Davranış Kontrol Listesi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ADI-R: Otizm Tanı Görüşmesi – Gözden Geçirilmiş

ADMM: Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı

ADOS: Otizm Tanı Gözlem Programı

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BTA-YGB: Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

CARS: Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri

CGAS: Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği

CNV: Kopya Sayısı Değişiklikleri

COMT: Katekol-O-Metil Transferaz

ÇDŞG-ŞY-T: Çocuklar İçin Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

ÇİYKÖ-Ergen: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği – Ergen Formu, 13–18 Yaş

ÇİYKÖ-Ebeveyn: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği – Ebeveyn Formu, 13–18 Yaş

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DRD4 / DRD5: Dopamin D4 ve D5 reseptör genleri

DSM: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

fMRG: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

HTR1B: Serotonin 1B Reseptörü

ICF: Uluslararası İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlık Sınıflandırması

KGİ-Ş: Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MAO-A-B: Monoaminooksidaz A ve B

M-CHAT: Değiştirilmiş Erken Çocukluk Otizm Tarama Ölçeği

OB: Otistik Bozukluk

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

RHİDÖ-EF: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği – Ergen Formu

SNAP-25: Sinaptosomal İlişkili Protein 25 Geni

SNP: Tek Nükleotid Polimorfizmi

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

WISC-R / WISC-IV: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği – Gözden Geçirilmiş /
Dördüncü Baskı

WEISS: Weiss İşlevsellikte Bozulma Değerlendirme Ölçeği

WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği – Ebeveyn Formu

YGB: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

YİO: Yüksek İşlevli Otizm



TABLÖLAR DİZELGESİ

Tablo 1: Katılımcıların Grupları ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 2: Katılımcıların Grupları ile Eğitim Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 3: Katılımcıların Grupları ile Aile Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4: Katılımcıların Grupları ile Belirlenen Komorbid Tanı Türlerinin Karşılaştırılması

Tablo 5: Katılımcıların Grupları ile CGI-SI Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 6: Katılımcıların Gruplarına Göre RHİDÖ-EF Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 7: Katılımcıların Gruplarına Göre Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu Genel ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 8: Katılımcıların Grupları ile İşlevsellikte Bozulma Türlerinin Karşılaştırılması

Tablo 9: Çocukların Gruplarına Göre Ergen ve Ebeveyn Yaşam Kalitesi Algısı Genel ve Alt Boyut Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 10: Katılımcıların Sosyodemografik Formdaki Bazı Özellikleri ile Damgalanma Genel Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Yüksek İşlevli Otizm Grubunda CGAS, Damgalanma, WIBÖ-E ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 12: DEHB Grubunda CGAS, Damgalanma, WIBÖ-E ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 13: Her İki Gruptaki katılımcıların Komorbid Psikiyatrik Eş Tanı Sayısı ile Ölçek Puanları Arasında İlişki Tablosu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5)'te nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında yer almakta olup, erken çocukluk çağında başlayan sosyal-iletişimsel alanda belirgin yetersizlikler ve sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanları ile karakterize klinik tablo olarak tanımlanmıştır.¹ Yaşam boyu devam eden bir bozukluk olan OSB'nin klinik belirtileri ve etiyolojisi arasındaki çeşitlilik dikkate alındığında, bozukluğun ana semptomları, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde kısmi değişiklikler göstererek devam etmekte; bu durum, bireylerin okul, iş ve sosyal yaşamdaki becerileri ve işlevsellikleri üzerinde farklı düzeylerde etkiler yaratmaktadır.² Klinik gidişe olumlu yönde etki eden faktörlerin; zeka düzeyinin iyi oluşu, dil becerilerinin daha erken yaşta gelişmesi, ortak dikkat ve uyumsal becerilerin iyi düzeyde olması, eşlik eden psikiyatrik bozukluk olmaması, erken tanı ve tedavi olduğu vurgulanmaktadır.^{3,4}

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kişinin gelişimsel düzeyiyle uyumsuz olan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur.¹ DEHB tanısı alan bazı çocukların dürtüsel davranışlarının olması, kurallara karşı gelmeleri, öfkelerine hâkim olmakta güçlük çekmeleri veya aşırı hassas, duygusal ve çekingen olmaları iletişim kurma konusunda güçlük yaşamalarına dolayısıyla sosyal beceriler yönünden sorunlar yaşamalarına yol açmakta; arkadaşlık ilişkilerini başlatma ve sürdürmede zorluklara neden olabilmektedir.⁵ Bu durum kişinin günlük aktivitelerini sürdürme kapasitesini azaltarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesini değerlendirme, özellikle DEHB gibi yaşamın neredeyse her alanında güçlük çekilen kronik bir rahatsızlıkta, daha fazla önem taşımaktadır.⁶

Damgalama, bir kişinin veya grubun, belirgin bir özelliği nedeniyle başkaları tarafından fark edilip, değersizleştirilmesi ve toplumdan dışlanması olarak tanımlanabilir.⁷ Toplum tarafından damgalanan bireylerin bu durumu kabul etmesine “içselleştirilmiş damgalanma” denir. Bu, kişinin kendisini olumsuz şekilde değerlendirmesine, öfke ve umutsuzluk gibi duygular hissetmesine, damgalanma nedeniyle durumu gizlemeye

çalışmasına ve sosyal hayattan çekilmesine neden olabilir. Böylelikle kişinin genel işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebileceği bilinmektedir.⁸ İçselleştirilmiş damgalanma yaygınlığını araştıran çalışmalar, ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin yüksek bir yüzdesinin içselleştirilmiş damgalanma yaşadığını göstermektedir.^{9,10}

Yaşam kalitesi; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Grubu tarafından, kişilerin hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak, yaşamdaki durumuna dair öznel algısı olarak tanımlanmıştır.¹¹ Araştırmalar, sosyal iletişimdeki güçlükler gibi temel otizm özelliklerinin yüksek oranda var oluşunun hem otizm tanısı almış hem de almamış bireylerde yaşam kalitesinin düşmesiyle anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.^{12,13} Sosyal güçlüklerin yanı sıra, yürütücü işlevlerdeki ve duyu işleme süreçlerindeki farklılıklar gibi diğer otizmle ilişkili faktörlerin de yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir.^{14,15} DEHB’li ve tipik gelişen çocukların karşılaştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında, DEHB’nin yaşam kalitesinin fiziksel alanını orta düzeyde olumsuz olarak etkilediği, psikososyal alanını (okul, sosyal ve duygusal alanlar) ise ağır düzeyde etkilediği saptanmıştır.¹⁶ Yaşam kalitesine etkisinde DEHB’nin kendi çekirdek belirtileri, duyguları ve davranışları düzenlemekle ilgili güçlükler, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklardan kaynaklanan psikososyal etkenlerin etkili olabileceği belirtilmektedir.¹⁷

İşlevsellik, Dünya Sağlık Örgütü’nün Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF)’na göre, vücut işlevlerini, bireylerin aktivitelerini ve yaşamlarına katılımlarını içeren geniş bir kavramdır.¹⁸ İşlevsellik bozulduğunda, bedensel düzeyde yetersizlikler, kişisel düzeyde aktivitelerde kısıtlamalar ve sosyal düzeyde ise sosyal katılımda sınırlamalar ortaya çıkmaktadır.¹⁹ DEHB tanısı almış çocukların, ev hayatı, arkadaşlık ilişkileri, akademik başarı, boş zaman aktiviteleri ve kazalara ya da riskli davranışlara yatkınlık gibi işlevsellik alanlarında zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir.²⁰⁻²² Otizm özelliklerinin incelendiği birçok çalışmada da OSB’de işlevsellik alanlarında bozulmanın olduğu gösterilmiştir. Literatürde DEHB tanılı çocuklarda otizm özelliklerinin etkilerinin incelendiği bir çalışmada; otizm özellikleri arttıkça akran ilişkileri, sosyal davranışlar, uyku sorunları, duygusal sorunlar ve davranış sorunları gibi çeşitli işlevsellik alanlarında daha fazla bozulma olduğu gösterilmiştir.²³

Bu araştırma, otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Literatürde ebeveyn gözlemleriyle yapılan çalışmalar mevcutken, bu gruptaki ergenlerin öz bildirimine dayalı verilere rastlanmamıştır. Bu çalışmada, iki grup arasındaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ergenlerin yaşam kalitesi ve işlevsellikleri arasındaki farklılıklar hem ebeveyn gözlemleri hem de ergenlerin öz bildirimleri aracılığıyla karşılaştırmalı olarak değerlendirilecektir. Bu karşılaştırmalı yaklaşım, damgalanma algısının ergenlerin psikososyal işleyişi üzerindeki etkilerinin daha kapsamlı bir biçimde anlaşılmasına katkı sağlamayı ve bu doğrultuda etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine zemin oluşturmayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'ya göre OSB, sosyal iletişim ve etkileşimde zorluklar, sınırlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranışlarla kendini gösteren, erken çocukluk döneminde ortaya çıkan nörogelişimsel bir bozukluktur.¹ OSB'nin belirtileri, bireyden bireye farklılık gösterir ve "spektrum" terimi, bu bozukluğun geniş bir yelpazede ve farklı şiddet seviyelerinde görülebileceğini ifade eder.²

'Otizm' terimi, ilk kez İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından 1911 yılında, dış dünyadan tamamen izole olmuş bireyleri tanımlamak amacıyla kullanılmıştır.²⁴ 1943 yılında Amerikalı çocuk psikiyatristi Leo Kanner'in 'infantil otizm' tanımı literatüre girmiş; insanlarla ilişki kurma güçlüğü, tekrarlayıcı ve amaçsız davranışlar, ekolali, değişime direnç gösterme belirtileriyle seyreden 11 olguluk vaka serisi yayınlanmıştır.²⁵ Ardından 1944 yılında Viyanalı pediatrist Hans Asperger, Kanner'e benzer şekilde sosyal etkileşimde zorluk çeken ve sınırlı, tekrarlayıcı ilgi alanlarına sahip fakat entelektüel becerileri gelişimine paralel olan dört vakalık seriyi 'otistik psikopati' kavramıyla tanıtmıştır.²⁶ İngiliz araştırmacı Lorna Wing sayesinde Asperger'in otistik psikopati tanımı dünyaya kendi adıyla sunularak 'Asperger Sendromu' olarak bilinmesine katkı sağlamıştır.²⁷

Klinik bir tablo olarak otizm, uluslararası psikiyatri tanı sınıflama sistemine 1980'de DSM-III içinde 'Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB)' başlığı altında girmiştir.²⁸ Zaman içinde adlandırma ve alt başlıkların ayırımında sınıflandırma sistemlerine göre değişiklikler olduğu görülmüştür. DSM-III'teki YGB başlığına 'Erken Bebeklik Otizmi', 'Çocukluk Başlangıçlı YGB' ve 'Atipik Yaygın Gelişimsel Bozukluk' tanıları dahil edilmiştir.²⁸ Belirti başlangıcının 30 aydan önce olması Erken Bebeklik Otizmi ile Çocukluk Başlangıçlı YGB ayırımında kriter olarak belirtilmiştir. 1987'de revize edilmiş hali yayınlanan DSM-III-R'de, YGB genel başlığı iki alt başlığa ayrılmış bunlar; 'Otistik Bozukluk (OB)' ve 'Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk (BTA-YGB)' olmuştur. 1994 yılında DSM-IV ile beraber YGB başlığı altına beş alt sınıfla, Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu, Rett Bozukluğu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve Başka Türü Adlandırılmayan YGB tanıları toplanmıştır.²⁹ 2013'e

gelindiğinde DSM-V ile Rett Bozukluğu çıkarılarak belirtilen diğer dördü bir küme ismiyle birleştirilmiş, ‘Otizm Spektrum Bozukluğu’ olarak adlandırılmış, ‘Nörogelişimsel Bozukluklar’ başlığı altına alınmıştır.¹ DSM-V ile hastalığı tanımlayan üç temel boyut, iki boyuta indirgenerek ‘toplumsal etkileşim/iletişim eksiklikleri’ alanındaki üç ölçütten üçünün var olması, ‘sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler’ alanındaki dört ölçütten en az ikisinin var olması tanı koymada gerekli görülmüştür. Ayrıca hastalık şiddetinin hafif, orta, ağır olarak belirtilmesi önerilmiştir.¹

2.1.2. Epidemiyoloji

Otizme yönelik ilk prevalans çalışmaları 1960-1970’li yıllarda yapılarak sıklığının 10.000 çocukta 4-5 vaka olduğu bildirilse de zamanla 1990’lı yıllardan itibaren yaygınlığının arttığı farklı çalışmalarda gösterilmeye başlanmıştır.³⁰

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından 2000 yılında kurulan, Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı (ADMM) verilerine göre, 20 yılda prevalans çalışmaları yaygınlığı 2000 senesinde 1.000’de 6,7’den (150’de bir) 2018 senesinde 23’e (44’te bir) kadar artmış olarak yayınlanmıştır. 2020 yılı verileri ise 8 yaşındaki 1.000 çocukta genel OSB yaygınlığı 27,6 (36’da bir) olarak bu zamana kadarki en yüksek oranda açıklanmıştır.³¹

Cinsiyet açısından bakıldığında, erkeklerde kızlara göre 3,8 kat yaygınlık bildirilmiş, kız çocuklarda ilk kez genel yaygınlık %1’den fazla bulunmuştur. Ayrıca kız çocuklarında, erkek çocuklara oranla zihinsel engellilik tanısının daha sık eşlik ettiği belirtilmektedir.³¹

İlk yıllardaki raporlarda OSB ile sosyoekonomik düzey yüksekliği ve beyaz ırk ile daha fazla oranda birliktelik saptansa da 2020 raporuna göre düşük sosyoekonomik düzeyin ve siyah ırkın hastalıkla birlikteliği fazla bulunmuş; bu durum dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine daha fazla erişimi olmasıyla ve izlem ağının tanımlama sisteminin yaygınlaşmasıyla ilişkilendirilmiştir.³¹

2.1.3. DSM-V OSB Tanı Kriterleri

A. Aşağıda belirtildiği gibi, şimdi veya geçmişte farklı şekillerde görülen toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde sürekli yetersizliğin bulunması

1) Toplumsal-duygusal karşılık vermede yetersizliğin olması (Olağandışı toplumsal yaklaşımdan karşılıklı diyalog yürütmekte çekilen güçlüğü; ilgilerini, duygularını veya

duygulanımını paylaşmaktaki yetersizlikten, sosyal etkileşime cevap verememeye kadar olan yetersizlikler örnek olarak gösterilebilir).

2) Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizliğin olması entegre olmuş sözel olan ve sözel olmayan iletişim, anormal göz kontaktı ve beden dili veya jestleri anlamakta ve kullanmakta yetersizlik ve yüz ifadesi ve beden diline kadar bariz eksikliklerin varlığı).

3) İlişkileri geliştirmekte, devam ettirmede ve anlamakta güçlük olması. Örneğin farklı toplumsal ortamlara uygun davranmamaktan, hayali oyun paylaşamamaya ve arkadaş edinememeye, arkadaşla ilgi duymamaya kadar görülen davranışlar.

Şu Anki Şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alanda yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenmektedir.

B. Aşağıdakilerden en az ilgisinin varlığı ile kendini gösteren, şu an ve geçmişte sınırlı, tekrarlayıcı ilgiler ya da etkinliklerin olması.

1) Basmakalıp veya tekrarlayıcı motor hareketler, obje kullanımı veya konuşmanın olması (Basit motor stereotipiler, oyuncakları dizme veya çevirme, ekolali, idiyosenkratik cümleler).

2) Aynı olmakta ısrar, rutine sıkı sılıya bağlı olma veya ritüelleşmiş sözel olan ve sözel olmayan davranışlar (Ufak değişimlerde aşırı stres, geçişlerde zorluk, sert düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu veya aynı yemeği tercih etme).

3) Konu veya yoğunluk açısından anormal olan sınırlı, sabitlenmiş ilgiler (Yaygın olmayan nesnelere anormal aşırı bağlılık, aşırı tekrarlayıcı veya sınırlı ilgiler).

4) Duyusal olarak aşırı ya da az duyarlılık veya çevrenin duyusal boyutuna aşırı ilgi olması (Acıya/sıcağa karşı aşırı duyarsızlık, belirli ses ve dokunuşlara karşı beklenmeyen tepki, nesneleri aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışık veya hareketle görsel olarak çok meşgul olma).

Şu Anki Şiddeti: şiddet sosyal iletişimsel alandaki yetersizlikler ve kısıtlı tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenmektedir.

C. Belirtiler gelişimin erken evrelerinden itibaren vardır (Toplumsal beklentiler sınırları aşındırmaya dek fark edilmemiş veya daha sonra hayatta öğrendiği stratejilerle maskelenmiş olabilir).

D. Belirtiler sosyal, mesleki ve başka önemli alanlarda klinik olarak anlamlı düzeyde bozukluğa yol açmalıdır.

E. Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik sebebi ile açıklanmamalıdır. Gerçi zihinsel yetersizlik ve OSB sıklıkla bir arada görülür ancak OSB ve zihinsel engellilik tanısı konması için sosyal iletişimsel düzeyin genel gelişimin altında olması gerekmektedir.

Not: DSM-IV'e göre Otistik Bozukluk, Asperger Bozulduğu ve YGB-BTA tanısı almış olanlara OSB tanısı verilmelidir. Sosyal iletişimsel alanda problem olan ancak OSB tanısı almayanlar sosyal (pragmatik) iletişimsel bozukluk açısından değerlendirilmelidir.

- Zihinsel yetersizliğin eşlik edip etmediğini,
- Dil yetersizliğinin eşlik edip etmediğini,
- Bilinen bir tıbbi, genetik veya çevresel faktörün eşlik edip etmediğini,
- Başka nörogelişimsel, ruhsal veya davranışsal durumların olup olmadığını,
- Katatoninin eşlik edip etmediğini belirtiniz.

2.1.4. Etiyoloji

Otizm spektrum bozukluğunun sebepleri tam olarak aydınlatılamasa da multifaktöriyel poligenik bir nörogelişimsel hastalık olduğu kabul görmektedir.²

2.1.4.1. Genetik Etkenler

Bir dizi genetik değişiklik ve varyasyonun etkileşimiyle etiyolojide genetik faktörler önemli rol oynamaktadır.³² Aile ve ikiz çalışmalarında, OSB tanılı çocukların kardeşlerinde tanı alma insidansının arttığı, monozigot ikizlerde konkordans oranının dizigot ikizlere kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir.³³ Çalışmalarda OSB tanısı bulunan çocukların aile üyeleri için klinik görünümde daha hafif bulgularla seyreden 'geniş otizm fenotipi' kavramı ortaya atılmış; bu bireylerin doğrudan otizm tanısı almasalar da, sosyal etkileşim ve iletişim becerilerinde çeşitli zorluklar yaşadıkları gözlemlenmiştir.³⁴

Genom çapında ilişkilendirme çalışmaları ve tüm ekzom analizi yöntemleri, OSB ile ilişkili genlerin daha iyi anlaşılması ve bu genlerin etkilediği potansiyel biyolojik mekanizmaların aydınlatılması yolunu açmıştır.³⁵ Kromozom 2, 3, 4, 6, 7, 10, 15, 17 ve 22'deki tek gen varyantlarının artmış otizm riski ile ilişkisini gösteren bulgular mevcuttur.³⁶ Otizmlili bireyler ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı araştırmalarda genomdaki yapısal olarak kopya sayısı değişiklikleri (CNV) denen sık varyasyonlar,

kromozomların 1q21, 2p16.3, 3p25-26, 7q36.2, 15q11-13, 16p11.2 ve 22q11.2 bölgelerinde bulunmuştur.³⁷ OSB vakalarının küçük bir kısmında yer alsa da OSB ile birlikteliği genel popülasyondan sık görülen genetik sendromlar; Fragil X Sendromu, Tüberoskleroz, Down Sendromu ve Rett Sendromu olarak bilinmektedir.³³

2.1.4.2. Nörobiyolojik Etkenler

Yaşamın ilk iki yılında OSB’li çocuklarda, beynin volümetrik büyümesindeki belirgin artışı takip eden azalarak duraksama en tutarlı şekilde bildirilen nöroanatomik bulgu olmuştur.^{38, 39} Bu hacimsel artış frontal lob, temporal lob ve amigdalada olmaktadır.⁴⁰ Courchesne ve ark. tarafından serebellar vermis hacminde azalma ve toplam serebellum hacminde büyüme, otizmli erken yaş çocuklarda bildirilmiş, artan serebellar beyaz madde hacmiyle ilişkilendirilmiştir.^{41, 42} Bir başka çalışmada ise yetişkinlikle beraber daha az serebellar hacim olduğu rapor edilmiştir.⁴³ Postmortem beyin doku çalışmaları göstermiştir ki otizmli bireylerin serebellum posterolateral neoserebellar ve arkiserebellar korteksinde purkinje hücreleri sayıca azalmıştır.⁴⁴

Son zamanlarda ortaya atılan ‘Kortikal Az Bağlanırlık Teorisi’; OSB’de frontal korteks ile arka kortikal bölgeler arası birleşmeyi sağlayan iletişimsel bandın genişliği azalmış, senkronizasyon bozulmuş demektir. Dikkat, bellek ve planlama gibi yüksek düzey bilişsel ve yürütücü işlevlerdeki sınırlılıklar, göz teması kurma, yüz ifadelerini okuma veya duygusal yanıt verme gibi sosyal becerilerdeki yetersizlikler bu kuramla açıklanmaya çalışılmaktadır.²

2.1.4.3. Çevresel Etkenler

Otizm etiyolojisinde genetik faktörlerin güçlü rol oynadığı literatürdeki araştırma sonuçlarıyla bilinmekle beraber, hastalığın oluşumu ve gelişimi seyrinde çevresel faktörlerin etkisine dair sunulan kanıtlar artarak devam etmektedir.⁴⁵

İleri anne yaşı ve ileri baba yaşı, birbirinden bağımsız olarak otizmli çocuk sahibi olma riskini artırmaktadır.⁴⁶⁻⁴⁸ Doğumlar arasındaki sürenin çok kısa ya da çok uzun olmasının da otizm riskini artırabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Doğumlar arasındaki sürenin 12 aydan kısa olması durumunda artan risk; folat eksikliği, doğum sonrası devam eden postpartum inflamasyon ve maternal stresle ilişkilendirilmektedir. Öte yandan,

doğumlar arasında 5 yıldan uzun bir süre bulunması durumunda artan riskin, infertilite ve istenmeyen gebelikler gibi faktörlerden kaynaklanabileceği öne sürülmektedir.⁴⁹

Prenatal döneme ait otizm gelişimine yol açabilecek faktörlerin etkisinin incelendiği bir derlemede; suçlanan olası etkenler gebelikte influenza virüsü geçirme, talidomid, selektif serotonin geri alım inhibitörü ilaçlar ve misoprostol kullanımı, folik asit eksikliği, insektisit ve pesititlere maruz kalma, gebelikte otoimmün hastalıklar, diyabet, preeklampsi geçirme olarak belirtilmiştir. Aynı derlemede otizmle kesin ilişkili olan faktörler annenin rubella virüsü, sitomegalovirüs ile karşılaşması, valproik asit kullanımı, yüksek miktarda etanol alımı olarak bildirilmiştir.⁵⁰

2.1.5. Klinik Görünüm

OSB, başlıca sosyal etkileşim ve iletişimde zorluklar ile sınırlı, tekrarlayan davranışlar ve ilgi alanları şeklindeki iki ana belirti grubuyla tanımlanan, genellikle erken çocukluk döneminde ortaya çıkan nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Belirtiler, zekâ düzeyine, dil gelişimine, yaşına ve semptomların şiddetine bağlı olarak çocuktan çocuğa farklılık gösterebilir. Bu da otizm spektrumunun geniş bir yelpazede, oldukça heterojen özellikler taşımasına yol açarak, erken yaşlarda tanı koyma sürecini güçleştirebilir.²

2.1.5.1. Sosyal Etkileşimde Bozukluk

Yaşamın ilk iki yılında görülen sosyal beceri eksiklikleri, dil gelişimi eksikliklerine kıyasla OSB için daha spesifik olmasına rağmen, genellikle ebeveynler tarafından fark edilmez.^{51, 52}

Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ilişki kurma çabasında değildir; ebeveynlerinin dikkat çekme çabalarına duyarsız kalırlar, göz teması kurmazlar.⁵³ Bilişsel gelişim sürecinde küçük çocukların ilginç bir nesne ya da olay deneyimini paylaşmak amacıyla dikkatlerini bir başkasıyla koordine etmek için jestler ve göz teması kullanmalarına ortak dikkat denir. Ortak dikkat eksikliği otizmli çocuklar için en önemli ayırt edici özelliklerdendir.⁵⁴ Sağlıklı gelişim gösteren bebekler, yaklaşık 8 aylıkken ebeveynlerinin bakışlarını takip etmeye başlar; 10-12 aylık olduklarında ise işaret edilen nesneyi izleyebilir ve ardından ebeveynlerine dönerek onay beklerler. Ancak otizmli çocuklar, sesli ya da fiziksel uyarılara rağmen bu tür takip davranışlarını sergilemekte güçlük yaşarlar.^{53, 55} 12-14 aylık dönemde normal gelişim gösteren çocuklar, bir nesne/olaya dair isteklerini göstermek, ebeveynin dikkatini çekmek için işaret etmeye

başlar, ebeveynin tepkisine bakarak sosyal bir deneyim paylaşma amacındadırlar. Otizmlı çocuklarda eksik olan ‘prodeklaratif işaret etme’ denilen bu kazanım bir yıl içinde işlevsel dil gelişimin öngörücüsü olarak kabul edilir.⁵⁶ Aileler çocuklarının işitme duyusunda anormallik olabileceği endişesi taşırlar fakat otizmlı çocukların çevresel seslere gösterdiği duyarlılık ve dikkat, ‘seçici’ olarak insan seslerine karşı uygun dikkat düzeyi ve tepkisellikte değildir.⁵⁷

Oyun çağındaki otizmlı çocuğun hayal gücüne dayalı, taklit becerilerinin kullanıldığı işlevsel oyun kurmasındaki zorluklar fark edilir düzeydedir. Karşılıklı iletişimde bağlama uygun olmayan konuşma içeriği, tekrar eden veya kendilerinin türettikleri kelimelerin varlığı görülür. Zekâ düzeyi ortalamanın üzerinde olan yüksek işlevli otizm olarak adlandırılan grupta bile sohbeti başlatma ve sürdürmede yetersizlikler belirgindir.³⁴

2.1.5.1. Sınırlı, Tekrarlayıcı Davranış Örüntüsü ve İlgili Alanları

Otizm Spektrum Bozukluğunun ikinci temel tanı kriteri grubunda sınırlı ilgi alanları, basmakalıp tekrarlayıcı ve ritüelistik (törenselle) davranışlar yer alır.¹ Spektrumdaki çocuklarda alışılmışın dışındaki davranışlar arasında; obsesif düşünceler, kompulsif davranışlar, tuhaf takıntılar, nesnelere sıra dışı bağlılıklar, kendine zarar verme davranışı ve stereotipik hareketler bulunur. Stereotipi tanım itibarıyla tekrarlayıcı, herhangi bir amaca hizmet etmeyen, alışılmadık hareketlerdir (örnek olarak; el çırpma, parmak hareketleri, sallanma veya dönme gibi), çoğu zararsız olsa da öğrenme yetisini ve işlevselliği olumsuz etkilerler.^{53, 58} Normal gelişim sürecinin bir parçası olarak sağlıklı çocuklarda da izlenebilen tekrarlayıcı davranışlar 3-4 yaş civarında kaybolurken, OSB tanılı çocuklarda ilk beş yaşta arttığı bilinmektedir.²

Çocuklar ilgi duyduğu aktivite/nesneden uzaklaştırılmak istendiğinde, rutin alışkanlıklarında değişiklikler yapıldığında direnç gösterebilir, kaygı duyabilirler. Aynıcılıkta ısrar nedeniyle öfke nöbetleri ortaya çıkabilir; çevrelerine ya da kendilerine zarar veren bu grup olasılıkla otizme eşlik eden mental retardasyonun görüldüğü hastalardır.^{2, 53, 59}

Sınırlı ilgi alanları küçük yaştaki çocuklar için bağlanma ilişkisi kurduğu farklı nesneler ve oyuncaklar olabilirken, yaş ilerledikçe ayrıntılarına hâkim olunan ve sık bahsedilen belirli konular haline gelir.⁶⁰

2.1.6. Klinik Değerlendirme

Tanı koyma ve takip sürecinde ebeveynlerden mevcut yakınmalar ile ayrıntılı gelişim öyküsü alınmalı, muayene ortamında yeterli zaman ayrılarak klinisyen çocuk ve aileyi gözlemlemeli, tanıya yardımcı olabilecek çocuğun sosyal etkileşim içeriği hakkında fikir verebilecek videolar istenmeli, ebeveyn ve öğretmenlerden geri bildirim formları alınmalı, standardize edilmiş psikiyatrik tarama ve belirti şiddetini gösteren ölçekler kullanılmalıdır.²

Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış olan bazı ölçekler arasında, tarama amacıyla kullanılan Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) ve Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT) yer alırken; otizm şiddetini belirlemek amacıyla ise Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS) kullanılmaktadır. Ayrıca, ADI-R (Otizm Tanı Görüşmesi – Gözden Geçirilmiş) ve ADOS (Otizm Tanı Gözlem Programı) gibi yapılandırılmış görüşme araçları, yurtdışında yaygın olarak uygulanmaktadır.^{2, 61}

OSB şüphesi olan her çocuk için tamamlanması gereken temel tıbbi incelemeler vardır. Ayrıntılı fiziksel muayenenin yapılması dismorfik özellikler, vücut lekelerinin incelenmesi, motor sistem muayenesi, baş çevresi ölçümünü kapsayan tam nörolojik muayene, duyuşsal anomalilerin dışlanması için işitme ve görme muayenesi, genetik inceleme açısından önerilen kromozom analizi (Array CGH) yapılması gerekliliği farklı branşların multidisipliner bir yaklaşımla bu süreçte sistematik değerlendirmesini sağlar.^{2, 33} Fiziksel muayenede karşılaşılabilecek kendine zarar verme veya kötü muameleye bağlı fiziksel yaralanma bulguları da dikkate alınmalıdır.⁶²

2.1.7. Ayırıcı Tanı

OSB ile ayırıcı tanısı yapılması gereken durumlar:

- 1-Ağır psikososyal yoksunluk
- 2-Zihinsel yetersizlik
- 3-Üstün zekalı çocuklar
- 4-Rett Sendromu
- 5-Alıcı ve ifade edici dil bozuklukları
- 6-Landau-Kleffner Sendromu
- 7-Selektif mutizm

8-Çok erken başlangıçlı şizofreni

9-Uykuda elektriksel status epileptikus olarak sıralanabilir.^{34, 63}

2.1.8. Komorbidite

Klinik araştırmalar, otizm spektrum bozukluğu tanısı konan bireylerin %70-96'sının en az bir psikiyatrik bozuklukla birlikte görüldüğünü öne sürmektedir.^{64, 65} Eşlik eden psikiyatrik sorunların doğru şekilde tanımlanması ve bu sorunlara yönelik etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, söz konusu bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve aldıkları eğitimden daha fazla fayda sağlamak açısından kritik bir öneme sahiptir.⁶³

Sıkça karşılaşılan komorbid psikiyatrik durumlar arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, duygu durum bozuklukları ve çeşitli yıkıcı davranış bozuklukları bulunmaktadır.⁶⁶ Saldırganlık ve öfke patlamaları, beslenme zorlukları, öz bakım becerilerindeki eksiklikler, duyuşal hiposensitivite veya hipersensitivite, uygunsuz cinsel davranışlar ise en yaygın bildirilen davranışsal ve işlevsel sorunlar arasında yer almaktadır.⁶⁷

Yaygın olarak görülen diğer eşlik eden tıbbi durumlar arasında epilepsi, gastrointestinal bozukluklar, diyet kısıtlamaları, gıda seçiciliği, uyku problemleri, obezite bulunmaktadır.^{66, 68-70}

2.1.9. Tedavi

Belirtilerin ve şikayetlerin görünümündeki heterojenite göz önüne alındığında her çocuk için işlevsellik düzeyi ve yetersizlik alanlarına göre, tedavinin genel ilkelerine sadık kalınarak bireyin gelişimsel özellikleri, yaşadığı problemler ailesel ve toplumsal olanaklar gözetilerek bireyselleştirilmiş özel eğitim verilmelidir.² OSB'nin temel belirtilerini hafifletmek üzere davranışsal ve eğitsel müdahaleler ön planda yer almaktadır. Etkinliğine dair en güçlü kanıtlar bulunan eğitsel yöntem, Uygulamalı Davranış Analizi (ABA) olup haftada 20-40 saat aralığında birebir seanslarla, istenen davranışları pekiştirmeyi ve istenmeyen davranışları azaltmayı hedeflemektedir.⁷¹ Yararlı olduğu çalışmalarla desteklenmiş olan diğer davranışsal ve eğitsel müdahale yöntemleri; Erken Başlangıçlı Denver Modeli, Temel Tepki Öğretimi, Gelişimsel-Bireysel İlişki Temelli Modelidir.² Özel eğitim programlarının içine konuşma ve dil terapisinin entegre edilebilmesi için gerekli koşullar: dil gelişiminin ilk ve en önemli aşaması olan ortak dikkatin oluşması, göz işareti

ve dikkatin insanlar ile nesneler arası koordine olup işaretleşmeyi takip edebiliyor olmasıdır.² OSB tanımlı çocuğı olan ailelere ve profesyonellere sunulan yaşam boyu destek ve yüksek kaliteli toplumsal danışmanlık hizmetlerinin; hayatlarını önemli ölçüde iyileştirebileceğıne dair güçlü kanıtlar sunulmaktadır.³⁴

Otizmin temel semptomları olan sosyal iletişim eksiklikleri veya tekrarlayıcı davranışların tedavisi için onaylanmış bir medikal tedavi ajanı bulunmamaktadır. Etkisi kanıta dayalı olarak gösterilmiş ilaç tedavisi bulunan hedef semptomlar arasında dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik, tekrarlayıcı davranışlar, saldırganlık, sinirlilik, kendine zarar verme davranışları ve uykusuzluk yer almaktadır.⁷² Sıklıkla kullanılan ilaç tedavisi seçenekleri antipsikotikler, psikostimülanlar ve antidepresanlardır.²

2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan ve günlük yaşantısını olumsuz yönde etkileyen dikkatsizlik ile/veya aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur.¹

Tarihsel literatür, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi semptomlar gösteren çocukların son 200 yılda çeşitli yazarlar tarafından tanımlandığını ve bu tanımlamaların klinik özellikler, kavramlar ve isimlendirmelerinin zamanla değiştiğini göstermektedir.⁷³ Terim olarak "Dikkat Eksikliği" ilk olarak 1770 yılında Dr. Weikard'ın yazdığı bir tıp kitabında yer almıştır. İskoçyalı doktor Alexander Crichton, 1798'de yayımlanan kitabının "Dikkat ve Hastalıkları Üzerine" bölümünde, dikkat sorunlarını açıklarken günümüz DSM kriterlerine benzer şekilde erken dönemde tanımlamıştır.^{73, 74} Alman doktor Heinrich Hoffmann, motor hareketliliğe vurgu yaptığı, 1844'te yayımlanan "Kıvrık Kıvrık Phillip" adlı hikayesinde, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi belirtileri betimlemiştir.⁷⁵ İngiliz pediatrist George Frederic Still, 1902'de çocuklarda dikkat eksiklikleri, hiperaktivite, dürtü kontrolü zorlukları ve duygu düzenleme sorunlarının bulunduğu klinik tabloyu "Ahlaki Yetersizlik" olarak tanımlamıştır.⁷³ Bu anormal belirti kümesi 1. Dünya Savaşı'ndan sonra epidemik ensefalit geçiren çocuklarda varlığını göstermiş, sonradan adı "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak değiştirilmek üzere başlangıçta "Minimal Beyin Hasarı Sendromu" denilmiştir.⁷⁴ Almanya'dan doktorlar Franz Kramer ve Hans Pollnow DEHB benzeri bir

sendrom tanımlayarak DSÖ tarafından kabul edilecek olan ‘Hiperkinetik Bozukluk’ tanımını kazandırmışlardır.²

Sınıflama sisteme girişi 1968’de, DSM-II ile ‘Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu’ adı alarak olmuş, 1980 yılında DSM-III’ e ‘Dikkat Eksikliği Bozukluğu’ adıyla hiperaktivite görülen ve görülmeyen olarak iki alt gruba ayrılmıştır. İlk kez 1987 yılında DSM-III-R’de ‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’ ismi kullanılmıştır. DSM-IV’te tanıya ait alt tipler dikkatsiz, hiperaktif/dürtüsel ve kombine olmak üzere üçe ayrılırken; tanı başlık olarak ‘Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar’ grubundaki ‘Yıkıcı Davranış Bozuklukları’ başlığında yer almıştır.^{76, 77}

2013 yılında DSM-5’te birtakım değişiklikler yapılmıştır. Hastalık, ‘Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Kontrol ve Davranış Bozuklukları’ başlığından ‘Nörogelişimsel Bozukluklar’ başlığına taşınmıştır. Belirtilerin başlangıç yaşı 7 yaş öncesi diye açıklanırken, 12 yaş öncesi olacak şekilde düzenlenmiştir. Üç alt tip terimi yerine ‘klinik görünüm’ ifadesi kullanıma geçmiştir. Dikkatsizlik, aşırı hareketlilik/dürtüsellik boyutlarındaki 9 belirtiden 6’sının varlığı tanı koydururken, 17 yaş sonrasında 5 belirti yeterli sayılmıştır. DSM-5 itibarıyla ‘Otizm Spektrum Bozukluğu’ ile bir arada DEHB tanısı konulabilecektir.¹

2.2.2. Epidemiyoloji

DEHB’ nin yaygınlığını araştırmak üzere dünya genelinde yapılan pek çok çalışmada bu oranın %0,2 ile %27 arasında değişkenlik gösterdiği görülmüştür.⁷⁸ 2007’de yayımlanmış dünya çapındaki geniş örneklemli bir meta analizde prevalans %5,29 iken; beş yıl aradan sonra güncellenen meta-analiz ile %5,9-7,1 olarak sonuçlanmıştır.² Çalışmaların metodolojik farklılıklarının sonuçları bu şekilde etkilemiş olabileceği öne sürülmüştür.⁷⁸⁻⁸⁰ Willcutt ve ark.’nın meta-analizine göre, klinik başvurularda kombine tip DEHB daha yaygınken, toplum tabanlı çalışmalarda dikkat eksikliği baskın tip daha sık görülmektedir.⁸⁰

Cinsiyet açısından DEHB sıklığına bakıldığında; toplum tabanlı çalışmalarda erkek/kız oranı 1/1 ile 3/1 arasında değişirken, klinik çalışmalarda bu oran yaklaşık 9/1’dir.⁸¹ Erkek cinsiyette her üç alt tip de kızlara kıyasla daha sık bulunmuş; kız cinsiyette dikkat eksikliği baskın tip daha sık görülmüştür.⁸¹ Bu farkın, kızlarda dikkat eksikliği semptomlarının daha

belirgin olup davranışsal sorunların daha az görülmesi nedeniyle tedaviye başvuru oranlarının daha düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.⁸²

Ülkemizde geniş bir çocuk örneklemini alınarak Ercan ve arkadaşlarının yaptığı prevalans çalışmasında DEHB ve eşlik eden patolojilerin sıklığı araştırılmış. DEHB prevalansı işlevsellikte bozulma olmadan %19,5; işlevsellikte bozulma ile %12,4 olarak belirlenmiştir. Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu dışındaki psikiyatrik eş tanılar benzer oranlarda görülmüş, bu iki hastalığın işlevsellikteki bozulmayı önemli ölçüde artırdığı sonucuna varılmıştır.^{83, 84}

2.2.3. DSM-V DEHB Tanı Kriterleri

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

1) Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı ay sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmancıl tutumun yahut 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 veya etkinlikler sırasında yanlışlar yapar.

b) Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c) Çoğu kez, doğrudan kendine 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 yahut etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.

h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.

i) Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkandır.

2) Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (veya daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.

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

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

B) On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik yahut aşırı hareketlilik- dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C) Birkaç dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

D) Bu belirtilerin, toplumsal, okulla yahut işle ilgili işlevselliği bozduğuna veya 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 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/dürtüsellüğün 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 yahut 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 veya işlevsellikteki bozulma "ağır olmayan"la "ağır" arasında orta bir yerdedir.

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

2.2.4. Etiyoloji

DEHB'ye dair bugüne kadar yapılmış pek çok araştırma olmasına rağmen etyolojisi aydınlatılabilmemiş değildir. Genetik riskler, çevresel etkenler, yapısal beyin farklılıkları, bilişsel ve motivasyonel farklılıklar DEHB'li bireylerde gözlenen klinik heterojeniteye katkıda bulunur ve bu faktörler, bozukluğun ortaya çıkmasında en önemli etkenler olarak görülmektedir bozukluğa sebep olan en önemli faktör gibi gözükmemektedir.²

2.2.4.1. Genetik Etkenler

Etiyolojinin genetik temelini açıklamak üzere *davranışsal gen çalışmaları* ve *moleküler gen çalışmaları* literatüre önemli katkılar sunmaya devam etmektedir.⁸⁵

Pek çok ikiz çalışması, DEHB'nin kalıtılabilirliğinin %76 civarında olduğunu göstermiştir; bu yükseklikteki bir oran, şizofreni ve otizmle benzer kalıtılabilirlik düzeyindedir.⁸⁶ Aile öyküsü olmayan koşullarda DEHB görülme sıklığının %5-10 kadar olduğu, tanının varlığında kardeşte hastalığın görülme sıklığının %50, kuzende görülme sıklığının %25 civarında olduğu belirtilmektedir.⁸⁷

Moleküler genetik çalışmalar başlangıçta tedavide kullanılan ilaçlardan yola çıkarak, dopaminerjik ve noradrenerjik iletim yollarının hedef alındığı potansiyel genleri belirlemeye öncelik vermiştir.⁸⁸

Meta-analiz çalışmalarıyla gösterilen genler ; dopamin D4 reseptör geni (DRD4, 48 bp değişken sayıda tandem tekrarı [VNTR] ile güçlü bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir), dopamin D5 reseptör geni (DRD5, 148 bp mikrosatelit belirteci), dopamin beta-hidroksilaz geni (DBH, 5' taq1 A aleli), sinaptosomal ilişkili protein 25 geni (SNAP-25, T1065G tek nükleotid polimorfizmi [SNP]), serotonin taşıyıcı geni (SLC6A4, promotör bölgesinde 44 bp'lik ekleme/silme [5-HTTLPR]) ve serotonin 1B reseptör (HTR1B, G861C SNP) genidir.⁸⁹ SLC6A3 geninde yer alan, 9 ve 10 tekrarlı iki farklı alel (9R ve 10R) vardır. Araştırmalar, 10R alelinin genç bireylerde DEHB ile ilişkilendirildiğini, 9R alelinin ise yetişkinlerde DEHB ile bağlantılı olduğunu göstermektedir.⁸⁸ Bozuklukla ilişkili olduğu bulunan diğer genler, Monoaminooksidaz (MAO)-A ve B, Katekol-O-Metil Transferaz (COMT) ile tirozin hidroksilaz genleridir.⁹⁰

2.2.4.2. Nöroanatomik ve Nörofizyolojik Etkenler

Yapılan çalışmalarda normal gelişim gösteren bireylerle karşılaştırıldığında, DEHB'li çocuk ve yetişkinlerde toplam beyin hacmi ve toplam gri cevher hacminin %3-5 oranında daha az olduğu gösterilmiştir.⁹¹⁻⁹³ Hacimsel etkilenimin özellikle frontal lobun prefrontal alanında daha belirgin olmak üzere tüm beyin loblarında görüldüğü ortaya konmuştur.⁹² DEHB'li beynin korteks dışı alanlardaki hacim kaybı, prefrontal bölge, sağ hemisfer, korpus kallosum, splenium, sağ kaudat nükleus ve serebellar vermişte olmak üzere çalışmalarda birbiriyle tutarlı olarak bildirilmiştir.⁹⁴

Boylamsal araştırmalar sayesinde, DEHB'li bireylerde yaş arttıkça yetişkinlikte, striatumda belirgin olmak üzere gri cevherdeki hacimsel defisit kaybolmaya meyilli olduğu bulgusu elde edilmiştir.^{95, 96} DEHB'li çocuklarda, zirve kortikal kalınlık ve yüzey alanına ulaşma süresinin ortalama 2-5 yıl geciktiği ve bu gecikmenin en belirgin olarak frontal, superior temporal ve parietal alanlarda olduğu gözükmektedir.^{96, 97}

Cortese ve ark. tarafından yapılan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) çalışmalarının yer aldığı bir meta-analizde, DEHB tanılı hastalarda kontrollere göre sağ hemisferde baskın olmak üzere anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, parietal korteks, bazal gangliyonlar ve talamusta hipoaktivasyon varlığı

tespit edilmiştir.⁹⁸ Bir meta-regresyon analizine göre sağ dorsolateral prefrontal korteks aktivitesi ilaç kullanmayan hastalarda azalmış, ancak uzun süreli stimulan ilaç tedavisi gören hastalarda kontrollerle karşılaştırıldığında normal olduğu gösterilmiştir. Sonuçlar, uzun süreli psikostimulan tedavinin bu prefrontal bölgenin fonksiyonunda potansiyel bir normalleşme etkisi oluşturabileceğini düşündürmektedir.⁹⁹

2.2.4.3. Çevresel Etkenler

Vaka-kontrol çalışmaları ve epidemiyolojik araştırmalara göre DEHB ile ilişkili olabilecek prenatal ve perinatal faktörler, çevresel toksinlere maruziyet, psikososyal etmenler, beslenme alışkanlıkları gibi pek çok çevresel etken ortaya konmuştur.⁸⁶

Prenatal ve perinatal faktörlerden riskli bulunan etkenler; gebe iken annenin sigara, alkol, madde kullanımı, gebelikte annenin antidepresan ilaç, parasetamol kullanımı, stresli ve kaygılı bir gebelik süreci geçirilmesi, prematür doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek olmasıdır.^{86, 100-102}

Gebelikte veya erken çocukluk döneminde maruz kalınan toksinlerden kurşun, poliklorlu bifeniller ve organofosfat pestisitler suçlanan ajanlardandır.⁸⁶ Beslenme alışkanlıkları ve DEHB ilişkisine bakılan bir meta analizde katkılı gıda maddeleri, doymuş yağ, işlenmiş gıda ve rafine şeker tüketimi DEHB riskine yönelik zayıf kanıtlar sunmuş; sağlıklı beslenme kalıplarının (az işlenmiş gıda, bitkisel ağırlıklı) ise DEHB riski azalttığı gözlemlenmiştir.¹⁰³

Düşük sosyoekonomik düzey, aile içi olumsuz olaylar, düşmancıl ebeveyn tutumu gibi psikososyal risk unsurları başka psikiyatrik bozukluklar için güçlü bir nedensellik ilişkisi gösterse de DEHB'nin kanıtlanmış nedenlerinden ziyade, DEHB ile ilişkili bulunmuştur.^{104, 105} Erken dönemde fiziksel ve duygusal ihmal ile ilişkilendirilebilecek olan ebeveyn yoksunluk ve evlat edinilmiş olma durumu, bu çocuklarda görülen DEHB belirtileri sebebiyle etyolojideki yerini düşündürmektedir.^{106, 107}

2.2.5. Klinik Görünüm

DEHB, erken çocukluk döneminde belirti göstermeye başlayan, bireyin hayatı boyunca etkisini sürdüren nörogelişimsel bir rahatsızlıktır.¹⁰⁸ Klinik görünümdeki heterojenite yaşa bağlı birtakım değişiklikler nedeniyle dönemsel öne çıkan semptomlarla karakterizedir.¹⁰⁹

Okul öncesi dönem DEHB klinik görünümünde konuşma gecikmesi, konuşma bozuklukları, agresif tutumlar, öfke nöbetleri, saldırgan ve zarar verici davranışlar, okul

öncesi eğitimde uykuya direnç ve otoriteye karşı gelme hali, zayıf akran ilişkileri, sık kaza geçirme, gözetilmeye ihtiyaç duyma durumları belirgindir.^{110, 111}

Okul dönemi, yardım arayışı için kliniğe başvurunun en sık olduğu dönemdir.⁷⁴ Çevreyle sosyal anlamda uyumun kurulması, akademik olarak ilerlemenin sağlanması DEHB'li çocukların bu dönemde zorlandıkları alanlardır.¹¹² Dikkatin sürdürülememesi; görevlerden kaçınma, keyif alınan etkinliklere katılmaya istekli olma, ödevlerin zamanında yapılmaması, basit dikkat hatalarının varlığı ile karşılaşılmasına yol açar.¹¹³ Belirtiler sebebiyle ev, okul, sosyal alandaki işlevselliğin bozulması komorbid hastalıkların tabloya eklenmesine sebep olmaktadır.¹¹⁴

Çocukken tanı almış hastalarla yapılan takip çalışmalarına göre %65-85 oranında ergenlikte DEHB belirtilerinin devam ettiği gösterilmiştir.¹¹⁵⁻¹¹⁷ Ergenlikte azalan hiperaktivite yerini dikkat dağınıklığı ve içsel huzursuzluğa bırakmaktadır.¹¹⁸ Dürtü denetimi ve duygu regülasyonunda yaşanan zorluklar riskli eylemlerde bulunma, yasadışı madde kullanma, okuldan kaçma, aile ve yaşıt ilişkilerinde çatışmalar yaşama ihtimalini artırmaktadır.^{74, 119}

2.2.6. Klinik Değerlendirme

Değerlendirme, klinisyenin çocuk/ergen ve bakımveren ile yaptığı görüşmede, ayrıntılı gelişimsel ve tıbbi öykünün alındığı, çocuk/ergenin öğretmenlerinden bilgi edinildiği, eşlik eden hastalıkların varlığının incelendiği, gerekli durumlarda ek tetkiklere başvurulduğu bir süreci kapsamakta ve klinik olarak konulmaktadır.⁷⁴

Ülkemizde yardımcı tanı koyma araçları olarak kullanılan ölçeklerden ‘Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay ölçeği)’ tanı ve tedavi izleminde yararlıdır. Ayrıca bu ölçekte DEHB ile komorbiditesi fazla görülen karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu tanıları belirtileri de sıralanmıştır. Bir diğer ölçek olan ‘Ercan Okul Öncesi Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği’ okul öncesi döneme ait DEHB belirtilerini taramak amacıyla geliştirilmiş ebeveynlerin tamamladığı bir ölçektir.² Kullanılan diğer yardımcı tanı ölçekleri : Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa form, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form, Conners Ana-Baba Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form, SNAP- IV (DEHB değerlendirme için belirti listesi)’tür.

2.2.7. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanı yapılırken göz önünde bulundurulması gereken psikiyatrik tanılara öğrenme güçlüğü, mental kısıtlılıklar, otizm spektrum bozukluğu, depresyon, uyum bozukluğu, kaygı bozuklukları, davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, tik bozukluğu örnek verilebilirken; organik patolojilerden işitme ve görme anomalileri, kafa içi tümör (frontal lob tümörü), epilepsi, toksin maruziyeti, tiroit fonksiyon bozuklukları, çeşitli medikal ajanların (steroid, semptomimetik, fenobarbital) kullanımı sayılabilir.¹²⁰

2.2.8. Komorbidite

DEHB tanısına %60-80 oranında psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği gösterilmiştir.⁷⁴ Ortak görüş şudur ki DEHB'ye eşlik eden hastalıkların bütünüleyici tedavisinin sağlanmaması, tedaviye geç başlanması gidişatı olumsuz etkilemektedir.²

4-17 yaş arası çocuk ve ergenlerin dahil edildiği Danimarka'da yapılan bir araştırmada, DEHB'ye eşlik eden hastalıklar belirlenmiştir. %16,5 oranla en sık davranış bozuklukları ile beraberlik olduğu bunu takiben sırayla dil, öğrenme ve motor gelişim bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, zihinsel engellilik eşlik ettiği bildirilmiştir.¹²¹

Klinik pratikte, eşlik eden bozukluğu tanıyabilmek için tam tanı kriterleri karşılanmadığı durumlarda bile saf DEHB olgusuna rastlamak nadiren mümkündür. Nörogelişimsel bozukluğa sahip bireylerin zorlukları nedeniyle tanımlaması zor olan eşlik eden eşik altı semptomatolojiye gelişimsel, davranışsal, psikiyatrik olarak geniş çerçeveden bakılmalı ve dikkate alınmalıdır.¹²²

2.2.9. Tedavi

Kılavuzlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisi için önerilen psikoeğitim, medikal tedavi, bireysel, grup, aile okul temelli eğitsel ve davranışsal müdahalelerin bir arada olduğu bütüncül yaklaşımdır. En önemli basamak ise ilaç kullanımıdır.⁷⁴

Cortese ve ark.'nın yaptığı güncel bir meta-analizde psikostimülan grupta yer alan metilfenidat çocuk ve ergenler, amfetaminler ise erişkinler için etkinlik ve tolere

edilebilirlik açısından tedavide birinci basamak ajanlar olarak bildirilmiştir.¹²⁴

Nonstimülan grupta yer alan atomoksetin, stimülanların aksine beynin subkortikal bölgelerinde dopamin artışına yol açmadığı için DEHB'ye komorbid tik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları ve psikotik bozukluklarda tercih edilir.¹²⁵ Monoterapiye yanıt vermeyen hastalarda stimülanlarla birlikte atomoksetin veya $\alpha 2$ -adrenerjik agonistlerin (klonidin, guanfasin) kullanımına dair fayda olduğu bilinmekte fakat kardiyovasküler sistemdeki nabız ve tansiyon değişiklikleri üzerine etkileri nedeniyle dikkatli olunmalıdır.¹²² Tedavide onay almamış olsalar da etkinliği gösterilen ve kullanılan ajanlardan diğerleri ise trisiklik antidepressanlar, modafinil, bupropiondur.¹²²

Davranışsal aile terapileri ve sosyal beceri eğitimleri ek sık kullanılan nonfarmakolojik tedavi yaklaşımıdır.¹²⁶ Okul öncesi DEHB olgularında davranışsal yöntemlerin ilaç tedavisine üstünlüğü gösterilmiştir.¹²⁷ Düzenli egzersiz yapmanın uzun vadede DEHB semptom şiddetini azalttığı ifade edilmiştir. Diyet içinde vitamin mineral destekleri, esansiyel yağ asitleri kullanımı, akupunktur, meditasyon gibi ek yöntemlerle ilgili tartışmalı bulgular mevcuttur, ileri araştırmalara gerek vardır.²

2.3. DAMGALAMA

2.3.1. Damgalama Tanımı ve Bileşenleri

Damga, kelime anlamı olarak toplumsal açıdan itibarsız, değersiz görülme ve düşük statü ile ilişkilendirilmiş bir tanımdır.¹²⁸ Kelime kökeni eski Yunan toplumunda kölelerin değersiz olduklarını belirtmek üzere kullanılan bir işaret anlamındaki 'stizein' dan gelmektedir.¹²⁹ Kavramsallaşmasına öncülük eden Goffman tarafından damgalama; 'kişinin gözden düşürülmesine yol açan ayırt edici bir özelliğinin etiket olarak bireye eklendiği sosyolojik durum' şeklinde tanımlanır.¹³⁰

Damgalamanın bileşenleri yazarlara farklı şekillerde tanımlanmıştır. 3 temel başlık altında kalıp yargılar (stereotypes), önyargı ve ayrımcılık bileşenleri benimsenmiştir.¹³¹ Link ve Phalen'a göre etiketleme, kalıp yargı, ayırma, statü kaybı ve ayrımcılık olarak belirtilmiştir.¹³²

Toplum içinde ruhsal hastalığa sahip olan insanların, fiziksel hastalığa sahip olanlara göre daha çok damgalandığı; ruhsal hastalığı olanların var olan durumu aslında kontrol edebilir oldukları görüşünün benimsendiği bildirilmiştir.¹³³

2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalanma

Damgalanan bireylerin, toplum tarafından kabul görmemeyi onaylamasına, kendilerine yöneltilen damgalayıcı görüşleri ve maruz kaldığı durumu benimsemesine içselleştirilmiş damgalanma denir.¹³⁴

Yaşanılan bu durumun sonuçları olarak düşük benlik saygısı, azalmış öz yeterlik, kötü sosyal işlevsellik, eşlik eden depresyon varlığı görülmüştür.¹³⁵ Literatürde yer alan 45 çalışmadan yola çıkan bir meta-analizde içselleştirilmiş damgalanma düzeyiyle olumlu psikososyal değişkenler olan umut, özsaygı, özyeterlik, yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir.¹³⁶

Damgalanma algısı nedeniyle soyutlanan ve toplumsal etkileşimden kaçınan hastalar eski işlevselliklerini sürdürememekte, bunun sonucunda da daha fazla damgalanma meydana gelmektedir.¹³⁷ Ayrıca içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça psikiyatrik belirti şiddetinin arttığı, tedavi uyumunun bozulduğu, sağlık hizmetlerinden faydalanımın azaldığı bilinmektedir.¹³⁸

2.3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İçselleştirilmiş Damgalanma

2019 yılında Türkiye’de içselleştirilmiş damgalanma düzeyini çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran hastalar ve ebeveynlerinde karşılaştırmak amacıyla bir çalışma yapılmış; katılan çocuklar ve ebeveynlerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi benzer bulunmuştur. Kültürel normların etkisiyle ailenin, toplumdan önce hem kendisini hem de çocuğunu damgalaması, çocukların bu damgalamayı içselleştirmesini kolaylaştırmakta ve pekiştirmekte yorumu yapılmıştır.¹³⁹

Damgalama ve OSB birlikteliğine dair literatürde çocuk ya da ergenlerde hissedilen içselleştirilmiş damgalanmaya dair çalışmaya rastlanmamıştır. Bu alanda daha çok ebeveynlerin otizmlili çocuğa sahip olması nedeniyle toplumun yönelttiği damgalamayı kabul ettikleri görülmüştür. Araştırmalar, ebeveynin içselleştirilmiş damgalanma yaşamasının çocuğa ve ebeveyne etkilerini tartışmak üzere bireysel, psikolojik, sosyal etkileri ve tedavi sürecine yansıma şekli üzerinden planlanmıştır. Ebeveyni model olarak yetişen çocukta ebeveynin ruhsal hastalığa yönelik tutumları, çocukların içselleştirilmiş

damgalanma algısına zemin hazırlayabileceğinden, anne baba temelli çalışmalar da önem arz etmektedir.

Otizm spektrum bozukluğunun geniş yelpazesi içinde ailelerin maruz kaldığı damgalanmanın düzeyi, otizme bağlı belirtilerin şiddeti ve işlevsellikte bozulma düzeyine göre değişkenlik göstermektedir.¹⁴⁰ Ebeveynlerin sürekli ve yoğun stres yaratan davranışsal zorluklarla karşı karşıya kalması, psikolojik esenliği sağlama ve başa çıkma becerileri üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır.¹⁴¹ Çocuğunda otizme özgü zorluklar belirgin olan annelerde, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin depresyon ve anksiyete belirtileriyle pozitif yönde ilişkilendirildiği bulunmuştur.¹⁴² Fiziksel olarak tipik gelişim gösteren yaşlıları gibi görünen Asperger sendromlu çocuklar, düşük işlevli otizmlili çocuklarla benzer şekilde, sosyal açıdan uygunsuz tepki ve davranışlar gösterdiğinde daha çok damgalanmakta ve aileler de daha fazla stres ve depresyon yaşayabilmektedir.¹⁴³

DEHB tanılı çocukların toplum tarafından damgalanmakta olduğu hem akranları hem aileleri tarafından reddedildiği çalışmalarla desteklenmiştir.^{144,145} Birleşik Krallık'ta 2010 yılında DEHB tanılı gençlerle DEHB ve stimülan kullanımına dair yapılan nitel bir çalışmanın bulgularına göre; katılımcılar tanı nedeniyle zorbalığa uğramış, 'uyuşturucu bağımlısı, tablet çocuk' gibi lakaplara maruz kalmıştır. Okulda ilaç alma durumunda ifşa edilmiş olmalarının kendilerini olumsuz algılamaya, düşük özgüven ve özsaygıya yol açtığı bildirilmiştir. DEHB tanılı bu gençler; akranları, öğretmenleri ve akranlarının ebeveynlerinin empatiden yoksun ve anlayışsız tutumları nedeniyle görmezden gelindiklerini hissetmişlerdir.¹⁴⁶ Kendall ve ark.'nın DEHB tanılı çocuk ve ergenlerle günlük yaşamlarındaki deneyimlerine ilişkin algılarını anlamak için planladıkları yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda; bazılarının kendi kimliklerini DEHB ile tamamen özdeşleştirdiği ve çevreden duydukları olumsuz yorumları benimseyerek kendilik algılarının olumsuz etkilendiği gösterilmiştir.¹⁴⁷ Bir başka çalışmada DEHB'li çocukların kendi algıladıkları akademik başarı düzeyleri ile DEHB tanısı almamış çocukların başarı düzeyi karşılaştırması arasında fark bulunmamıştır; bu durum çocukların DEHB'nin sosyal etiketlenmesini içselleştirmesinin aksine akademik alanda özgüvenlerinin korunduğu şeklinde yorumlanmıştır.¹⁴⁸

2.4. YAŞAM KALİTESİ

2.4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşam kalitesi; kapsamlı bir kavram olarak DSÖ tarafından bireyin içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi bağlamında, kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkili olarak yaşamındaki konumunu algılayış biçimi olarak tanımlanır.¹¹ Bireyin iyi oluş halini, geniş bir yelpazede fiziksel sağlığı, özgürlük düzeyi, psikolojik iyi oluşu ile sosyal ve çevresel yaşantılara uyumunu da kapsayacak şekilde çok boyutlu bir kavram olarak ifade eder.

2.4.2. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Kalitesi

Otizm spektrum bozukluğunun doğasında bulunan temel özelliklerin, sosyal ve iletişimsel zorluklarla birlikte atipik davranış örüntüleriyle birleştiğinde, genellikle zayıf sosyal uyuma yol açtığı bilinmektedir.

OSB ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların büyük bir kısmı, OSB tanılı çocukların ebeveynlerine odaklanmakta; çocukların kendi yaşam kalitesini değerlendiren çalışma sayısı sınırlı kalmaktadır. Mevcut bulgular, OSB'li çocukların fiziksel sağlık, ruhsal sağlık ve genel yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğunu ortaya koymaktadır.^{149, 150}

Otizm, Asperger Sendromu ve BTA-YGB tanılı çocuklarda, ebeveyn bildirimi temelinde elde edilen yaşam kalitesi puanları, kronik hastalığı olan çocuklarla karşılaştırıldığında; sosyal işlevsellik alanında daha düşük düzeyde bulunmuş, ancak fiziksel sağlık ve okul işlevselliği alanlarında iki grup arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir.¹⁵⁰ Bastiaansen ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada ise, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almış çocukların öz-bildirimlerine dayalı yaşam kalitesi puanlarının; dikkat eksikliği ve davranım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve herhangi bir tanı almamış bireyler gibi diğer tanı gruplarıyla karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır.¹⁵¹

Yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuklar ile tipik gelişim gösteren çocukların yaşam kalitesi; zekâ düzeyi, erken dil gelişimi, otizm belirtileri ve yürütücü işlevlerle ilişkilendirilerek karşılaştırılmıştır. Araştırma, OSB tanılı çocukların

yaşam kalitesinin tüm boyutlarda daha düşük olduğunu ve bu düşük yaşam kalitesinin, otizm belirtilerinin şiddeti ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalarla anlamlı bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur.¹⁵²

Yaşam kalitesinin tanımı gereği OSB tanıılı bireyleri olumsuz etkileyebilecek sağlıkla ilişkili faktörleri de değerlendirmek gerekir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de gerçekleştirilen geniş ölçekli ulusal bir anket çalışmasında, OSB tanıılı çocukların ebeveynleri, çocuklarının kontrol grubundaki akranlarına kıyasla daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete belirtileri, davranışsal sorunlar ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik eş tanılar sergilediğini bildirmiştir. Bununla birlikte, solunum yolu, deri ve gıda alerjileri gibi alerjik rahatsızlıkların da OSB'li çocuklarda kontrol grubuna kıyasla daha yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır.¹⁵³

Çocukluk çağında başlayan DEHB; tanısal belirtilerinin yanında eşlik eden psikiyatrik eş tanılar, duygu düzenleme güçlükleri, sosyal ilişki sorunları, akademik ve mesleki başarı düşüklüğü, toplumsal damgalama ve zorbalığa maruziyet, suça karışma ve intihar girişimleri gibi pek çok olumsuz psikososyal durumla karşımıza gelen, yaşam kalitesini etkilediği bilinen, sık görülen nörogelişimsel bir bozukluktur.¹²²

Pediatric Yaşam Kalitesi Envanteri (ÇİYKÖ) kullanılarak yapılan 2010 ve 2022 yıllarını kapsayan yayınların tarandığı güncel bir meta-analizde DEHB ile yaşam kalitesi ilişkisi incelenmiştir. Geçmiş meta analizlerle tutarlı olarak hem çocukların hem de ebeveynlerin, DEHB tanıılı çocukların yaşam kalitesini, DEHB tanısı olmayan çocuklara göre daha düşük olarak değerlendirdiği görülmüştür. Bu durum, özellikle psikososyal (sosyal, duygusal, okul) alanlarda belirgin hal almıştır. Çocuk ve ebeveyn bildirimleri arasındaki fark; ebeveynler, çocuklarının yaşam kalitesini çocukların kendilerinin bildirdiğinden daha düşük olarak raporlamışlardır.¹⁵⁴

Avrupa genelinde yürütülen prospektif ve gözlemsel ADORE çalışmasının verilerine dayanarak yapılan bir araştırmada, DEHB tanıılı çocukların yaşam kalitesini etkileyen demografik, ailesel ve klinik faktörler incelenmiştir. Bulgular, düşük yaşam kalitesinin dikkat eksikliği, hiperaktivite-dürtüsellik, davranış ve akran ilişkilerinde yaşanan sorunlar gibi klinik; ebeveynin sağlık sorunları, gebelikte sigara kullanımı ve parçalanmış aile yapısı gibi ailesel faktörlerle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.¹⁵⁵

Medikal tedavinin etkileri incelendiğinde, yaygın olarak kullanılan metilfenidatın DEHB'li çocuklarda akademik başarı ve duygusal iyilik hali üzerinde olumlu sonuçlar

sağladığı anlaşılmaktadır.¹⁵⁶ Ayrıca, çocuk ve ergen DEHB olgularında hem stimulan kullanımı hem de atomoksetin kullanımının yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiği birçok çalışmada ortaya konmuştur.¹⁵⁷⁻¹⁶⁰

2.5. İŞLEVSELLİK

2.5.1. İşlevsellik Tanımı

Uluslararası İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlık Sınıflandırması (ICF)’ye göre işlevsellik, bireyin sağlık durumu ile bağlantılı olarak, beden yapıları ve işlevleri, bireysel aktiviteleri ve toplumsal katılım düzeyleriyle tanımlanır.¹⁸ Bu çerçevede işlevsellik, yalnızca bir hastalığın ya da engelin varlığıyla değil, bireyin günlük yaşamındaki performansı ve bu performansı etkileyen çevresel ve kişisel faktörlerle birlikte ele alınır.

ICF’ ye göre işlevsellik üç temel bileşenden oluşur:

Beden İşlevleri ve Yapıları: Fizyolojik ve psikolojik işlevler ile anatomik yapılar.

Aktivite: Bireyin belirli bir görevi ya da eylemi yerine getirme kapasitesi.

Katılım: Bireyin yaşamın farklı alanlarına (eğitim, sosyal yaşam, iş vb.) dahil olma durumu.

Ayrıca, çevresel faktörler (aile, sosyal destek, fiziksel çevre) ve kişisel faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi) işlevsellik düzeyini etkileyen önemli etmenlerdir.

Yaşam kalitesi ve işlevsellik kavramları birbiriyle ilişkili olmakla birlikte, değerlendirme biçimleri açısından farklılık gösterir. Yaşam kalitesi, bireyin kendi fiziksel ve psikososyal beklentileri doğrultusunda yaşamını nasıl algıladığına dair öznel bir değerlendirmedir. Buna karşılık işlevsellik, bireyin toplumsal ve çevresel ölçütlere göre görev ve sorumluluklarını ne ölçüde yerine getirebildiğini ortaya koyan daha nesnel bir göstergedir.¹⁶¹

2.5.2. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İşlevsellik

İşlevsel beceriler otizm spektrum bozukluğunda çoğunlukla bozulmuş olarak karşımıza gelir. OSB’li bireylerin sosyal beceri eksikliği ve yürütücü işlevlerdeki zorluklar nedeniyle öğrenme, organizasyon ve bilgiyi farklı bağlamlara genelleme süreçlerinde güçlük yaşadığı görülmektedir.¹⁶² Zekâ düzeyine göre ortalama ve üzeri bilişsel kapasiteye sahip olanlarda,

bilişsel yetenek ile uyumsal işlevsellik düzeyi arasında belirgin bir uyumsuzluk gözlenmektedir. Klin ve ark.'nın da ortaya koyduğu üzere, bu uyumsuzluk, bireylerin öğrendikleri bilgileri günlük yaşama aktarmakta zorlanmalarına ve temel yaşam becerilerini bağımsız bir şekilde sürdürememelerine neden olmaktadır.¹⁶³ Tedavi arayışındaki 16–25 yaş arası otistik bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, otizm belirti şiddeti ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır. Bulgular, bu yaş grubunda ruh sağlığı sorunlarının işlevsel becerilerle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymakta ve bütüncül değerlendirme yaklaşımlarının önemini vurgulamaktadır.¹⁶⁴

DEHB, çocukluk ve ergenlikten itibaren sosyal ilişkiler, akademik başarı ve mesleki işlevsellik gibi birçok alanda bozulmaya neden olarak bireylerin yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliğini olumsuz etkiler. Akademik işlevsellik açısından, dikkat eksikliği alt boyutunun her gelişim döneminde belirleyici olduğu; sosyal ve davranışsal işlevsellikte ise erken ve orta çocuklukta hiperaktivite-dürtüsellik daha etkili olduğu gösterilmiştir. Ergenlik döneminde ise bulgular tutarsızdır.^{165–168} Farmakolojik tedaviler genellikle uzun süreli uygulanmakta ve çocuk ile yetişkinlerde semptom kontrolü ve genel işlevsellik açısından etkili bulunmaktadır. Ancak sistematik derlemelere göre, uzun dönemli ilaç kullanımı dikkat ve dürtüsellik semptomlarını azaltmasına rağmen, sosyal işlevsellik, akademik başarı, istihdam durumu ve eş tanılar gibi alanlardaki etkileri sınırlı ve tutarsızdır.¹²²

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmadan önce araştırmacı tarafından çocuklara ve ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmak için onay veren ve dahil edilme kriterlerine uyan ebeveynlerden ve okuma-yazma bilen tüm çocuklardan gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alınmıştır. Çalışma, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2024/452 proje numarası ve KÜ GOKAEK-2024/20/03 karar numarası ile 05.12.2024 tarihinde onaylanmıştır.

3.1. Örneklem

Bu araştırmanın örneklemine, iki ayrı nörogelişimsel hastalık grubu olan OSB ve DEHB tanısı almış ergen bireyler oluşturmaktadır. Örneklem grubunu, Ocak 2025 ile Mart 2025 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve izlemde olan, cinsiyet ve yaş dağılımı açısından eşleştirilmiş, 35 OSB ve 35 DEHB tanılı olmak üzere toplam 70 ergen birey oluşturmaktadır.

OSB grubuna, WISC-R/WISC-IV zeka testlerinden 70 ve üzeri puan almış, yüksek işlevli olarak sınıflandırılan bireyler dahil edilmiştir. Aynı şekilde, DEHB grubuna da zeka testi puanı 70 ve üzeri olan bireyler seçilmiştir. Tüm tanılar, DSM-5 tanı ölçütlerine uygun olarak, çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından klinik değerlendirme ve izlem süreçleri sonucunda konulmuştur.

Katılımcıların bir bölümü daha önceden poliklinik takibine alınmış, diğer bölümü ise çalışma döneminde ilk kez başvurarak tanı almış bireylerden oluşmaktadır. Her iki gruptaki katılımcıların yaş aralığı 13-18 olarak belirlenmiştir.

3.1.1. Örneklemenin Seçimi

OSB Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri;

- DSM-5 tanı kriterlerine göre otizm spektrum bozukluğu tanısı almış, 13-18 yaş aralığında ergen olması

- Zekâ düzeyinin WISC-R/WISC-IV testi ile 70 puan ve üzerinde olması
- Çalışmaya dahil olan ebeveynde okur yazarlık olması ve ölçekleri tamamlayabilecek yeterlilikte olması
- Ebeveynde bilinen psikoz, duygudurum bozukluğu, zihinsel engellilik tanılarının olmaması
- Hasta ve ebeveyninin çalışmaya katılmak için gönüllü olması ve onam formunu imzalaması

OSB Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri;

- Olguda psikotik bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, psikotik depresyon gibi ağır psikopatolojilerin bulunması
- Olguda iletişimi bozacak düzeyde işitme ve/veya konuşma engelinin bulunması

DEHB Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri;

- DSM-5 tanı kriterlerine göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış, 13-18 yaş aralığında ergen olması
- Zekâ düzeyinin WISC-R/WISC-IV testi ile 70 puan ve üzerinde olması
- Çalışmaya dahil olan ebeveynde okur yazarlık olması ve ölçekleri tamamlayabilecek yeterlilikte olması
- Ebeveynde bilinen psikoz, duygudurum bozukluğu, zihinsel engellilik tanılarının olmaması
- Hasta ve ebeveyninin çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu imzalaması

DEHB Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri;

- Olguda psikotik bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, psikotik depresyon gibi ağır psikopatolojilerin bulunması
- Olguda iletişimi bozacak düzeyde işitme ve/veya konuşma engelinin bulunması

3.2. Yöntem

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan katılımcı ve ebeveynlere poliklinik kontrolüne geldiklerinde araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alınmıştır. Katılımcılar ve ebeveynleri ile ayrı olarak görüşme yapılmıştır.

Tüm katılımcıların ebeveynlerinden araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan Sosyodemografik Veri Formu, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş-Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-Ebeveyn), Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WİBÖ-E)’nu doldurmaları istenmiştir. OSB ve DEHB grubundaki katılımcılardan Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş-Ergen Formu (ÇİYKÖ-Ergen) ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu (RHİDÖ-EF)’nu doldurmaları istenmiştir.

Klinisyen tarafından yapılan görüşme ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanmış, eşlik eden hastalıklar varsa tanımlanmıştır. Görüşmede edinilen bilgiler ve klinik muayene ile araştırmacı tarafından işlevselliği tanımlamak üzere Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS) ile işlevsellik puanı ve hastalık şiddetini derecelendiren Klinik Global İzlenim Ölçeği- Hastalık Şiddeti (KGİ-Ş) skoru belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla bu çalışma için alan yazın temel alınarak, araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Araçta ergenin yaşı, cinsiyeti, tanı alma yaşı, ilaç tedavisi ve özel eğitim alma durumu, sigara, alkol, madde kullanımının varlığı, eğitim durumuna ilişkin bilgiler, ebeveyne göre ergenin zorbalığa uğrayıp uğramadığı, ebeveynin çocuğunun sağlık durumu nedeniyle ayrıştırılmış hissedip hissetmediği, ailesel özellikleri (kardeş sayısı, anne baba yaşı, eğitim düzeyleri, mesleği, anne baba birlikteliği, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, sosyoekonomik düzey) sorgulanmaktadır.

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

Çocuk ve ergenlerin hem geçmişteki hem de güncel psikopatolojilerini belirlemek amacıyla Kaufman ve ark. tarafından geliştirilen ÇDŞG-ŞY-T, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur.¹⁶⁹ Görüşme formu başlangıçta DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerine dayalı olarak hazırlanmış olup, DSM-5'in kabul edilmesinin ardından bu sisteme uyumlu hale getirilmiştir. Hem çocukla hem de ebeveynle yapılan görüşmelere dayanan bu araç, çok kaynaklı bilgi toplama esasına dayanır; kaynaklar arasında tutarsızlık olması durumunda son değerlendirme klinisyenin yargısına bırakılır. Görüşme üç temel bölümden oluşur. İlk bölümde katılımcının demografik bilgileri, sağlık geçmişi ve önceki psikiyatrik başvuruları sorgulanır. İkinci bölümde çeşitli psikiyatrik bozukluklara yönelik tarama soruları yer alırken, pozitif bulgular tespit edilirse ilgili tanı alanında derinlemesine değerlendirme yapılır. Üçüncü bölümde ise bireyin genel işlevselliğini değerlendiren ölçekler kullanılır. Türkiye'de bu formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ünal ve ark. ile Gökler ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir.¹⁷⁰

3.3.3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu

Boyd Ritsher ve ark.'nın geliştirdiği ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dikeç ve ark. tarafından yapılmıştır.^{171, 172} İçselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren ölçek, ruhsal hastalığa sahip olan ergenlerin öz bildirimine dayalı olarak tamamlanır, 4'lü likert tipi 29 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar yabancılaşma (maddeler: 1, 5, 8, 16, 17, 21), kalıp yargıların onaylanması "kalıp yargıların onaylanması" (maddeler: 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29), algılanan ayrımcılık (maddeler: 3, 15, 22, 25, 28), sosyal geri çekilme (maddeler: 4, 9, 11, 12,13, 20) ve diğerlerinin aksine ters puanlanan damgalanmaya karşı dirençtir (maddeler: 7, 14, 24, 26, 27).

Toplam RHİDÖ-EF puanı, beş alt ölçekten elde edilen puanların toplanarak toplam madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 29 ile 116 arasında değişmektedir ve belirlenmiş bir kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, ergenin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha yüksek ve olumsuz etkilerinin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Dikeç ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada, ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı toplam puan için 0,84 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklere ait güvenilirlik katsayıları ise şu şekildedir:

yabancılaşma alt ölçeği için 0,78, stereotiplere katılım için 0,67, algılanan ayrımcılık için 0,71, sosyal geri çekilme için 0,76 ve damgalamaya karşı direnç alt ölçeği için 0,35.¹⁷²

3.3.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş - Ergen ve Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ-Ergen ve ÇİYKÖ-Ebeveyn)

Ölçek, Varni ve ark. tarafından 1999 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Memik ve arkadaşları tarafından 2007'de yapılmıştır.^{173, 174} Ölçeğin dört yaş grubuna (2-4, 5-7, 8-12, 13-18 yaş) uyarlanmış formları bulunmaktadır. Bu çalışmada 13-18 yaş grubundaki ergenlerin yaşam kalitesi değerlendirmesi için hem ergen öz bildirimini içeren (ÇİYKÖ-Ergen) hem de ebeveynlerinin çocukları için doldurduğu (ÇİYKÖ-Ebeveyn) iki ayrı form kullanılmıştır.

Toplam 23 maddeli, beşli likert tipi yanıt sistemiyle değerlendirme yapılırken, puanlama sırasında 0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0 olacak şekilde dönüştürülür. Fiziksel, duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini içeren dört alt boyuttan oluşur. Ölçekte kesme puanı bulunmamakta olup, yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesine işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak saptanmıştır.¹⁷⁴

3.3.5. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği - Ebeveyn Formu (WİBÖ-E)

Bu ölçek, DEHB ve diğer nörogelişimsel bozukluklar için işlevsellikteki bozulmayı değerlendiren bir araç olarak Weiss tarafından geliştirilmiştir.¹⁷⁵ 4 dereceli likert tipi bir ölçek olup toplamda 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; aile, okul (öğrenme ve davranış), yaşam becerileri, benlik algısı, sosyal etkinlikler ve riskli eylemlerden oluşmaktadır. Ebeveynlerin; son bir ay içinde çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, bu sorunların her bir maddeyi nasıl etkilediğini en iyi şekilde yansıtan seçeneği işaretlemeleri usulüne dayanmaktadır.

Her alt boyuttaki maddelerin toplam puanı, o alt boyutla ilgili madde sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanır. Klinisyenler için, bir alt başlıkta bir maddenin 3 ile puanlanması ya da en az iki maddenin 2 ile puanlanması ya da ortalama puanın 1,5'ten fazla olması, o alanda işlevsellik bozulmasını işaret etmektedir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,8 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, Tarakçıoğlu ve ark. tarafından yapılan testte, 50 maddelik form için toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,93 bulunmuştur.¹⁷⁶

3.3.6. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS)

CGAS, genel psikososyal işlevselliği değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek, klinisyen tarafından 1'den 100'e kadar puanlanan 10 bölüm üzerinden değerlendirilir. Puanlama, en düşük işlevsellikten en yüksek işlevselliğe doğru sıralanır ve artan puanlar, daha iyi bir genel işlevselliği gösterir.¹⁷⁷

3.3.7. Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet Boyutu (KGİ-Ş)

Bu çalışmada kullanılan ölçüm araçlarından biri olan Klinik Global İzlenim Ölçeği, Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilmiştir.¹⁷⁸ Ölçek, klinik gözlemler doğrultusunda hastaların genel ruhsal durumlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişiklikleri takip etmek amacıyla oluşturulmuştur. Klinik Global İzlenim Ölçeği, esasen hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren üç bölümden oluşmaktadır.

KGİ-Ş, gözlemcinin değerlendirmesine dayanan yedi dereceli likert tipi puanlanır. Katılımcılar, değerlendirme sırasında sergiledikleri psikiyatrik semptomların şiddetine göre 1 ile 7 arasında puan alırlar. Bu puanlama sistemi şu şekildedir:

- 1 = Normal, hastalık belirtisi yok
- 2 = Ruhsal sorunlara yatkınlık (hastalık sınırında)
- 3 = Hafif düzeyde hastalık
- 4 = Orta düzeyde hastalık
- 5 = Belirgin düzeyde hastalık
- 6 = Şiddetli hastalık
- 7 = Çok ağır düzeyde hastalık

Bu çalışmada KGİ ölçeğinin yalnızca hastalık şiddetini (KGİ-Ş) değerlendiren bölümü kullanılmıştır. Ölçek, uygulayıcının klinik gözlemine dayanarak yaptığı puanlamayı esas aldığından, öznel fakat yapılandırılmış bir değerlendirme sunar.

3.4. İstatistiksel Analiz

Veri analizi için SPSS 26 programı kullanılmıştır. Öncelikle çocukların demografik, eğitimsel ve aileye ilişkin özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Çocukların grupları ile bu özellikler arasındaki farkları incelemek amacıyla, kategorik değişkenler için parametrik olmayan Ki-Kare testi uygulanmıştır. Anlamlı sonuç elde edilen durumlarda çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Gruplar arası sürekli değişkenlerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılmasında, verilerin dağılım özelliklerine göre parametrik veya parametrik olmayan testler kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında, veriler normal dağılım gösterdiğinde ve grup örneklem sayısı yeterli olduğunda ($N > 25$), bağımsız gruplar t-testi tercih edilmiştir. Normallik varsayımının sağlanmadığı veya grup örneklemini küçük olduğunda ise alternatif olarak Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Ölçek puanlarının dağılım özelliklerini incelemek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri değerlendirilmiştir. Tabachnick ve Fidell'e göre, örneklem büyüklüğü $N > 50$ olduğunda, bu değerlerin ± 1 aralığında olması normal dağılım için yeterlidir.¹⁷⁹ George ve Mallery'e göre ise ± 2 aralığı kabul edilebilir sınırlar içerisindedir.¹⁸⁰ Bu araştırmada elde edilen tüm ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri ± 2 aralığında bulunmuş ve ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Bu nedenle, grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplar t-testi, aynı gruptaki ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında ise bağımlı gruplar t-testi uygulanmıştır.

Ancak, özel eğitim süresi değişkeni için grup örneklem sayısı düşük olduğundan, karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Her bir tanı grubunda ölçek puanları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla, verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Pallant'a göre, korelasyon katsayısı (r) 0,40'tan küçükse düşük düzeyde, 0,40–0,70 arasında ise orta düzeyde, 0,70'ten büyükse yüksek düzeyde ilişkiyi göstermektedir.¹⁸¹ Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Dair Bilgiler

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Ait Bilgiler

Bu çalışmaya, yüksek işlevli otizm (YİO) tanılı 35 ve DEHB tanılı 35 olmak üzere toplam 70 ergen katılımcı dâhil edilmiştir. YİO grubundaki bireylerin %85,7'si erkek, %14,3'ü kız iken; DEHB grubunda bu oran sırasıyla %71,4 ve %28,6'dır. Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,145$).

Katılımcıların yaşadığı yer bakımından gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p = 0,232$). Her iki grupta da katılımcıların çoğunluğu iki çocuklu ailelerden gelmekte olup, büyük oranda ailede ilk çocuk oldukları belirlenmiştir. Çocuk sayısı ve doğum sırası değişkenleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla $p = 0,985$ ve $p = 0,509$).

Evde yaşayan kişi sayısına göre yapılan karşılaştırmada da gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p = 0,203$); her iki grupta da katılımcıların çoğunluğu dört kişilik hanelerde yaşamaktadır.

Fiziksel hastalık varlığı açısından, yüksek işlevli otizm grubundaki bireylerin %80'inde herhangi bir fiziksel hastalık bulunmazken, %20'sinde eşlik eden fiziksel hastalık mevcuttur. DEHB grubunda bu oran sırasıyla %85,7 ve %14,3'tür. Gruplar arasında fiziksel hastalık varlığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca, sigara, alkol ve madde kullanımı değişkenlerinde her iki gruptaki tüm katılımcıların bu tür maddeleri kullanmadığı belirlenmiştir.

İlaç tedavisi kullanımı açısından değerlendirildiğinde, YİO grubunun %68,6'sı, DEHB grubunun ise %80'i farmakolojik tedavi almaktadır. Özel eğitim desteği açısından bakıldığında, yüksek işlevli otizm grubunda bu oran %34,3 iken, DEHB grubunda eşlik eden özgül öğrenme güçlüğü nedeniyle %17,1 olarak belirlenmiştir. Her iki değişken için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (ilaç tedavisi için $p = 0,274$; özel eğitim desteği için $p = 0,101$).

Ebeveynlerin bildirimine göre, çocuklarının tanısı nedeniyle zorbalığa maruz kalma durumları açısından gruplar karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0,002$). YİO grubundaki bireylerin %71,4'ü, DEHB grubundaki

bireylerin ise %34,3'ünün zorbalığa uğradığı belirtilmiştir. Bonferroni düzeltmesi sonrasında yapılan karşılaştırmalarda, YİO tanılı bireylerin zorbalığa uğrama oranının, DEHB tanılı bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerin çocuklarının tanısı nedeniyle kendilerini dışlanmış ya da ayrıştırılmış hissedip hissetmediklerine ilişkin soruya verilen yanıtlar gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemiştir ($p > 0,05$). YİO grubundaki ebeveynlerin %57,1'i kendilerini dışlanmış hissettiklerini belirtirken, DEHB grubundaki ebeveynlerin %65,7'si böyle bir his yaşamadıklarını ifade etmiştir.

Yüksek işlevli otizmlili çocukların yaş ortalaması $15,22 \pm 1,15$ olup DEHB'li çocukların yaş ortalaması $15,50 \pm 1,42$ olarak saptanmıştır. Tanı yaşı açısından incelendiğinde, yüksek işlevli otizm grubunun tanı yaşı ortalaması $7,63 \pm 4,27$; DEHB grubunun ise $8,68 \pm 3,18$ olarak bulunmuştur. Özel eğitim alma süresi açısından ise otizm grubunda ortalama süre $7,21 \pm 4,90$ yıl, DEHB grubunda ise $5,5 \pm 2,35$ yıl olarak saptanmıştır. Her üç değişken açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (yaş için $p=0,345$, tanı yaşı için $p = 0,253$ ve özel eğitim süresi için $p = 0,427$) (Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların Grupları ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test ist.	p
		f (%)	f (%)		
Cinsiyet	Erkek	30(85,7)	25(71,4)	2,121	0,145
	Kız	5(14,3)	10(28,6)		
Yerleşim Yeri	Şehir	26(74,3)	30(85,7)	1,429	0,232
	Kırsal	9(25,7)	5(14,3)		
Ailedeki Çocuk Sayısı	1	6(17,1)	7(20)	0,154	0,985
	2	21(60)	21(60)		
	3	7(20)	6(17,1)		
	4	1(2,9)	1(2,9)		
Kaçınıcı Çocuk Olduğu	1	16(45,7)	21(60)	2,319	0,509
	2	15(42,9)	9(25,7)		
	3	3(8,6)	4(11,4)		

	4	1(2,9)	1(2,9)		
	2	1(2,9)	1(2,9)	5,945	0,203
Evde Yaşayan	3	10(28,6)	5(14,3)		
Kişi Sayısı	4	17(48,6)	18(51,4)		
	5	5(14,3)	11(31,4)		
	6	2(5,7)	0(0)		
Fiziksel Hastalık	Yok	28(80)	30(85,7)	0,402	0,526
	Var	7(20)	5(14,3)	.	
Sigara	Yok	35(100)	35(100)		
	Var	0(0)	0(0)	.	
Alkol Madde	Yok	35(100)	35(100)		
	Var	0(0)	0(0)		
İlaç ile Tedavi	Yok	11(31,4)	7(20)	1,197	0,274
	Var	24(68,6)	28(80)		
Özel Eğitim Alma	Yok	23(65,7)	29(82,9)	2,692	0,101
	Var	12(34,3)	6(17,1)		
Çocuğun Tanısı	Yok	10(28,6)	23(65,7)	9,689	0,002
Nedeniyle Zorbalığa					
Uğrama Durumu	Var	25(71,4)	12(34,3)		
Çocuğun Tanısı	Yok	15(42,9)	23(65,7)	3,684	0,055
Nedeniyle Ebeveynin					
Ayrıştırılmış					
Hissetme	Var	20(57,1)	12(34,3)		
Durumu					
Değişken	Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test ist	p2	
Yaş, (Ort±ss)	15,22±1,15	15,50±1,42	t=-1,102	0,345	
Tanı yaşı, (Ort±ss)	7,63±4,27	8,68±3,18	t=-1,154	0,253	
Özel eğitim alma süresi, (Ort±ss)	7,21±4,9	5,5±2,35	Z=-0,829	0,427	

p1:Ki-kare testi anlamlılık değeri; a,b: Anlamlı ki-kare sonucunda farkın kaynağını gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucu ve farklı küçük harfler o sütunlardaki oranların farkını gösterir. t:Bağımsız gruplar t testi istatistiği; Z=Mann-Whitney U testi istatistiği

4.1.2. Katılımcıların Eğitim Özelliklerine Ait Bilgiler

Okul öncesi eğitim alma durumuna göre her iki grupta da benzer oranlarla, katılımcıların büyük çoğunluğunun okul öncesi eğitim aldığı belirlenmiştir. Okuma yazmaya geçiş dönemi açısından değerlendirildiğinde, her iki grupta da en sık 1. sınıfın birinci döneminde geçiş yapıldığı saptanmıştır.

Okul başarısı dağılımı incelendiğinde, YİO grubundaki ergenlerin %51,4'ünün akademik başarısı “iyi”, %37,1'inin “orta” ve %11,4'ünün “kötü” düzeydedir. DEHB grubunda ise bu oranlar sırasıyla %51,4 “iyi”, %45,7 “orta” ve %2,9 “kötü” olarak bildirilmiştir.

Sınıf tekrarı oranı yüksek işlevli otizm grubunda %11,4 iken, DEHB grubunda %2,9 olarak bulunmuştur. Disiplin cezası alma durumu ise yüksek işlevli otizm grubunda %8,6, DEHB grubunda ise %5,7 oranında bildirilmiştir.

Eğitimle ilişkili bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p değerleri Tablo 2’de sunulmuştur).

Tablo 2. Katılımcıların Grupları ile Eğitim Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test ist.	p
		f(%)	f(%)		
Okul öncesi eğitim alma	Yok	1(2,9)	3(8,6)	1,061	0,303
	Var	34(97,1)	32(91,4)		
Okuma	1. sınıf 1. dönem	29(82,9)	24(68,6)	2,583	0,275
Yazmaya	1. sınıf 2. dönem	2(5,7)	6(17,1)		
Geçme Zamanı	1. sınıftan sonra	4(11,4)	5(14,3)		
Okul Başarı Düzeyi	İyi	18(51,4)	18(51,4)	2,11	0,348
	Orta	13(37,1)	16(45,7)		
	Kötü	4(11,4)	1(2,9)		
Sınıf Tekrarı Olması Durumu	Yok	31(88,6)	34(97,1)	1,938	0,164
	Var	4(11,4)	1(2,9)		

Disiplin	Yok	32(91,4)	33(94,3)	0,215	0,643
Cezası	Var	3(8,6)	2(5,7)		
Alma Durumu					

p1:Ki-kare testi anlamlılık değeri

4.1.3. Katılımcıların Aile Özelliklerine Ait Bilgiler

Her iki gruptaki tüm katılımcıların annelerinin hayatta olduğu belirlenmiştir. YİO grubunda anne eğitim düzeyi dağılımı şu şekildedir: %2,9 okuryazar olmayan, %22,9 ilkokul mezunu, %14,3 ortaokul mezunu, %20 lise mezunu ve %40 yüksekokul ya da üniversite mezunu. DEHB grubunda ise annelerin eğitim durumu; %5,7 okuryazar olmayan, %22,9 ilkokul mezunu, %11,4 ortaokul mezunu, %31,4 lise mezunu ve %28,6 yüksekokul ya da üniversite mezunu olarak saptanmıştır. Anne eğitim düzeyi açısından gruplar arası fark yoktur.

YİO grubunda annelerin %57,1'i ev hanımı, %20'si memur, %5,7'si işçi, %5,7'si serbest meslek sahibi ve %11,4'ü emekli olarak belirtilmiştir. DEHB grubunda ise annelerin %51,4'ü ev hanımı, %8,6'sı memur, %25,7'si işçi, %14,3'ü serbest meslek sahibi olup, emekli anne bulunmamaktadır. Gruplar arasında anne meslek dağılımı açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p = 0,022$). Bonferroni düzeltmesine göre bu fark, işçi annelerin DEHB grubunda daha yüksek, emekli annelerin ise otizm grubunda daha fazla olmasıyla ilişkilidir.

Her iki grupta da babaların %97,1'i hayatta olup, %2,9'u vefat etmiştir. YİO grubunda baba eğitim düzeyi; %8,6 ilkokul, %8,6 ortaokul, %40 lise ve %42,9 yüksekokul/üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. DEHB grubunda ise bu oranlar sırasıyla %20, %28,6, %25,7 ve %25,7'dir. Gruplar arasında baba eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p = 0,047$). Bonferroni düzeltmesine göre farkın, ortaokul mezunu babaların DEHB grubunda daha yüksek oranda bulunmasından kaynaklandığı görülmüştür.

YİO grubunda baba meslek durumu; %8,6 memur, %28,6 işçi, %28,6 serbest meslek ve %34,3 emekli olarak belirlenmiş, çalışmayan baba bulunmamıştır. DEHB grubunda ise babaların %2,9'u çalışmamakta, %2,9'u memur, %28,6'sı işçi, %34,3'ü serbest meslek sahibi ve %31,4'ü emeklidir. Gruplar arasında baba meslek durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

YİO grubunda anne-baba birlikteliği %82,9, boşanma oranı %14,3, ebeveyn kaybı ise %2,9 olarak saptanmıştır. DEHB grubunda bu oranlar sırasıyla %74,3, %22,9 ve %2,9'dur. Akraba evliliği yüksek işlevli otizm grubunda %2,9, DEHB grubunda ise %14,3 oranında bildirilmiştir. Ailelerin aylık gelir düzeyine bakıldığında, yüksek işlevli otizm grubunda %60'ı 50.000 TL üzeri, DEHB grubunda ise %40'ı bu düzeydedir. Psikiyatrik hastalık öyküsü yüksek işlevli otizm grubunda %45,7, DEHB grubunda %51,4 olarak belirlenmiştir.

Gruplar, anne-baba birlikteliği ($p=0,856$), akraba evliliği ($p=0,088$), gelir durumu ($p=0,259$) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ($p=0,722$) açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

YİO grubunda anne yaş ortalaması $44,37\pm8,36$, baba yaş ortalaması ise $49,63\pm5,97$ olarak bulunmuştur. DEHB grubunda anne yaş ortalaması $42,63\pm4,92$, baba yaş ortalaması ise $46,4\pm5,96$ 'dır. Gruplar arasında baba yaş ortalaması açısından anlamlı fark saptanmış olup ($p=0,027$), YİO grubundaki baba yaşının daha yüksek olduğu görülmüştür. Anne yaş ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,292$) (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Grupları ile Aile Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test ist.	p
		f(%)	f(%)		
Anne Varlığı	Sağ	35(100)	35(100)		
	Vefat	0(0)	0(0)		
Anne eğitim	Okuryazar değil	1(2,9)	2(5,7)	2	0,736
	İlkokul	8(22,9)	8(22,9)		
	Ortaokul	5(14,3)	4(11,4)		
	Lise	7(20)	11(31,4)		
	Yüksekokul ya da Üniversite	14(40)	10(28,6)		
Anne meslek	Ev hanımı	20(57,1)a	18(51,4)a	11,446	0,022
	Memur	7(20)a	3(8,6)a		
	İşçi	2(5,7)a	9(25,7)b		
	Serbest meslek	2(5,7)a	5(14,3)a		
	Emekli	4(11,4)a	0(0)b		

Baba Varlığı	Vefat	1(2,9)	1(2,9)	0	1
	Sağ	34(97,1)	34(97,1)		
Baba eğitim	İlkokul	3(8,6)a	7(20)a	7,956	0,047
	Ortaokul	3(8,6)a	10(28,6)b		
	Lise	14(40)a	9(25,7)a		
	Yüksekokul ya da Üniversite	15(42,9)a	9(25,7)a		
Baba meslek	Çalışmıyor	0(0)	1(2,9)	2,225	0,694
	Memur	3(8,6)	1(2,9)		
	İşçi	10(28,6)	10(28,6)		
	Serbest meslek	10(28,6)	12(34,3)		
	Emekli	12(34,3)	11(31,4)		
Anne Baba Birlikteliği	Birlikte	29(82,9)	26(74,3)	0,856	0,652
	Boşanmış	5(14,3)	8(22,9)		
	Vefat	1(2,9)	1(2,9)		
Akraba Evliliği	Yok	34(97,1)	30(85,7)	2,917	0,088
	Var	1(2,9)	5(14,3)		
Aile Gelir Düzeyi	20000 TL ve altı	2(5,7)	6(17,1)	4,019	0,259
	20000-50000 TL	12(34,3)	15(42,9)		
	50000 TL üzeri	21(60)	14(40)		
Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Yok	19(54,3)	17(48,6)	0,127	0,722
	Var	16(45,7)	17(48,6)		
Değişken		Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test ist	p2
Anne yaş, (Ort±ss)		44,37±8,36	42,63±4,92	1,063	0,292
Baba yaş, (Ort±ss)		49,63±5,97	46,4±5,96	2,264	0,027

p1: Ki-kare testi anlamlılık değeri; a,b: Anlamlı ki-kare sonucunda farkın kaynağını gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucu ve farklı küçük harfler o sütunlardaki oranların farkını gösterir. t: Bağımsız gruplar t testi istatistiği; p2: Bağımsız gruplar t testi anlamlılık değeri

4.2. Katılımcılarda Belirlenen Komorbid Psikiyatrik Bozukluklar

YİO grubunda en sık eş tanı DEHB olup, bu oran %77,1 olarak saptanmıştır. Bu grupta davranım bozukluğuna rastlanmamıştır. DEHB grubunda ise en yaygın eşlik eden tanı %22,9 ile karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) olmuştur. Otizm grubunda görülüp DEHB grubunda rastlanmayan eş tanıların arasında sosyal fobi, fonolojik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi, majör depresif bozukluk, mizofoni, cinsiyet disforisi, insomnia ve intihar girişimi yer almaktadır. Tanı türleri arasında sadece sosyal

fobi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,003$); bu tanı yüksek işlevli otizm grubunda daha sık görülmüştür.

Tablo 4. Katılımcıların Grupları ile Belirlenen Komorbid Tanı Türlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Yüksek İşlevli	DEHB	Test ist.	p
	Otizm			
	f(%)	f(%)		
KOKGB	28(80)	27(77,1)	0,085	0,771
	7(20)	8(22,9)		
Davranım Bozukluğu	35(100)	32(91,4)	3,134	0,077
	0(0)	3(8,6)		
Özgül Öğrenme	32(91,4)	28(80)	1,867	0,172
Güçlüğü	3(8,6)	7(20)		
Fonolojik Bozukluk	34(97,1)	35(100)	1,014	0,314
	1(2,9)	0(0)		
Yaygın Anksiyete	33(94,3)	35(100)	2,059	0,151
Bozukluğu	2(5,7)	0(0)		
Özgül Fobi	33(94,3)	35(100)	2,059	0,151
	2(5,7)	0(0)		
Sosyal Fobi	27(77,1)a	35(100)b	9,032	0,003
	8(22,9)a	0(0)b		
Performans Kaygısı	33(94,3)	34(97,1)	0,348	0,555
	2(5,7)	1(2,9)		
Major Depresif	34(97,1)	35(100)	1,014	0,314
Bozukluk	1(2,9)	0(0)		
Mizofoni	34(97,1)	35(100)	1,014	0,314
	1(2,9)	0(0)		
Obsesif Kompulsif	33(94,3)	33(94,3)	0	1
Bozukluk	2(5,7)	2(5,7)		

İnternet Bağımlılığı	30(85,7) 5(14,3)	32(91,4) 3(8,6)	0,565	0,452
Tik Bozukluğu	34(97,1) 1(2,9)	34(97,1) 1(2,9)	0	1
Cinsiyet Disforisi	33(94,3) 2(5,7)	35(100) 0(0)	2,059	0,151
İnsomnia	32(91,4) 3(8,6)	35(100) 0(0)	3,134	0,077
Suisid Girişimi	33(94,3) 2(5,7)	35(100) 0(0)	2,059	0,151

p1:Ki-kare testi anlamlılık değeri; a,b: Anlamlı ki-kare sonucunda farkın kaynağını gösteren Bonferroni düzeltilmesi sonucu ve farklı küçük harfler o sütunlardaki oranların farkını gösterir.

4.3. Grupların Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti Ölçeğine Göre Değerlendirmesi

Yüksek İşlevli Otizmlili çocukların klinik global izlenim-hastalık şiddeti puanına göre dağılım hastalık sınırında (%2,9), hafif düzeyde hasta (%14,3), orta düzeyde hasta (%22,9), belirgin düzeyde hasta (%45,7) ve ağır hasta (%14,3) olarak saptanmıştır. DEHB'li çocukların klinik global izlenim durumuna göre dağılımı hastalık sınırında (%17,1), hafif düzeyde hasta (%40), orta düzeyde hasta (%31,4), belirgin düzeyde hasta (%8,6) ve ağır hasta (%2,9) olarak belirlenmiştir. Çocukların grupları ile KGİ-Ş puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$, $p<.05$). Farkın kaynağına göre yapılan Bonferroni düzeltilmesine göre KGİ-Ş hafif düzeyde hasta olan çocuklar için DEHB grubundakilerin oranı yüksek işlevli otizmlili gruptan daha yüksektir.

Yüksek işlevli otizmlili çocukların CGAS puan ortalaması $60,14\pm10,81$ ve DEHB'li çocukların ortalaması $73,43\pm13,92$ 'dir. Çocukların grupları ile CGAS puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,030$, $p<.05$). DEHB grubundaki çocukların CGAS puan ortalaması yüksek işlevli otizmlili gruptaki çocuklardan daha yüksektir.

Tablo 5. Katılımcıların Grupları ile KGİ-Ş Puanlarının ve CGAS Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test ist.	p
		f(%)	f(%)		
Klinik	Hastalık sınırında	1(2,9)a	6(17,1)b	19,87	0,001
Global	Hafif düzeyde hasta	5(14,3)a	14(40)b		
İzlenim-	Orta düzeyde hasta	8(22,9)a	11(31,4)a		
Hastalık	Belirgin düzeyde hasta	16(45,7)a	3(8,6)b		
Şiddeti	Ağır hasta	5(14,3)a	1(2,9)a		
Değişken		Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test ist	p2
CGAS, (Ort±ss)		60,14±10,81	73,43±13,92	-3,154	0,030

p1: Ki-kare testi anlamlılık değeri; a,b: Anlamlı ki-kare sonucunda farkın kaynağını gösteren Bonferroni düzeltmesi sonucu ve farklı küçük harfler o sütunlardaki oranların farkını gösterir. t: Bağımsız gruplar t testi istatistiği; p2: Bağımsız gruplar t testi anlamlılık değeri

4.4. Ölçek Puanlarına Ait Veriler

4.4.1. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu

Puanlarının Değerlendirilmesi

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği – Ergen Formu (RHİDÖ-EF) alt boyutları açısından yapılan karşılaştırmada, YİO grubundaki çocukların yabancılaşıma ($p=0,025$), algılanan ayrımcılık ($p=0,009$) ve sosyal geri çekilme ($p=0,007$) puanları, DEHB grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, damgalanmaya karşı direnç puanı DEHB grubunda anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$).

Kalıp yargıların onaylanması ($p=0,057$) ve toplam damgalanma puanı ($p=0,076$) açısından ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 6.).

Tablo 6. Katılımcıların Gruplarına Göre RHİDÖ-EF Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test İst.	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Yabancılaşma	10,69±4,2	8,66±3,12	2,295	0,025
Kalıp Yargıların Onaylanması	11,46±3,97	9,86±2,84	1,938	0,057
Algılanan Ayrımcılık	9,43±3,2	7,46±2,96	2,673	0,009
Sosyal Geri Çekilme	11,14±3,9	8,83±2,99	2,786	0,007
Damgalanmaya Karşı Direnç	10,09±2,41	12,89±3,09	-4,235	,000
Toplam Puan	52,6±13,94	47,29±10,47	1,804	0,076

p: Bağımsız gruplar t testi anlamlılık değeri

4.4.2. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu Genel ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 7' de WİBÖ-E, genel ve alt boyut puanları YİO ve DEHB grubunda karşılaştırılmıştır. Yalnızca sosyal etkinlikler alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$). Bu alt boyutta, yüksek işlevli otizmlili çocukların puanları DEHB tanılı çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların Gruplarına Göre Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu Genel ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test İst.	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Aile	0,76±0,6	0,67±0,49	0,652	0,517
Okul Öğrenme	1,18±0,95	1,06±0,93	0,54	0,591
Okul Davranış	0,22±0,32	0,32±0,38	-1,15	0,254
Yaşam Becerileri	1,24±0,63	1,1±0,69	0,865	0,39
Çocuğun Benlik Algısı	1,26±0,96	0,87±0,74	1,91	0,06
Sosyal Etkinlikler	1,11±0,69	0,57±0,58	3,482	0,001

Riskli Eylemler	0,18±0,19	0,17±0,21	0,337	0,737
WİBÖ-E Toplam	0,78±0,42	0,64±0,4	1,46	0,149

p: Bağımsız gruplar t testi anlamlılık değeri

Tablo 8’ de WİBÖ-E işlevsellikte bozulma var/yok kriteri kapsamında değerlendirilerek alt boyutlardan çocuğun benlik algısı ($p=0,010$) ve sosyal etkinlikler ($p=0,016$) değişkenlerinde tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu iki alt boyutta, işlevsellik düzeyi bozulmuş çocukların oranı yüksek işlevli otizm grubunda, DEHB grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların Grupları ile İşlevsellikte Bozulma Türlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Yüksek İşlevli Otizm	DEHB	Test ist.	p
		f(%)	f(%)		
Aile	Yok	17(48,6)	25(71,4)	3,81	0,051
	Var	18(51,4)	10(28,6)		
Okul Öğrenme	Yok	19(54,3)	24(68,6)	1,507	0,22
	Var	16(45,7)	11(31,4)		
Okul Davranış	Yok	31(88,6)	30(85,7)	0,128	0,721
	Var	4(11,4)	5(14,3)		
Yaşam Becerileri	Yok	8(22,9)	9(25,7)	1,136	0,567
	Var	27(77,1)	26(74,3)		
Çocuğun Benlik Algısı	Yok	19(54,3)a	29(82,9)b	6,629	0,01
	Var	16(45,7)a	6(17,1)b		
Sosyal Etkinlikler	Yok	15(42,9)a	25(71,4)b	5,833	0,016
	Var	20(57,1)a	10(28,6)b		
Riskli Eylemler	Yok	29(82,9)	32(91,4)	1,148	0,284
	Var	6(17,1)	3(8,6)		

4.4.3. Katılımcıların Kendi Bildirimine Dayalı Yaşam Kalitesi ve Ebeveyn Bildirimine dayalı Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Fiziksel işlevsellik puanları açısından, gruplar arasında hem ergenlerin ($p = 0,459$) hem de ebeveynlerin ($p = 0,150$) değerlendirmelerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Ayrıca, grup içi karşılaştırmalarda da hem YİÖ ($p = 0,183$) hem de DEHB grubunda ($p = 0,472$) ergen ve ebeveyn algısı arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Duygusal işlevsellik açısından, ergenlerin puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p = 0,020$, $p < 0,05$). DEHB grubundaki ergenlerin duygusal işlevsellik puanları, YİÖ grubundakilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ebeveyn değerlendirmelerine göre ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,199$, $p > 0,05$). Grup içi karşılaştırmalarda her iki tanı grubunda da ergen ve ebeveyn duygusal işlevsellik algıları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (YİÖ: $p = 1,000$; DEHB: $p = 0,178$).

Sosyal işlevsellik boyutunda hem ergen ($p < 0,001$) hem de ebeveyn ($p < 0,001$) değerlendirmeleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Her iki ölçümde de DEHB grubunun sosyal işlevsellik puanları, YİÖ grubuna göre daha yüksektir. Grup içi karşılaştırmalarda, hem YİÖ ($p = 0,047$) hem de DEHB ($p = 0,004$) grubunda ergenlerin sosyal işlevsellik puanları, ebeveynlerin değerlendirmelerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Okul işlevselliği açısından ise gruplar arasında hem ergen ($p = 0,270$) hem de ebeveyn ($p = 0,515$) değerlendirmelerine göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Grup içi karşılaştırmalarda da her iki tanı grubunda ergen ve ebeveyn algıları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (YİÖ: $p = 0,394$; DEHB: $p = 0,125$).

Toplam yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, YİÖ grubundaki ergenlerin puan ortalaması $64,06 \pm 17,67$, DEHB grubundaki ergenlerin ise $74,69 \pm 14,25$ olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,007$, $p < 0,05$). Ebeveyn yaşam kalitesi algısı puanları da gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir (YİÖ: $61,26 \pm 15,52$; DEHB: $68,83 \pm 15,20$; $p = 0,043$, $p < 0,05$).

Grup içi değerlendirmelerde, YİÖ grubunda ergen ve ebeveyn yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p = 0,398$, $p > 0,05$), DEHB grubunda ergenlerin yaşam kalitesi puanları, ebeveyn değerlendirmelerine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,020$, $p < 0,05$).

Tablo 9. Çocukların Gruplarına Göre Ergen ve Ebeveyn Yaşam Kalitesi Algısı Genel ve Alt Boyut Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Ölçek		Yüksek İşlevli Otizmli	DEHB	Test İst.	p
		Ort±ss	Ort±ss		
Fiziksel işlevsellik	Ergen	71,16±17,63	74,19±16,46	-0,745	0,459
	Ebeveyn	65,89±18,45	72,05±16,95	-1,455	0,15
	Test ist.	t=1,359, p2=0,183	t=0,727, p2=0,472		
Duygusal işlevsellik	Ergen	59,14±19,94	70,43±19,83	-2,374	0,02
	Ebeveyn	59,14±20,88	65,57±20,61	-1,296	0,199
	Test ist.	t=0, p2=1	t=1,374, p2=0,178		
Sosyal işlevsellik	Ergen	65,71±25,33	88,14±14,4	-4,554	,000
	Ebeveyn	55,71±17,41	76,86±21,56	-4,514	,000
	Test ist.	t=2,058, p2= 0,047	t=3,105, p2= 0,004		
Okul işlevsellik	Ergen	60,86±21,37	66,57±21,58	-1,113	0,27
	Ebeveyn	64,14±21,78	60,86±20,16	0,655	0,515
	Test ist.	t=-0,863, p2=0,394	t=1,573, p2=0,125		
Yaşam Kalitesi	Ergen	64,06±17,67	74,69±14,25	-2,769	0,007
	Ebeveyn	61,26±15,52	68,83±15,2	-2,063	0,043
	Test ist.	t=0,855, p2=0,398	t=2,437, p2= 0,020		

p1: Bağımsız gruplar t testi anlamlılık değeri; p2: Bağımlı gruplar t testi anlamlılık değeri

4.4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Damgalanma Puanı İle Karşılaştırılması

Tablo 10' da gösterildiği gibi katılımcıların özel eğitim alma durumu (p=0,089), ilaç tedavisi alma durumu (p=0,767), çocuğun zorbalığa uğrama durumu (p=0,142), çocuğun tanısı nedeniyle ayrıştırılmış hissetme durumu (p=0,937), sınıf tekrarı yapma durumu (p=0,171), disiplin cezası alma durumu (p=0,091), akademik başarı düzeyi (p=0,230) ve aile gelir düzeyi (p=0,333) değişkenlerine göre damgalanma genel puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>.05).

Tablo 10. Katılımcıların Sosyodemografik Formdaki Bazı Özellikleri ile Damgalanma Genel Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Ort±ss	Test ist.	p
Özel Eğitim Alma	Yok	52	48,88±12,88	Z=-1,701	0,089
	Var	18	53±11,2		
İlaç Tedavisi Alma	Yok	18	51,61±15,15	Z=-0,296	0,767
	Var	52	49,37±11,59		
Çocuğun Tanısı Nedeniyle Zorbalığa Uğrama Durumu	Yok	33	47,61±10,39	t=-1,487	0,142
	Var	37	52,03±13,97		
Çocuğun Tanısı Nedeniyle Ebeveynin Ayırıştırılmış Hissetme Durumu	Yok	38	50,05±14,11	t=0,079	0,937
	Var	32	49,81±10,56		
Sınıf Tekrarı Yapma	Yok	65	49,2±11,74	Z=-1,37	0,171
	Var	5	59,6±19,32		
Disiplin Cezası Alma	Yok	65	48,97±11,47	Z=-1,689	0,091
	Var	5	62,6±19,58		
Başarı Düzeyi	İyi	36	48,11±11,21	$\chi^2=2,941$	0,23
	Orta	29	53,1±13,97		
	Kötü	5	44,8±10,13		
Aile Gelir Düzeyi	20000 TL ve altı	8	49,13±14,54	$\chi^2=2,2$	0,333
	20000-50000 TL	27	48,7±13,96		
	50000 TL üzeri	35	51,09±11,09		

Z: Mann-Whitney U testi istatistiği; t: Bağımsız gruplar t testi; χ^2 : Kruskal Wallis testi istatistik değeri

4.5. Ölçeklerin Birbirlerine Göre Korelasyon Analizi Bulguları

4.5.1. Yüksek İşlevli Otizm Grubunda CGAS, Damgalanma, WIBÖ-E ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri Arasındaki İlişkiler

Yüksek işlevli otizm grubundaki çocuklara ilişkin yapılan korelasyon analizinde, CGAS puanları ile toplam damgalanma puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,405$, $p < 0,05$). Benzer şekilde, CGAS ile WIBÖ-E toplam puanı arasında düşük düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,337$, $p < 0,05$). Bu sonuçlar, çocukların işlevsellik düzeyi arttıkça damgalanma ve işlevsellikte bozulma düzeylerinin azaldığını göstermektedir.

CGAS puanları ile ergen yaşam kalitesi algısı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ($r = 0,436$, $p < 0,01$), ebeveyn yaşam kalitesi algısı ile ise düşük düzeyde ve pozitif yönde ($r = 0,382$, $p < 0,05$) anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Buna göre, çocukların işlevselliği arttıkça hem kendilerinin hem de ebeveynlerinin yaşam kalitesi algısı da artmaktadır.

Damgalanma ölçek puanları ile ergen yaşam kalitesi algısı arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,544$, $p < 0,01$). Damgalanma düzeyi arttıkça ergenlerin yaşam kalitesi algısı düşmektedir.

Son olarak, WIBÖ-E genel ölçek puanları ile ergen yaşam kalitesi algısı arasında düşük düzeyde ve negatif yönde ($r = -0,354$, $p < 0,05$), ebeveyn yaşam kalitesi algısı arasında ise yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -0,834$, $p < 0,01$). Bu bulgular, çocukların işlevsellik düzeyindeki bozulmalar arttıkça hem ergenlerin hem de ebeveynlerin yaşam kalitesi algılarının belirgin biçimde azaldığını göstermektedir.

Tablo 11. Yüksek İşlevli Otizm Grubunda CGAS, Damgalanma, WIBÖ-E ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri Arasındaki İlişkiler

Grup	Puan		1	2	3	4	5
	1.CGAS	r	1				
	2.Damgalanma genel	r	-,405*	1			
Yüksek İşlevli Otizm	3.ÇİYKÖ-Ergen	r	,436**	-,544**	1		
	4.ÇİYKÖ-Ebeveyn	r	,382*	-0,001	0,321	1	
	5.WIBÖ-E Toplam	r	-,337*	-0,166	-,354*	-,834**	1

*r:Pearson korelasyon değeri; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$*

4.5.2. DEHB Grubunda CGAS, Damgalanma, WIBÖ-E ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri Arasındaki İlişkiler

DEHB tanılı çocuklara ilişkin yapılan korelasyon analizine göre, CGAS puanları ile damgalanma genel puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,623$, $p < 0,01$). Buna göre, işlevsellik düzeyi arttıkça çocukların damgalanma algısının azaldığı görülmektedir.

Ayrıca, CGAS ile ergen yaşam kalitesi ($r = 0,463$, $p < 0,01$) ve ebeveynin çocuğuyla ilgili algıladığı yaşam kalitesi ($r = 0,576$, $p < 0,01$) puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu durum, çocuğun işlevsellik düzeyi arttıkça hem kendisinin hem de ebeveyninin gözlemlediği yaşam kalitesi algısının yükseldiğini göstermektedir.

CGAS ile WIBÖ-E toplam puanı arasında ise yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r = -0,711$, $p < 0,01$). Bu bulgu, işlevsellik düzeyi yüksek olan çocuklarda işlevsellikte bozulmanın düşük olduğunu göstermektedir.

Damgalanma genel puanı ile ergen yaşam kalitesi ($r = -0,630$, $p < 0,01$) ve ebeveyn yaşam kalitesi ($r = -0,602$, $p < 0,01$) puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Damgalanma düzeyi arttıkça hem çocukların hem de ebeveynlerin yaşam kalitesi algısı azalmaktadır.

Öte yandan, damgalanma genel puanı ile WIBÖ-E toplam puanı arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($r = 0,630$, $p < 0,01$). Bu bulgu, damgalanma algısı yüksek olan çocuklarda işlevsellikte bozulmanın da yüksek olduğunu göstermektedir.

Ergen yaşam kalitesi ile ebeveyn yaşam kalitesi puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,535$, $p < 0,01$). Çocuğun yaşam kalitesi algısı arttıkça ebeveynin çocuğuyla ilgili yaşam kalitesi algısı da artmaktadır.

Ayrıca, ergen yaşam kalitesi ile WIBÖ-E toplam puanı arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,592$, $p < 0,01$). Bu, çocuğun yaşam kalitesi algısı arttıkça işlevsellikte bozulma düzeyinin azaldığını göstermektedir.

Son olarak, ebeveynin çocuğu ile ilgili algıladığı yaşam kalitesi ile WIBÖ-E toplam puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,828$, $p < 0,01$). Ebeveyn yaşam kalitesi algısı arttıkça çocukların işlevsellikte bozulma düzeyi önemli ölçüde azalmaktadır.

Tablo 12. DEHB Grubunda CGAS, Damgalanma, WIBÖ-E ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri Arasındaki İlişkiler

Grup	Puan		1	2	3	4	5
DEHB	1.CGAS	r	1				
	2.Damgalanma genel	r	-,623**	1			
	3.ÇİYKÖ-Ergen	r	,463**	-,630**	1		
	4.ÇİYKÖ-Ebeveyn	r	,576**	-,602**	,535**	1	
	5.WIBÖ-E Toplam	r	-,711**	,630**	-,592**	-,828**	1

*r:Pearson korelasyon değeri; **p<.01; *p<.05*

4.5.3. Komorbid Psikiyatrik Tanı Sayısı ile İşlevsellik, Yaşam Kalitesi, Damgalanma Arası İlişki

YİO grubundaki çocuklara ilişkin yapılan korelasyon analizinde, komorbid psikiyatrik eş tanı sayısı ile CGAS ($r = -0,254$, $p = 0,140$), damgalanma genel ($r = 0,197$, $p = 0,257$), ergen yaşam kalitesi ($r = -0,176$, $p = 0,312$), ebeveyn yaşam kalitesi ($r = -0,212$, $p = 0,220$) ve WIBÖ-E toplam ($r = 0,178$, $p = 0,307$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

DEHB grubunda ise komorbid eş tanı sayısı ile CGAS puanları arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,517$, $p = 0,001$). Bu bulgu, komorbid tanı sayısı arttıkça çocukların genel işlevsellik düzeyinin azaldığını göstermektedir.

Ayrıca, DEHB grubundaki çocukların komorbid eş tanı sayısı ile WIBÖ-E toplam puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,394$, $p = 0,019$). Buna göre, eş tanı sayısı arttıkça işlevsellikte bozulma düzeyi de artmaktadır.

Buna karşılık, DEHB grubundaki çocukların komorbid eş tanı sayısı ile damgalanma genel ($r = 0,312$, $p = 0,068$), ergen yaşam kalitesi ($r = -0,109$, $p = 0,532$) ve ebeveyn yaşam kalitesi ($r = -0,232$, $p = 0,179$) puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 13. Her İki Gruptaki katılımcıların Komorbid Psikiyatrik Eş Tanı Sayısı ile Ölçek Puanları Arasında İlişki Tablosu

Grup	Puan	Komorbid Psikiyatrik Eş Tanı Sayısı	
		r	p
Yüksek İşlevli Otizm	1.CGAS	-0,254	0,14
	2.Damgalanma genel	0,197	0,257
	3.ÇİYKÖ-Ergen	-0,176	0,312
	4.ÇİYKÖ-Ebeveyn	-0,212	0,22
	5.WİBÖ-E Toplam	0,178	0,307
DEHB	1.CGAS	-,517**	0,001
	2.Damgalanma genel	0,312	0,068
	3.ÇİYKÖ-Ergen	-0,109	0,532
	4.ÇİYKÖ-Ebeveyn	-0,232	0,179
	5.WİBÖ-E Toplam	,394*	0,019

*r:Pearson korelasyon değeri; **p<.01; *p<.05*

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, Yüksek İşlevli Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanımlı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin, yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerindeki etkileri karşılaştırılmıştır. Yüksek işlevli OSB'li bireyler, bilişsel açıdan daha iyi bir performans sergilemeler de sosyal etkileşimde yaşadıkları güçlükler nedeniyle toplumsal damgalanmaya maruz kalabilmektedir. Benzer şekilde, DEHB'li ergenler de sosyal normlara uyum sağlama konusundaki zorlukları nedeniyle damgalanma ve dışlanma riski taşımaktadır. Bu araştırma, literatürdeki sınırlı çalışmalara ek olarak, ergenlerin öz bildirimleri, ebeveyn değerlendirmeleri ve klinisyenin değerlendirmesini bir araya getirerek, içselleştirilmiş damgalanmanın her iki grubun yaşam kalitesi ve işlevselliği üzerindeki etkilerini çok boyutlu ve kapsamlı bir şekilde ele almayı amaçlamıştır. Bu yönüyle çalışma, içselleştirilmiş damgalanmanın psikososyal işleyiş üzerindeki etkilerini hem klinik hem öznel değerlendirme boyutunda ele alarak, nörogelişimsel bozukluklarda çoklu değerlendirme kaynaklarının önemine ve müdahale programlarında damgalanmanın göz ardı edilmemesi gerektiğine dikkat çekmektedir.

Yüksek işlevli Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanımlı ergenler, yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikler taşıyan bireylerden oluşturulmuştur. Bu demografik benzerlik, gruplar arasındaki karşılaştırmalarda grupların nörogelişimsel farklılıklarına odaklanılmasını sağlamış ve sonuçların güvenilirliğini artırmıştır.

Çalışmamıza katılan olguların sosyodemografik verileri incelendiğinde olguların yaş ortalaması YİO grubunda $15,22 \pm 1,15$; DEHB grubunda $15,50 \pm 1,42$ olup gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, YİO grubundaki ergenlerin %85,7'sinin (N=30) erkek, %14,3'ünün (N=5) kız olduğu görülmüştür. Buna göre, gruptaki erkek/kız oranı 6:1 olarak hesaplanmıştır. Otizm spektrum bozukluklarının erkeklerde daha sık görüldüğü, birçok epidemiyolojik çalışmayla ortaya konmuştur.^{2, 30, 31} Spektrum boyunca eşit dağılmayan erkek/kız oranının, özellikle spektrumun yüksek işlevli

ucunda 6:1'e kadar çıktığı bildirilmektedir.¹⁸² Çalışmamızda elde edilen bulgu literatürle uyum göstermektedir.

DEHB grubundaki katılımcıların %71,4'ü (N=25) erkek, %28,6'sı (N=10) kız olup, bu gruptaki erkek/kız oranı 2,5 olarak hesaplanmıştır. Polanczyk ve ark.'nın yürüttüğü, dünya çapında bilinen bir sistematik derleme ve meta regresyon analizine göre DEHB, ağırlıklı olarak erkekleri etkilemekte; erkek/kız oranı klinik çalışmalarda 4:1, toplum temelli çalışmalarda ise 2,4:1 olarak bildirilmektedir.⁸³ Klinik örneklemelerdeki bu farkın, tanı alma ve tedaviye yönlendirme süreçlerindeki yanlılıklardan kaynaklanabileceği öne sürülmüştür.⁸² Güncel bir derleme ise, çocuk ve ergenlerde DEHB tanısı alma riskinin erkeklerde, kızlara kıyasla yaklaşık iki kat daha yüksek olduğunu göstermektedir.¹⁸³ Çalışmamızda DEHB grubundaki cinsiyet dağılımının geçmiş araştırmalardaki bulgularla tutarlılığı görülmektedir.

Olguların yerleşim yerine göre bakıldığında her iki grupta da kentsel yerleşim yaygındır ve gruplar arasında fark saptanmamıştır. ABD' de CDC' nin 2017 sağlık raporuna göre, kırsal ve küçük metropol alanlarda yaşayan çocukların, özellikle erkeklerin, büyük şehirlerde yaşayanlara kıyasla daha yüksek oranda DEHB tanısı aldığı bildirilmiştir.¹⁸⁴ Ayrıca, 2015-2018 yıllarında yapılan ulusal bir çalışmada kırsal çocuklarda gelişimsel bozukluklar, özellikle DEHB ve serebral palsy, kentsel çocuklara göre daha yaygındır.¹⁸⁵ Bizim bulgumuz ise DEHB tanısı alan ergenlerin çoğunun kentte (%85,7 – N=30) yaşaması yönündedir. Bu fark, Türkiye'de psikiyatri hizmetlerinin daha çok kent merkezlerinde yoğunlaşması ve kırsalda yaşayanların tanı alma şansının daha düşük olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, kırsal alanlarda hareketlilik ve dürtüsellik gibi DEHB ile ilişkili belirtilerin, günlük yaşamın doğal bir parçası olarak algılanması nedeniyle fark edilme ve sorun olarak görülme olasılığı daha düşüktür. Buna karşın, kentsel bölgelerde bu belirtiler daha görünür hale gelmekte ve sosyal ya da akademik işlevsellik üzerinde daha belirgin sorunlara yol açarak tanı alma olasılığını artırmaktadır. Böylece, ülkeye özgü sağlık altyapısı ve hizmet dağılımının yanı sıra, çevresel faktörlerin de tanı oranlarını etkileyebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda YİO grubunun yerleşim yeri %74,3 (N=26) oranda kentsel alan olarak belirlenmiştir. OSB' nin görülme sıklığında kentsel bölgelerde kümelenme olduğu çeşitli

alışmalarla gösterilmiştir. Gösterilen nedenler arasında kentlerde tanı ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişim, kırsala göre bilinmeyen çevresel risk faktörlerine daha fazla maruz kalma ve ailelerin yaşadığı bölgedeki kültürel farkındalık ile bilgi paylaşımının artması sayılmaktadır.¹⁸⁶⁻¹⁸⁸ Bu anlamda alışmamızdaki YİO-kentsel yaşam çoğunluğu literatüre benzer şekilde grlmştir.

Ailedeki ocuk sayısı ve doğum sırası açısından gruplar arasında fark yoktur. Her iki grupta da genellikle ailede iki ocuk olup, olgular çoğunlukla ilk ocuk olarak belirlenmiştir. OSB’li çocuklarda ilk doğan olmanın OSB riskini artırdığına dair bazı araştırmalar vardır; bizim bulgumuz da bunu desteklemektedir. Bu kaynaklara göre neden olarak; ilk gebelikte doğum komplikasyonlarının daha sık görülmesi, ilk çocuğun aile çevresinden daha az sosyal destek alması ve ailelerin ilk çocukta daha duyarlı olması ne srlmştir.^{189, 190}

Doğum sırası ile DEHB tanısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur ve bazı bulgular bu ilişkinin anlamlı olabileceğine işaret etmektedir. Bizim alışmamızda da DEHB tanısı alan ergenlerin çoğunluğunun ailede ilk ocuk olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, literatürdeki bazı kapsamlı çalışmalarla örtüşmektedir. İsveç’te 1987–2016 doğumlu bireylerle yürütülen büyük ölçekli bir nüfus temelli araştırmada, kardeşler arası karşılaştırmalarla doğum sırasının DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiş; ilk doğan ocuğun DEHB tanısı alma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁹¹ Benzer şekilde, Reimelt ve ark. tarafından Almanya’da yürütülen epidemiyolojik bir çalışmada, ilk doğan çocukların hem kardeşi olmayanlara hem de daha sonra doğan kardeşlerine kıyasla DEHB açısından daha yüksek risk taşıdığı, ayrıca küçük kardeş sayısı arttıkça bu riskin daha da yükseldiği gösterilmiştir. Ebeveynlerin ilk çocuklarında fiziksel veya psikolojik anormalliklere karşı daha dikkatli olmalarının gerçek bir risk artışından ziyade tanıs al bir yanlılığa sebep olmuş olabileceği söylenmektedir.¹⁹²

Mevcut çalışmada sigara, alkol ve madde kullanımı sosyodemografik bilgi formu aracılığıyla sorgulanmıştır. DEHB tanılı bireylerde dürtüsellik ve anlık haza yönelim; OSB tanılı bireylerde ise sosyal izolasyon ve damgalanma deneyimi, içselleştirilmiş damgalanmayı artırarak bireyleri riskli davranışlara yatkın hale getirebilir. Bu tür

davranışlar yalnızlık, çaresizlik ve düşük özdeğerle ilişkili olabilir. Ancak, örneklem grubundaki 70 katılımcının hiçbirinde sigara, alkol ya da madde kullanımına rastlanmamıştır. Bu bulgu; örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, çalışmanın yapıldığı grubun yaş aralığı ve sosyokültürel özellikleri ile verilerin ebeveyn bildirimi yoluyla toplanmasının getirdiği kısıtlılıklarla ilişkili olabilir.

OSB ile tütün kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışmada genellikle düşük kullanım oranları bildirilmiştir. Ancak bu çalışmaların çoğu erişkinlere odaklıdır ve yöntemsel sınırlılıklar içerdiğinden, ergen OSB tanılı bireylere genellenemez niteliktedir.¹⁹³⁻¹⁹⁵ Çalışmamızda da OSB grubunda sigara kullanımına rastlanmamıştır. Bu durum literatürle tutarlıdır; ancak bildirilen düşük oranların gerçekten kullanım sıklığının az olmasından mı, yoksa yaş grubu, örneklem büyüklüğü, bildirim yanlılığı ya da içselleştirilmiş damgalanmanın baskılayıcı etkilerinden mi kaynaklandığı net değildir. Butwicka ve ark., OSB tanılı bireylerde madde ve tütün kullanım riskinin anlamlı şekilde arttığını bildirmiştir.¹⁹⁶ Bu nedenle, ergen OSB bireylerinde damgalanma, sosyal izolasyon ve aile tutumlarının tütün kullanım davranışlarıyla ilişkisini ele alan yaşa özgü yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

OSB tanılı bireylerde alkol kullanımına ilişkin sınırlı sayıda çalışmada genellikle düşük oranlar bildirilmiş olsa da bu bulguların altta yatan motivasyonlarla birlikte değerlendirilmesi önemlidir. 2025'te yayımlanan anlatı temelli bir sistematik derlemede, OSB'li bireylerde alkol kullanımının nedenleri ve risk etmenleri incelenmiştir. Alkol kullanımının sosyal kaygı, duyuusal hassasiyet ve duygu düzenleme güçlükleri gibi etkenlerle ilişkili olarak bir baş etme yöntemi olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Çalışmada, eş tanılar (ör. DEHB, anksiyete bozuklukları), ileri yaş ve kadın cinsiyetin alkol kullanım bozukluğu riskini artırdığı; buna karşın erken tanı ve psikiyatrik desteğin koruyucu etkiler sağlayabileceği vurgulanmıştır.¹⁹⁷ Çalışmamızda YİO grubunda alkol kullanımına rastlanmaması; katılımcıların yaşlarının görece küçük olması, Türkiye'de ergenler arasında alkol kullanımına yönelik genel olarak daha kısıtlayıcı ve olumsuz toplumsal tutumların bulunması, düzenli psikiyatrik takipte olmaları ve ebeveynlerin denetim sağlaması gibi etkenlerle açıklanabilir. Otistik özelliklere sahip bireylerin sosyal ortamlara daha az katılmaları, madde kullanan akranlarla temaslarını sınırlayarak alkol

kullanım riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir.¹⁹⁸ Bu sosyal izolasyon, akran etkisine maruz kalmayı engelleyerek bağımlılığa karşı koruyucu bir işlev görebilir. Çalışmamızda YİO ve sosyal fobi tanıılı bireylerde alkol kullanımına rastlanmaması, bu durumla tutarlıdır. Kandel'in sosyalizasyon çerçevesi teorisine göre ergenler model aldıkları kişilerin davranışlarını taklit eder; ancak taklit ve mentalizasyon becerileri sınırlı olan YİO'lu bireylerde bu mekanizma daha az işlemekte ve bu da teoriyi desteklemektedir.¹⁹⁹

Benzer şekilde, Yule ve ark. ergen ve genç yetişkinleri kapsayan çalışmasında yüksek işlevli OSB tanıılı bireylerde madde kullanım bozukluğu riskinin DEHB ve sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, madde kullanımına başlama yaşının da bu grupta daha geç olduğu saptanmıştır.²⁰⁰ Bu bulgular, OSB'ye özgü sosyal sınırlılıkların, rutinlere bağlılığın, bilişsel katılığın riskli madde kullanımına karşı koruyucu olabileceğini yorumuna sebep olmuştur. Çalışmamızda yüksek işlevli OSB grubunda alkol ve madde kullanımına rastlanmamış olması bu sonuçlarla örtüşmektedir.

Kunreuther, OSB ve madde kullanım bozukluğu birlikteliğinin klinik alanda çoğu zaman fark edilmediğini ve uygun tanı ile tarama araçlarının eksikliğinin bu durumu daha da görünmez kıldığını belirtmiştir.²⁰¹ Çalışmamızda OSB grubunda alkol ve madde kullanımına rastlanmaması bu tabloyla uyumlu olsa da Kunreuther'in değerlendirmesi bu durumu sadece davranışsal değil, aynı zamanda tanısız ve sistemsel düzeyde de ele almak gerektiğini göstermektedir. Bu bağlamda, madde kullanımının düşük raporlanması olası tanı ve tarama eksikliklerinin bir yansıması da olabilir.

DEHB tanıılı bireylerde sigara kullanımının yaygın olduğu, sigaraya daha erken yaşta başlandığı, davranım bozukluğu ve KOKGB eş tanısı varlığında bu riskin arttığı ve erken nikotin kullanımının diğer psikoaktif maddelere yönelme olasılığını artırdığı çeşitli araştırmalarda bildirilmiştir.^{202, 203} Ayrıca, DEHB semptomlarının şiddetinin ergenlerde elektronik sigara ve tütün kullanım riskini artırdığı da gösterilmiştir.²⁰⁴ Epidemiyolojik bir araştırmada, DEHB semptomlarının sigara, alkol ve yasa dışı madde kullanımıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu; semptom şiddeti arttıkça çoklu-madde kullanım riskinin de yükseldiği ve bu ilişkinin depresyon, anksiyete ve otorite karşıtı tutumlar kontrol

edildiğinde dahi sürdüğü bulunmuştur. Ayrıca, çalışmadaki bireylerin sedatif maddeye yöneliminin stimulan ilaçlara alternatif olarak DEHB semptomlarını baskılayıcı bir baş etme stratejisi olabileceği de bildirilmiştir.²⁰⁵ Ancak çalışmamızda DEHB grubundaki hiçbir katılımcının sigara, alkol veya madde kullanımı bildirmemesi, bu bulgularla çelişiyor görünmektedir. Bu durum; örneklemimizin büyük kısmının düzenli psikiyatrik takipte olması, ilaç tedavisi alıyor olması, ailelerin bu konuda bilgisinin olmaması ya da bildirimden yanlılığı olasılığı ile açıklanabilir. Sonuç olarak, bu tür risklerin her zaman davranışsal çıktılarına dönüşmediği; düzenli psikiyatrik takip, farmakolojik tedavi ve koruyucu çevresel etkenlerin süreci dengeleyici rol oynayabileceği anlaşılmaktadır.

Çalışmada yer alan YİO grubundaki ergenlerin %68,6'sının, DEHB grubunun ise %80'inin medikal tedavi aldığı ve gruplar arasında bu anlamda fark olmadığı görüldü. DEHB tanılı bireylerde temel semptomların yönetimi amacıyla; OSB tanılı bireylerde ise çekirdek özelliklerden çok, eşlik eden davranışsal ve psikiyatrik sorunların kontrolü için ilaç tedavisine sıkça başvurulduğu bilinmektedir. Araştırmalar, otizm semptomlarının şiddeti ile bilişsel yetersizlik düzeyinin psikiyatrik ilaç kullanım riskini artıran başlıca etkenler olduğunu ortaya koymaktadır.^{206, 207} Buna karşın, yalnızca YİO grubunu inceleyen nadir bir çalışmada bile %55 oranında ilaç kullanımı bildirilmiştir.²⁰⁸ Bu durum, bilişsel işlevleri korunmuş bireylerde de ciddi düzeyde psikiyatrik destek gereksinimi olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda DEHB grubuyla ilaç kullanım oranları arasında anlamlı fark bulunmaması, YİO grubunun da eş tanımlar veya davranışsal semptomlar açısından tedavi ihtiyacı taşıdığını göstermektedir.

Bulgulara göre iki grup arasında özel eğitim alma oranları benzer bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. DEHB tanılı bireylerde özel eğitime başvurma durumu, eşlik eden özgül öğrenme güçlüğü veya DEHB'ye yönelik bazı kurumların sunduğu destek programlarıyla ilişkiliydi. Çalışmamızda, YİO grubundaki ergenlerin %65,7'sinin özel eğitim hizmeti almadığı belirlenmiştir. Tipik OSB tanılı bireylerde beklenenden daha düşük düzeyde özel eğitim desteği alınması çeşitli faktörlerle açıklanabilir. Yüksek işlevli bireylerde bilişsel kapasitenin korunmuş olması, özel eğitim ihtiyacının aile ya da okul tarafından fark edilmemesine veya gereksiz görülmesine yol açabilir. Ayrıca, tanının geç konulması, özel eğitim etiketine yönelik damgalanma kaygısı,

Türkiye’de YİO tanısına özgü eğitsel programların yetersizliği, hizmete erişimde yaşanan güçlükler ve bilgilendirme eksiklikleri de bu durumu etkileyebilir. Öte yandan, bazı bireylerin önceki dönemlerde özel eğitim hizmeti almış ancak zamanla bu desteğin sonlandırılmış olması da göz önünde bulundurulmalıdır.

Sosyodemografik formda ebeveyne ‘Çocuğunuz okul/çevre/sosyal ortamlarda akran zorbalığına uğradı mı?’ sorusu ailelerin gözlemi açısından yöneltmiştir. 2016’da yayımlanmış olan, OSB tanılı çocuk ve ergenlerle okul ortamında maruz kalınan zorbalık oranlarını inceleyen çalışmaların derlendiği bir meta analize göre; OSB’li bireylerin psikolojik sağlamlığı, özsaygısı, yaşam kalitesi ve okul işlevselliği olumsuz etkilenecek şekilde zorbalığa maruziyet bildirilmiştir.²⁰⁹ Chou ve ark. ise YİO tanılı bireylerde ebeveynlerin, çocuklara kıyasla daha yüksek oranda zorbalık mağduriyeti bildirdiğini göstermiştir.²¹⁰ DEHB grubunda ise zorbalıkla ilgili yürütülen çok sayıda çalışmada, mağduriyetle ilişkili olabilecek faktörler olarak semptom şiddeti, anksiyete, depresyon ve öğrenme güçlükleri ele alınmıştır.²¹¹ Çalışmamızda, ebeveyn raporlarına göre YİO grubunun DEHB grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla zorbalığa maruz kaldığı görülmüştür. Yüksek işlevli bireylerde bilişsel düzey korunmuş olsa da sosyal beceri alanındaki yetersizlikler devam etmekte ve bu durum, yaşlıları tarafından daha kolay hedef haline gelmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca, ebeveynlerin bu klinik tabloya ilişkin farkındalık düzeylerinin yüksek olması, duyarlılığın artmasına ve zorbalık bildirimlerinin daha fazla yapılmasına yol açabilir. Öte yandan, çalışmamızda DEHB grubunun genel olarak Klinik Global İzlenim - Hastalık Şiddeti Ölçeğine göre hafif semptom şiddeti göstermesi, bu bireylerin çevreyle daha az çatışma yaşamaları ve sosyal ortamlarda daha iyi uyum sağlamalarıyla ilişkili olabilir. Bununla birlikte, zorbalık deneyimlerinin yalnızca ebeveyn bildirimi ile değerlendirilmiş olması önemli bir metodolojik sınırlılıktır. Zorbalık çoğu zaman okul ortamında ve akran grubu içinde gerçekleştiği için, ergenlerin öz bildirimlerinin de alınması daha bütüncül bir değerlendirme sağlayabilirdi. Gelecek çalışmalarda, zorbalık algısını ölçen standardize edilmiş ölçeklerin hem çocuk hem ebeveyn formuyla birlikte kullanılması önerilmektedir. Ebeveyn bildirimine göre Asperger Sendromu tanılı çocukların, diğer OSB alt tiplerine kıyasla daha sık mağdur ya da zorba-mağdur olduklarının gösterildiği bir çalışmadan örnekle ²¹², yalnızca kırılganlık değil, olası saldırgan davranış örüntülerinin de değerlendirilmesi önem arz edebilir. Ancak

çalışmamızda sosyodemografik formda sorunun farklı zorbalık rolleri (mağdur, zorba, zorba-mağdur) üzerinden yöneltilmemiş olması, özellikle saldırgan davranışların gözden kaçmış olabileceği ya da eksik bildirilmiş olabileceği yönünde bir kısıtlılık gösterebilir.

Ebeveynlere çocuklarının tanısı nedeniyle kendilerini dışlanmış veya ayrıştırılmış hissedip hissetmedikleri sorulduğunda, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). YİO grubundaki ebeveynlerin %57,1'i bu tür bir dışlanma hissi yaşadıklarını belirtmiş, DEHB grubundaki ebeveynlerin ise %65,7'si böyle bir duyguya sahip olmadıklarını ifade etmiştir. Bu durum, YİO grubundaki ebeveynlerin tanının getirdiği sosyal etiketlenmeye karşı daha hassas olabileceğini düşündürmektedir. Yüksek işlevli bireylerin bilişsel düzeylerinin korunmuş olması, davranış farklılıklarının “anormal” ya da “ebeveyn hatası” gibi yorumlanmasına neden olabilir.¹⁴⁰ Literatürde, OSB tanılı çocuğa sahip ebeveynlerin sıklıkla damgalanmış hissettikleri, bu nedenle tanıyı gizlemeyi tercih ettikleri ve sosyal ortamlardan uzaklaştıkları çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur.^{140, 213-214} DEHB belirtileri ise çevre tarafından daha “anlaşılabilir” ya da “yaramazlık” gibi yorumlanabilmektedir. Ayrıca, toplumda otizme yönelik bilgi eksikliği ve önyargılar, otizmlili bireylerin ailelerinde daha fazla içselleştirilmiş damgalanma hissine yol açabilirken; DEHB tanısının daha yaygın ve normalize edilerek algılanması bu gruptaki ebeveynlerde damgalanma algısını azaltmış olabilir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, bu da bireysel farkların, bağlamsal değişkenlerin ve aile içi baş etme kaynaklarının etkili olabileceğini göstermektedir.

Eğitimle ilgili değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sosyodemografik formda yer alan okul başarısı, disiplin geçmişi, özel eğitim alma ve zorbalık mağduru olma gibi değişkenler yalnızca davranışsal çıktılar değil, aynı zamanda damgalayıcı deneyimlerin dolaylı göstergeleri olabilir. YİO grubunda sınıf tekrarı ve disiplin cezası oranlarının daha yüksek, zorbalık mağduriyetinin ise anlamlı düzeyde fazla olması; bu bireylerin okul ortamında sosyal kabul ve aidiyet hissetmede daha fazla zorluk yaşadığını düşündürmektedir.

Aileye ilişkin bazı sosyodemografik değişkenlerde (örn. anne meslek, baba eğitim) gruplar arası farklar saptansa da bu değişkenlerin tartışmada yer alabilecek, çalışmanın ana değişkenleriyle ilişkisini destekleyen anlamlı bir literatür bulgusu bulunmamaktadır.

Anne mesleği ve baba eğitim düzeyine ilişkin gruplar arasında farklılıklar saptanmış olsa da bu değişkenlerin çalışmanın temel değişkenleriyle doğrudan ilişkili olduğunu gösteren kuramsal ya da ampirik bir dayanak bulunmamaktadır. Ayrıca, bazı alt gruplarda katılımcı sayılarının oldukça düşük olması, bu bulguların anlamlı şekilde yorumlanmasını kısıtladığından tartışma bölümünde detaylandırılmamıştır.

Baba yaşı, YİO grubunda DEHB grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Her iki grupta çocukların yaşlarının benzer olduğu göz önüne alındığında, bu bulgu, ileri baba yaşı ile otizm ilişkisine dair hem meta-analiz çalışmaları hem de YİO özelindeki bulgularla uyumludur.^{46, 215} Mevcut yaş verileri doğrudan doğum anındaki yaşları yansıtmasa da yaş farkının benzer kalmış olması bu çıkarımı desteklemektedir.

Gruplara eşlik eden psikiyatrik tanıların karşılaştırılması yapılmıştır. YİO grubunda en sık eş tanı DEHB olarak saptanmıştır. DEHB grubuna en sık eşlik eden hastalık KOKGB olmuştur. Bu bulgular YİO açısından; OSB'ye ve özel olarak YİO'ya en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardan birinin DEHB olduğunu bildiren önceki araştırmalarla uyumludur.^{64, 67, 216, 217} Araştırmalardaki eş tanıları dair bulguların heterojenitesi göz önüne alınarak yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğuna sahip geniş bir örnekleme farklı yaş gruplarındaki komorbiditeye bakılmış. Örnekleme en yaygın eş tanı DEHB olmakla beraber yaş aralığına göre okul öncesi çocuklarda en sık görülen eş tanı DEHB; okul çağındaki çocuklarda DEHB ve anksiyete/obsesif-kompulsif bozukluklar; ergenlerde ise anksiyete/obsesif-kompulsif bozukluklar olarak bildirilmiştir.²¹⁷ DEHB açısından ise; farklı yaş ve örneklemeleri kapsayan çok sayıda çalışmada DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde en yaygın eş tanıların karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu olarak bildirilmesiyle tutarlıdır.¹²¹

Çalışmamızda iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık gösteren tek tanı sosyal fobi olmuş ve bu tanıya YİO grubunda daha sık saptanmıştır. Literatürde, çocukluk çağında

DEHB'nin sıklıkla OSB ile birlikte görüldüğü, ancak yaş ilerledikçe anksiyete ve duygudurum bozukluklarının baskın hale geldiği belirtilmektedir.²¹⁷ Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerde sosyal anksiyete gelişimini etkileyen faktörleri inceleyen sistematik bir derlemede, sosyal beceri eksiklikleri, belirsizliğe tahammülsüzlük ve katı düşünce kalıpları gibi otizme özgü bilişsel özelliklerin sosyal fobi riskini artırabileceği vurgulanmıştır.²¹⁸ YİO grubundaki bireylerin bilişsel düzeylerinin korunmuş olması, sosyal zorlukların farkına varmalarını ve buna bağlı olarak kaygı geliştirmelerini kolaylaştırabilir. Buna karşın DEHB'deki sosyal zorluklar, genellikle dikkat dağınıklığı veya dürtüsellik kaynaklı olup, birey bu zorlukların farkında olmayabilir; bu da sosyal kaygının daha az gelişmesine yol açmış olabilir.

KGİ-Ş ve CGAS puanı, hastalık şiddeti ve işlevselliği değerlendirmek amacıyla klinisyen tarafından puanlanmıştır. YİO grubundaki katılımcıların çoğu "belirgin düzeyde hasta" olarak değerlendirilirken, DEHB grubunda en yaygın kategori "hafif düzeyde hasta" olmuştur. Anlamlı fark, DEHB grubunun daha hafif hastalık şiddeti göstermesi yönünde bulunmuştur. Benzer şekilde, CGAS ölçeğiyle değerlendirilen genel işlevsellik puanları da YİO grubunda anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Bu bulgular, YİO grubundaki bireylerin genel klinik tablo ve sosyal uyum açısından daha fazla güçlük yaşadığını göstermektedir. Ayrıca, DEHB grubundaki "hafif hasta" oranının yüksekliği, bu grubun daha az bozulmuş genel işlevselliğine işaret etmektedir. YİO grubunda gözlenen düşük işlevsellik ve yüksek hastalık şiddeti düzeyi; sosyal beceri yetersizlikleri ve sosyal fobi gibi eşlik eden tanılarının katkısıyla açıklanabilir.

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği – Ergen Formu (RHİDÖ-EF)'nden elde edilen sonuçlara göre, 'Kalıp Yargıların Onaylanması' alt boyutu ve 'Toplam Damgalanma Puanı' açısından YİO ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grubun kalıp yargıların onaylanması alt boyut puan ortalamalarının düşük düzeyde olması, bireylerin kamuoyundaki damgalayıcı yargıların farkında olsa da bu yargıları kişisel olarak benimsemediklerini düşündürmektedir. Bu durum, McKeague ve ark.'nın gençlerin ruhsal hastalıklarla ilgili kamu damgalamasına ilişkin farkındalıklarının yüksek olmasına rağmen bu kalıp yargıları onaylama düzeylerinin düşük olduğunu gösteren bulgularıyla uyumludur.²¹⁹ Ruhsal hastalığı olan yetişkin

bireylerle yürütülen bir çalışmada; bireylerin kamuoyundaki önyargılardan haberdar olmalarının, bu önyargıları mutlaka içselleştirdikleri anlamına gelmediği vurgulanmıştır.²²⁰ Dolayısıyla, her iki grubun benzer ve düşük düzeyde damgalanma puanlarına sahip olması, kamuoyundaki olumsuz yargıların bireylerce içselleştirilmediğine, bireysel direnç mekanizmalarının etkisine işaret edebilir. Ayrıca DEHB grubu özelinde aynı ölçekteki alt boyutlardan damgalanmaya karşı direnç puanının anlamlı olarak daha fazla bulunmasının bu sonuçla ilişkisi olabilir.

Öte yandan, damgalanmaya karşı direnç puanının DEHB grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunması, bu bireylerin damgalayıcı inançlara karşı daha güçlü bir psikolojik duruş sergileyebildiklerini ya da bu inançları reddettiklerini göstermektedir. Bu durum, DEHB'nin toplumda görece daha yaygın bilinen ve 'hiperaktif çocuk' diyerek normalize edilerek bireylerin hasta kimliğiyle özdeşleşme ihtiyacının azaldığı bir tanı olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca, DEHB tanılı bireylerin sık sağlık başvuruları nedeniyle tanıya ve tedaviye dair farkındalıklarının daha yüksek olması, damgalayıcı etkilere karşı baş etme becerilerini artırmış olabilir. Dolayısıyla, DEHB grubunun kalıp yargıları içselleştirmeme ve direnç geliştirme açısından daha avantajlı bir profil sergilediği söylenebilir.

Çin'de otizmlı çocukların ebeveynleriyle yürütülen bir çalışmada, 'algılanan ayrımcılık' ile 'yüksek intihar riski' arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; bu ilişkide, ebeveyn damgalanması ve sosyal yabancılaşmanın aracı rol oynadığı gösterilmiştir.²²¹ Her ne kadar bu çalışma ebeveynler üzerinden yürütülmüş olsa da, bizim çalışmamızda YİO grubunda çocukların 'Yabancılaşma', 'Algılanan Ayrımcılık' ve Sosyal Geri Çekilme' alt boyutlarında DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar almış olması, benzer mekanizmaların çocuk düzeyinde de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, otizme özgü sosyal zorlukların ve toplumsal dışlanmanın, bireylerin yalnızca sosyal işlevselliğini değil, öznel damgalanma deneyimlerini de derinleştirebildiğine işaret etmektedir. Ayrıca bu sonuçlar, çocukların içselleştirilmiş damgalanma deneyimlerinin sadece kendi bireysel özelliklerinden değil, ebeveynlerinin yaşadığı damgalanma ve dışlanma gibi çevresel faktörlerden de dolayı olarak etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği - Ebeveyn Formu (WİBÖ-E)'na göre, YİO grubunda “Sosyal Etkinlikler” ve “Benlik Algısı” alt boyutlarında DEHB grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla işlevsellikte bozulma saptanmıştır. Yüksek işlevli otizm/Asperger sendromunun; bireylerin bilişsel ve dilsel becerileri normatif sınırlar içinde olsa da sosyal iletişimde niteliksel yetersizliklerle seyreden bir bozukluk olduğu bilinmektedir. Bu bireyler, dışarıdan bakıldığında “engelsiz” görünmelerine rağmen, dili tek yönlü ve sınırlı ilgi alanlarına odaklı, tuhaf şekilde kullanmaları nedeniyle sosyal etkileşimde zorluklar yaşamaktadırlar.^{62, 140} DEHB ise yalnızca davranışsal belirtilerle değil; sosyal ilişkiler, akademik başarı ve mesleki işlevsellik gibi çoklu alanlardaki bozulmalarla da ilişkilidir.¹²² WİBÖ-E, ebeveyn değerlendirmesine dayalı bir araç olduğundan, YİO grubundaki sosyal iletişim sorunlarının daha belirgin ve dikkat çekici özellikler taşıması, ebeveynlerin bu alandaki işlevsellik bozulmalarını DEHB grubuna kıyasla daha açık şekilde fark etmelerine neden olmuş olabilir. Öte yandan, YİO grubundaki katılımcıların %77,1’inde DEHB eş tanısının bulunması, bu örneklemin “saf” bir YİO grubunu temsil etmesini zorlaştırmakta; bu da gözlenen işlevsellik bozulmasının yalnızca otizm özelliklerinden değil, her iki nörogelişimsel bozukluğun etkileşiminden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

WİBÖ-E sonuçlarına göre bu bulgu, RHİDÖ-EF ile elde edilen ergen öz-bildirimleriyle de örtüşmektedir. YİO grubundaki ergenlerin yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanlarının yüksek bulunması, sosyal alandaki işlevsellik sorunlarının hem ebeveyn gözlemleri hem de ergenin içsel deneyimi ile tutarlı olduğunu göstermektedir.

Yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmek amacıyla çalışmamızda kullanılan çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin, literatürde otizm grubunda en sık kullanılan ve çocuk ve ergen otizm tanıılı bireylerde geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış tek ölçek olduğu bildirilmektedir.^{150, 222} Katılımcılarımızın ÇİYKÖ kapsamında elde edilen genel yaşam kalitesi ve sosyal-duygusal işlevsellik puanları, YİO grubunun DEHB grubuna kıyasla hem ergen hem ebeveyn bildirimlerinde anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, YİO’da sosyal bilişsel becerilerdeki niteliksel eksikliklerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

Sosyal işlevselliğe dair grup içi analizlerde hem YİO hem de DEHB grubundaki ergenler, ebeveynlerinin değerlendirmelerine kıyasla kendilerini sosyal olarak daha işlevsel görmüştür. Bu bulgu, OSB tanılı gençlerde sosyal işlevsellik alanında çocuk ve ebeveyn değerlendirmeleri arasında sıklıkla fark bulunduğunu gösteren literatürle uyumludur.²²²⁻²²⁴ Bu çalışmanın özgün yönü, yalnızca OSB grubuna odaklanmayıp, DEHB ile karşılaştırmalı olarak değerlendirme yapmasıdır. YİO grubunda bu farkın sosyal farkındalık yetersizliğinden, DEHB grubunda ise dışa yansıyan sosyal sorunların ebeveynlerce daha kolay gözlemlenmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, sosyal işlevsellik alanındaki ergen-ebeveyn değerlendirme farklılıklarının yalnızca kimin yanıtladığına değil, aynı zamanda tanı grubunun özelliklerine bağlı olarak da değişebileceğini göstermektedir.

Sheldrick ve ark.'nın YİO tanılı ergenlerde yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerde öz bildirimler ile ebeveyn görüşleri arasındaki uyumun incelediği çalışmasında ebeveynlerin çocuklarının yerine kendini koyarak verdiği yanıtların, öz bildirimlerle daha çok örtüştüğünü saptamıştır.²²⁴ Ancak sosyal işlevsellikte uyumsuzluk sürmüştür. Bu bulgular, yaşam kalitesi değerlendirmelerinde çoklu bilgi kaynaklarından yararlanmanın önemini ortaya koymaktadır.

Duygusal işlevsellik açısından yalnızca ergen değerlendirmelerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmış, DEHB grubundaki ergenler YİO grubuna kıyasla kendilerini daha iyi duygusal işlevselliğe sahip durumda değerlendirmiştir. DEHB grubunda duygular sıklıkla kısa süreli, hızlı geçişli ve dikkat dağınıklığı nedeniyle yeterince fark edilmeyen bir biçimde yaşandığından, bireylerin duygusal zorluklarını değerlendirmeleri daha az olumsuz yönde olabilir.²²⁵ ÇİYKÖ'nün bu alt boyutu; korku, üzüntü, öfke, kaygı ve uyku sorunları gibi çocuğun içsel duygusal yaşantılarına odaklandığından, YİO grubundaki bu düşük puanlar, bu bireylerin yoğun duygusal sıkıntılar yaşadığını düşündürülebilir. Ebeveyn değerlendirmelerinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, otizmde duygusal yaşantıların dışarıdan gözlemlenmesinin zorluklarını yansıtmakta ve dışsal değerlendirmeleri etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada, özel eğitim alma, ilaç tedavisi kullanma, zorbalığa uğrama, ayrıştırılmış hissetme, sınıf tekrarı, disiplin cezası alma, akademik başarı düzeyi ve aile gelir düzeyi gibi sosyodemografik ve okul temelli değişkenlere göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 10). Bu bulgu, söz konusu deneyimlerin bireyler için öznel anlam taşısa da damgalamanın bireysel algı boyutunun daha karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahip olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca örneklem büyüklüğünün sınırlı olması ve alt gruplardaki katılımcı sayılarının düşük olması, istatistiksel gücün yetersizliğiyle ilişkili olabilir ve bu durum anlamlı farkların saptanamamasına neden olmuş olabilir.

Damgalanma ile ilişkili olabilecek bu değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı bir fark vermemesi alt kategorilerdeki katılımcı sayısının sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Örneğin, disiplin cezası alan ya da özel eğitim almış çocuk sayısının düşük olması (özellikle anlamlılık sınırına yakın p değerleri olan özel eğitim alma $p = 0,089$; disiplin cezası alma $p = 0,091$), gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlılığın ortaya çıkmasını engellemiş olabilir. Bu durum, örneklemdeki homojen dağılımın (belirli özelliklerin az sayıda katılımcıda toplanması) analizlerin gücünü sınırladığını ve daha geniş, alt grupları dengeli şekilde temsil eden heterojen örneklemelerde bu ilişkilerin daha belirgin şekilde gözlemlenebileceğini düşündürmektedir.

Çocuk ve ergenlerde özel eğitime devam etmenin içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisini gösterebilecek bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Ancak, özel eğitim ile damgalanma ilişkisini ebeveyn perspektifinden ele alan bir tezde, özel eğitim alan çocukların annelerinde daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma saptanmıştır.¹⁴² Bu bulgu, özel eğitimin damgalayıcı etkilerinin yalnızca ebeveynlerle sınırlı kalmayıp, çocukların damgalanma algısını da dolaylı olarak etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, özel eğitim sürecinin hem ebeveyn hem de çocuk düzeyinde çok boyutlu olarak ele alınması önem arz edebilir.

Bu bulgular, önceki araştırmalarda bildirilen dışa yönelimsel davranışlar, öfkeli, düşük akademik başarı ve öğrenme güçlükleri gibi etkenlerin DEHB tanılı çocuklarda zorbalık yapma davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koyan sonuçlarla²²⁶⁻²²⁹ çelişiyor

gibi görünmektedir. Ayrıca çalışmamızda ilişki bulunmamasına rağmen farklı çalışmalarda, DEHB’ de ilaç kullanımına ilişkin damgalanmanın; bağımlılık endişesi, tedaviye uyumsuzluk ve düşük benlik saygısı gibi çok sayıda psikososyal değişkenle ilişkili olduğu ve bu değişkenlerin damgalanma algısını şekillendirebileceği belirtilmiştir^{146, 230} Öte yandan, otizmde psikotrop ilaç kullanımının damgalanma ile doğrudan ilişkisini ele alan bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte, çoklu ilaç kullanımının davranış sorunları, eş tanılar ve bilişsel düzey ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir.²³¹

Öncelikle, bu çalışmada kullanılan “zorbalığa uğrama” ve “akademik başarı” değişkenleri, ebeveyn bildirimine dayalı olarak ölçülmüştür. Bu nedenle, kurulan soruların yapısı, bağlamı ve algılanan olay türü, damgalanma deneyimiyle ilişkilendirilmekte sınırlı kalmış olabilir. Ayrıca, zorbalık ve düşük akademik başarı gibi yaşantılar, damgalanmanın yalnızca dolaylı belirleyicileri olabilir; araya giren faktörler (örneğin çocuğun sosyal destek düzeyi, ebeveynin baş etme tutumu veya okul iklimi) bu ilişkiyi zayıflatmış ya da maskeleyebilir.

Yüksek işlevli otizm grubuna ait ölçeklerin korelasyon analizinde, çocukların genel işlevsellik düzeyleri (CGAS) ile hem damgalanma düzeyleri hem de işlevsellikte bozulma (WİBÖ-E) düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgular çocukların işlevsellik düzeyi arttıkça, damgalanma puanlarının azalma eğiliminde olduğu ve günlük yaşam becerilerinde daha az zorluk yaşadıklarını göstermektedir. İşlevsellik ile ergenin öznel yaşam kalitesi algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = 0,436$) bulunması, çocukların yalnızca davranışsal ya da sosyal yeterliklerinde değil, aynı zamanda genel iyi oluş düzeylerinde de daha olumlu bir tablo sunduklarını düşündürmektedir. Ayrıca, CGAS puanları ile ebeveynin çocuğunun yaşam kalitesine ilişkin algısı arasında saptanan pozitif ilişki ($r = 0,382$), çocuğun işlevselliği arttıkça ebeveynin de çocuğunun yaşam kalitesini daha olumlu değerlendirdiğini göstermektedir.

Damgalanma puanları arttıkça, çocukların hem genel işlevsellik düzeylerinde hem de yaşam kalitesi algılarında gözlenen düşüş, literatürde tanımlanan içselleştirilmiş damgalanmanın bireysel ve sosyal düzeydeki olumsuz etkileriyle tutarlıdır. Damgalanma yaşayan bireyler, toplumsal önyargıları içselleştirerek benlik algılarında bozulma, öz-

yeterlik inançlarında zayıflama ve sosyal ortamlardan geri çekilme eğilimi gösterebilirler.^{135, 136, 220} Bu süreç, bireyin sosyal becerilerini sınırlayabileceği gibi, psikolojik dayanıklılığı ve genel işlevselliğini de zayıflatabilir. Bu çalışmalardan, Livingston ve ark.'nın yürüttüğü kapsamlı meta-analizde, içselleştirilmiş damgalanmanın psikososyal değişkenlerle ilişkisi yanında tedaviye uyumla da anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹³⁶ Yüksek damgalanma düzeylerinin tedaviye uyumu olumsuz etkileyebileceği ve dolayısıyla çocuk ve ergenlerde uzun vadeli psikososyal işlevselliği de tehlikeye atabileceği dikkate alınmalıdır.

Bu nedenle, damgalanmayı azaltmaya yönelik müdahaleler yalnızca sosyal farkındalığı artırmakla sınırlı kalmamalı; bireyin özgüvenini destekleyen, öz-yeterlik duygusunu güçlendiren ve sosyal katılımını teşvik eden yapılandırılmış psikososyal destek programlarını da içermelidir. Özellikle okul temelli bilinçlendirme çalışmaları, akran destek grupları ve aileye yönelik damgalama karşıtı psikoeğitimler hem bireysel işlevselliği hem de yaşam kalitesini koruyucu bir rol üstlenebilir.

DEHB tanılı ergen grubuna ilişkin ölçekler arası korelasyon bulguları, YİÖ grubunda saptanan örüntülerle genel olarak benzerlik taşımakla birlikte, bazı dikkat çekici farklara da işaret etmektedir. Her iki grupta da işlevsellik düzeyi arttıkça damgalanma azalmakta; buna paralel olarak hem ergenin yaşam kalitesi hem de ebeveynin çocuğunda algıladığı yaşam kalitesinde artış gözlenmektedir.

DEHB grubuna ait korelasyon analizinde YİÖ grubundan farklı olarak damgalanmanın WIBÖ-E işlevsellikte bozulma ve ebeveyn algısına göre çocuğun yaşam kalitesi (ÇİYKÖ-Ebeveyn) üzerindeki etkisi yalnızca DEHB grubunda anlamlı bulunmuştur. Yüksek işlevli otizm grubunda damgalanma puanları ile ebeveynin çocuğu için algıladığı yaşam kalitesi ve WIBÖ-E üzerinden değerlendirilen işlevsellikte bozulma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, damgalanmanın YİÖ grubundaki bireylerde ebeveyn perspektifinden yeterince fark edilmediğine işaret edebilir. Bu durumun olası açıklamalarından biri, otizm spektrumundaki çocukların özellikle yüksek işlevli profilde sosyal beklentilere yanıt vermek için geliştirdiği sosyal kamuflaj stratejileri olabilir. Livingston ve arkadaşları, sosyal bilişsel güçlüklerine rağmen otizmlili bazı bireylerin

gözlemlenen sosyal becerilerde yüksek performans sergileyebildiğini ve bu durumun dışarıdan fark edilmeyi zorlaştırabileceğini göstermiştir.²³² Bu bağlamda, damgalanma içselleştirilse dahi ebeveyn değerlendirmelerine yansımayaabilir.

YİO grubunda damgalanma ile ebeveynin algıladığı yaşam kalitesi ve işlevsellik arasında korelasyon ilişkisi saptanmamış olması, bireylerin Zihin Kuramı becerilerindeki sınırlılıklar ile de açıklanabilir. Zihin Kuramı yetersizlikleri, çocukların yaşadıkları olumsuz sosyal deneyimleri fark etmelerini ve bunları sözel olarak ifade etmelerini güçleştirebilir. Aynı zamanda ebeveynlerin de çocuklarının içsel yaşantılarını doğru anlamlandırmasını zorlaştırabilir. Literatüre göre, otizmlili bireylerin sosyal becerilerine dair öz değerlendirmeleri ile dış gözlemcilerin değerlendirmeleri arasındaki tutarsızlıkların, bu tür bilişsel farklılıklardan kaynaklanabileceği vurgulanmaktadır.²³³ Bu durum, damgalanmanın etkilerinin ebeveyn bildirimlerine sınırlı biçimde yansımaya neden olabilir.

Buna karşın, DEHB grubunda damgalanma ile hem yaşam kalitesi hem de işlevsellik arasında ebeveyn perspektifinden anlamlı ve güçlü ilişkiler saptanmıştır. Bu durum, damgalanmanın DEHB tanılı çocuklarda daha görünür sosyal ve davranışsal sonuçlar doğurduğunu; ebeveynlerin bu etkileri hem yaşam kalitesi hem de günlük işlevler düzeyinde daha fazla fark ettiğini düşündürmektedir. YİO grubunda ise damgalanma deneyimlerinin daha çok içsel yaşandığı ve günlük yaşamdaki gözle görülür işlevsellik düzeylerine daha az yansıdığı varsayılabilir. Bu fark, iki bozukluk grubunun sosyal bilişsel profillerine, dışavurum biçimlerine ve ebeveynle kurdukları etkileşim tarzlarına bağlı olarak değerlendirilebilir.

Komorbide eş tanı sayısı ile ölçekler arasındaki korelasyon incelendiğinde, hastalık şiddeti (KGİ-Ş) puanı açısından DEHB grubuna kıyasla daha ağır bir klinik profile sahip olan YİO grubunda, komorbidite sayısı ile işlevsellik (CGAS), yaşam kalitesi (ergen ve ebeveyn değerlendirmeleri) ve damgalanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşılık, DEHB grubunda eş tanı sayısı arttıkça genel işlevsellik düzeyinin azaldığı ($r = -0,517$) ve işlevsellikte bozulmanın arttığı ($r = 0,394$)

gözlenmiştir. Bu bulgular, DEHB grubunda komorbid tanıların günlük yaşam işlevselliği üzerinde daha belirgin ve doğrudan bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir.

YİO grubunda komorbidite sayısı ile işlevsellik ve yaşam kalitesi ölçümleri arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, kısmen örneklem büyüklüğünün sınırlı olması ve bu gruptaki bireylerin CGAS ve WIBÖ-E gibi ölçeklerden benzer puanlar almasıyla açıklanabilir. Ölçek puanlarının varyansının dar olması, korelasyon analizlerinin değişkenler arası ilişkileri saptama gücünü azaltmış olabilir.

Ayrıca, YİO grubunda çekirdek otizm belirtilerinin (örneğin sosyal iletişim güçlükleri ve sınırlı-yinelenen davranışlar) işlevsellik düzeyini belirleyen temel etken haline gelmesi, eş tanıların etkisini görece arka planda bırakabilir. Bu bağlamda, otizmlili bireylerde komorbiditelerin etkisi mevcut semptomatolojinin yoğunluğu nedeniyle hem klinisyen hem de ebeveyn değerlendirmelerinde daha az fark edilebilir hale gelmiş olabilir. Buna karşın DEHB’ de sık karşılaşılan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi dışa vurulan belirtilerin sosyal çevrede dikkat çekici olması, eşlik eden psikiyatrik sorunların da daha görünür hale gelmesine ve işlevsellik üzerindeki etkilerinin daha belirgin algılanmasına yol açabilir.

Çalışmamızın Güçlü Yanları: Bu çalışmanın önemli bir güçlü yönü, yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanıılı ergenlerin çok boyutlu biçimde karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesidir. Hem ergenlerin öz bildirimlerine hem de ebeveynlerin değerlendirmelerine dayalı olarak yaşam kalitesi, işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma gibi çeşitli psikososyal değişkenlerin bütüncül biçimde ele alınması, bulguların derinliğini ve klinik uygulanabilirliğini artırmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan geçerliliği ve güvenilirliği yüksek standart ölçme araçları, elde edilen sonuçların bilimsel gücünü desteklemiştir. Özellikle YİO grubunda damgalanma, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin sistematik biçimde incelenmesi, literatürde bu konuda sınırlı sayıda veri bulunması nedeniyle özgün bir katkı niteliğindedir.

Çalışmamızın Kısıtlılıkları : Öncelikle, çalışma kesitsel tasarıma sahip olduğu için değişkenler arasında nedensel ilişkiler kurulamamakta, yalnızca korelasyonlar üzerinden yorum yapılabilmektedir. Örneklem büyüklüğünün görece sınırlı olması ve alt gruplarda (örneğin özel eğitim alan, disiplin cezası almış bireyler gibi) temsilin düşük olması, bazı

değişkenler arası ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı bulunamamasına yol açmış olabilir. Damgalanma, zorbalık ve akademik başarı gibi değişkenlerin büyük ölçüde ebeveyn bildirimine dayalı olarak değerlendirilmesi, özellikle YİO grubunda sosyal farkındalık sınırlılıkları ve ebeveynin algı yanlılıkları nedeniyle içsel yaşantıların yeterince yansıtılamamasına neden olabilir. Ayrıca, YİO grubunda eş tanı olarak DEHB' nin yüksek oranda görülmesi, gruplar arası ayrışmayı güçleştirerek bazı bulguların yalnızca otizme özgü mü yoksa komorbid etkilerle mi ilişkili olduğunu ayırt etmeyi zorlaştırmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında, yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Her iki grubun da toplumsal işlevsellikte zorluklar yaşamasına rağmen, damgalanma etkilerinin özellikle yüksek işlevli OSB'li bireylerde yeterince görünür kılınmadığı yönündeki klinik gözlemler, çalışmanın temel dayanağını oluşturmuştur. Bu kapsamda, yalnızca ergen öz bildirimlerine değil, ebeveyn görüşlerine ve klinisyen değerlendirmelerine de yer verilerek damgalanmanın yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerindeki etkileri çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınmıştır.

1. Bu çalışmada YİO grubunda erkek/kız oranı 6:1, DEHB grubunda ise 2,5:1 olarak bulunmuştur. Bulgular, otizmin özellikle yüksek işlevli alt türlerinde erkeklerde daha yaygın görüldüğünü ve DEHB' nin erkeklerde daha sık tanılandığını bildiren literatürle uyumludur. Klinik örneklerdeki bu farkın, tanı alma ve yönlendirme süreçlerindeki cinsiyet yanlılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

2. Her iki grupta da ergenlerin çoğunluğu kentsel bölgelerde yaşamaktadır ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum, özellikle Türkiye'de tanı ve tedavi hizmetlerine erişimin kent merkezlerinde yoğunlaşmasıyla ilişkili olabilir. YİO grubundaki kentsel yoğunluk ise literatürde vurgulanan otizmde kentsel kümelenme bulgularını desteklemektedir.

3. Ailede çocuk sayısı ve doğum sırası açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır; her iki grupta da olgular çoğunlukla iki çocuklu ailelerin ilk doğan çocuğudur. Bu bulgu, OSB ve DEHB tanılarında ilk doğan çocuklarda riskin daha yüksek olduğunu belirten literatürle uyumludur. İlk gebelikteki biyolojik riskler veya ebeveynlerin ilk çocukta daha dikkatli olmaları gibi faktörlerin bu durumu etkileyebileceği öne sürülmektedir.

4. Bu çalışmada sigara, alkol ve madde kullanımına rastlanmamış olması, düzenli psikiyatrik takip ve sosyal istenirliğe bağlı bildirim sınırlılıklarıyla açıklanabilir. Bununla

birlikte hem OSB hem de DEHB’li ergenlerin sosyal dışlanma, damgalanma ve zorbalık gibi yaşantılara açık olduğu bilinmektedir. Literatürde, zorbalık deneyimlerinin içselleştirilmiş damgalanmayı artırarak riskli davranışlara zemin hazırlayabileceği vurgulanmaktadır. Ancak bu çalışmada yalnızca aile bildirimiyle zorbalık mağduriyeti sorgulanmış, zorbalık yapan konum veya çocuğun öznel deneyimi değerlendirilmemiştir. Gelecek araştırmalarda, damgalanma ve zorbalığın riskli davranışlarla ilişkisini çoklu bilgi kaynaklarıyla inceleyen kapsamlı modeller önerilmektedir. OSB grubu özelinde sigara/alkol/madde kullanımına rastlanmaması, sosyal izolasyonun akran etkisine maruziyeti engelleyerek bağımlılık davranışlarına karşı koruyucu bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

5. Çalışmamızda, YİO grubunun %68,6’sı, DEHB grubunun ise %80’i medikal tedavi almaktaydı; gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum, YİO tanılı bireylerin de eşlik eden davranışsal ve psikiyatrik sorunlar nedeniyle ciddi psikiyatrik destek gereksinimi taşıdığını göstermektedir. İki grup arasında özel eğitim alma oranları açısından da fark bulunmamış, ancak YİO grubunun %65,7’sinin özel eğitim hizmeti almadığı belirlenmiştir. Bu durum; yüksek işlevli bireylerde özel eğitim ihtiyacının yeterince fark edilmemesi, tanının geç konulması, damgalanma endişesi, sosyal etkileşime yönelik eğitsel programların sınırlılığı ve özel eğitime erişim kısıtları gibi etmenlerle açıklanabilir.

6. Çalışmada, YİO grubunun DEHB’ye kıyasla ebeveyn raporlarına göre anlamlı şekilde daha fazla akran zorbalığına maruz kaldığı görülmüştür. Bu durum, sosyal beceri yetersizlikleri ve ebeveyn farkındalığıyla ilişkili olabilir. Ayrıca, OSB grubundaki ebeveynlerin tanıya bağlı sosyal ayrışma hissini daha sık dile getirmesi, bu tanı grubunda içselleştirilmiş damgalanmaya karşı duyarlılığın daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Zorbalık deneyimlerinin (kurban, mağdur, kurban/mağdur olma) daha bütüncül değerlendirilebilmesi için, gelecekte hem çocuk hem de ebeveyn perspektiflerini içeren, nitel yönü güçlü araştırmalar planlanabilir.

7. Eğitimle ilgili değişkenlerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte, YİO grubunda sınıf tekrarı, disiplin cezası ve zorbalık mağduriyetinin daha yüksek

bildirilmesi, bu bireylerin okul ortamında sosyal uyum ve kabulde daha fazla zorluk yaşadığını düşündürmektedir. Alt gruplardaki örneklem sınırlılığı istatistiksel anlamlılığı etkilemiş olabilir; ancak bu bulgular, okul temelli damgalanmanın görünmeyen etkilerine ve bilgi eksikliğine işaret etmektedir. Bu nedenle, ileride yapılacak daha geniş örneklemli ve kapsamlı çalışmalar bu alandaki yapısal sorunları daha iyi ortaya koyabilir.

8. Çalışmada, YİÖ grubunda en sık eş tanının DEHB, DEHB grubunda ise en sık eş tanının KOKGB olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, her iki bozukluk için literatürde en sık bildirilen eş tanılarla tutarlıdır. Gruplar arasında anlamlı farklılık gösteren tek tanı sosyal fobi olup, YİÖ grubunda daha yüksek oranda görülmüştür. Bu durum, yüksek işlevli otizmlili bireylerde sosyal farkındalığın artmasıyla birlikte sosyal kaygının da daha belirgin hale geldiğini düşündürmektedir.

9. Klinik değerlendirmelere göre, YİÖ grubunda hastalık şiddeti daha yüksek, işlevsellik düzeyi ise anlamlı derecede düşüktür. Bu durum, sosyal beceri yetersizlikleri ve eşlik eden sosyal fobi ile ilişkili olabilir.

10. RHİDÖ-EF sonuçlarına göre, YİÖ ve DEHB grupları arasında toplam damgalanma ve kalıp yargıların onaylanması açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grupta da bu yargıların benimsenme düzeyi düşüktür. Ancak, DEHB grubunun damgalanmaya karşı daha yüksek direnç göstermesi, tanının toplumda daha yaygın ve kabul edilebilir algılanmasıyla ilişkilendirilebilir. Öte yandan, YİÖ grubunda yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanlarının yüksek olması, içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal dışlanma yoluyla derinleştiğini düşündürmektedir.

11. WİBÖ-E verilerine göre, YİÖ grubunda “Sosyal Etkinlikler” ve “Benlik Algısı” alanlarında DEHB grubuna kıyasla istatistiksel olarak daha fazla işlevsellik bozulması saptanmıştır. Bu durum, YİÖ’nun bilişsel açıdan yüksek işlevselliğe rağmen sosyal iletişim alanındaki belirgin güçlükleriyle ilişkili olabilir. Ayrıca, grubun büyük kısmında DEHB eş tanısının bulunması, gözlenen bozulmaların her iki tanının etkileşimiyle açıklanabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, RHİDÖ-EF ile elde edilen ergen öz-bildirimlerini (yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme boyutlarında anlamlı düşüklük) de desteklemektedir; YİÖ grubunda sosyal dışlanma ve sosyal etkinlikler alanında

işlevsellikte bozulmanın yalnızca dış gözlemle (ebeveyn) değil, içsel deneyimle de örtüştüğü görülmüştür.

12. ÇİYKÖ sonuçlarına göre, YİO grubunun genel yaşam kalitesi ve özellikle sosyal-duygusal işlevsellik düzeyi, DEHB grubuna kıyasla daha düşüktür. Her iki grupta da ergenler, ebeveynlerine göre sosyal işlevselliğini daha iyi değerlendirmiştir; bu farkın, YİO’ da sosyal farkındalık kısıtlılığına, DEHB’de ise belirtilerin gözlenebilirliğine bağlı olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, yüksek işlevli bireylerde sosyal ve duygusal zorluklara erken müdahale edilmesi, özel eğitim erişiminin artırılması ve değerlendirmelerde çoklu bilgi kaynaklarının dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

13. Bu çalışmada, bazı sosyodemografik ve okul temelli değişkenlerle içselleştirilmiş damgalanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, damgalanmanın daha çok bireysel algılarla şekillenen çok boyutlu bir yapı olduğunu düşündürmektedir. Özellikle örneklem alt gruplarının dengesiz dağılımı ve sayıca azlığı, istatistiksel farkların ortaya çıkmasını engellemiş olabilir.

14. YİO grubunda çocukların işlevsellik düzeyleri arttıkça hem içselleştirilmiş damgalanmanın hem de ebeveynlerin bildirdiği işlevsel bozulmanın azaldığı görülmüştür. Ayrıca, işlevsellik düzeyi ile hem çocuğun kendi yaşam kalitesi algısı hem de ebeveynin değerlendirmesi pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu durum, damgalanmanın yalnızca sosyal algıyla sınırlı kalmayıp, çocukların öznel iyi oluşları ve aile değerlendirmeleri üzerinde de belirleyici etkiler taşıdığını göstermektedir. Dolayısıyla, damgalamayı azaltmaya yönelik çok yönlü psikososyal müdahalelerin hem bireysel hem ailesel düzeyde olumlu katkılar sağlayabileceği anlaşılmaktadır.

15. Çalışmamızda DEHB grubuna ait korelasyon analizleri, içselleştirilmiş damgalanmanın bu gruptaki bireylerin yaşam kalitesi ve işlevselliğiyle anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Damgalanma düzeyi arttıkça, hem ebeveynlerin çocuklarının yaşam kalitesine dair değerlendirmeleri azalmış, hem de işlevsellikte bozulma düzeyi belirgin şekilde artmıştır. Bu bulgular, damgalanmanın DEHB tanılı bireylerde gözlemlenebilir davranışsal çıktılarla daha doğrudan bağlantılı olduğunu ve ebeveyn değerlendirmelerine açık biçimde yansıdığını ortaya koymaktadır. Buna karşılık, YİO grubunda bu tür bir ilişki görülmemiştir. Bu fark, YİO’ lu bireylerin sosyal zorluklarını

dışa vurmakta daha kapalı olmaları ve ebeveynlerin çocuklarının içsel deneyimlerini fark etmekte zorlanmalarıyla açıklanabilir. Özetle, damgalanmanın DEHB’ de daha görünür semptomlarla ilişkili olması, ebeveynlerin bu etkiyi daha kolay fark etmesini sağlarken; YİO’da süreç daha çok bireyin iç dünyasında yaşanmakta ve dışsal değerlendirmelere sınırlı biçimde yansımaktadır. İçselleştirilmiş damgalanmayı önemsemek ve fark edebilmek adına bütüncül olarak, ergen, ebeveyn, klinisyenin değerlendirme yapabileceği yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri geliştirilmesi bu alandaki eksiği giderebilir.

16. Beklentinin aksine, YİO grubunda komorbidite sayısı ile işlevsellik, yaşam kalitesi ve damgalanma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durum, otizmde çekirdek semptomların belirleyici etkisi ve ölçek puanlarının dar aralıkta toplanması nedeniyle analizlerin ilişki saptama gücünün düşmesiyle açıklanabilir. Öte yandan, DEHB grubunda komorbidite sayısı arttıkça işlevsellikte belirgin bozulma görülmesi, bu etkilerin daha dışa vurumcu ve gözlemlenebilir olmasıyla ilişkili olabilir.

Bu çalışma, YİO grubunda içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesiyle ilişkisini ortaya koyarak, alandaki önemli bir boşluğu doldurmuştur. Gelecek araştırmalarda daha homojen ve büyük örneklemelerle “saf” tanı gruplarının karşılaştırılması önerilmektedir. İçselleştirilmiş damgalanmanın ölçülebilmesi ve müdahale edilebilmesi için tanımaya yönelik bütüncül ele alacak şekilde geçerliliği olan, klinisyen, ergen ve ebeveyn bildirimini kapsayan yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri geliştirilmelidir. Klinik uygulamalarda, YİO grubuna yönelik sosyal beceri eğitimi ve damgalama karşıtı psikoeğitimler önem kazanırken; toplumsal düzeyde farkındalık artırıcı kampanyalar, okul temelli müdahaleler ve medya temsilleri damgalanmayı azaltmada etkili olabilir. İçselleştirilmiş damgalanmayı önlemeye yönelik çalışmalar, bireylerin psikososyal uyumunu destekleme açısından kritik görülmektedir.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğu (YİÖ) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bireysel işlevsellik ve sosyal uyumu etkileyen nörogelişimsel bozukluklardır. Her iki grupta da toplumsal işlevsellikte zorluklar yaşanmasına rağmen, özellikle YİÖ tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın etkileri yeterince görünür kılınmamıştır. Literatürde içselleştirilmiş damgalanma çalışmaları çoğunlukla ebeveyn perspektifine odaklanmakta olup, çocukların bakış açısı sınırlı olarak ele alınmıştır. Bu çalışma, YİÖ ve DEHB tanılı ergenlerde içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerindeki etkilerini, ergen, ebeveyn ve klinisyen değerlendirmeleri doğrultusunda çok boyutlu bir yaklaşımla incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırmaya, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği'ne başvuran; DSM-5 kriterlerine göre yüksek işlevli otizm spektrum bozukluğu (YİÖ) veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış ya da tanı sürecinde takip edilen, 13-18 yaş aralığında ve dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 70 ergen (YİÖ=35, DEHB=35) ile ebeveynleri dahil edilmiştir. Her iki grupta da zekâ düzeyi, WISC-IV veya WISC-R değerlendirmeleri sonucunda 70 ve üzeri puan alan bireylerden oluşmaktadır. Tüm katılımcılara sosyodemografik bilgi formu uygulanmış; ergenlerle Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T) görüşmesi yapılmıştır. Ergenler, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu (RHİDÖ-EF) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş-Ergen Formu (ÇİYKÖ-Ergen); ebeveynler ise WIBÖ-E ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş - Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ – Ebeveyn)'nu doldurmuştur. Ayrıca ebeveynlere, çocuklarının yaşadığı olası sosyal ayrımcılık ve zorbalıkla ilgili sorular yöneltilmiştir. Klinik değerlendirmede, tüm ergenlerin işlevsellik düzeyi CGAS; hastalık şiddeti ise KGİ-Ş ile araştırmacı tarafından puanlanmıştır.

Bulgular: YİÖ grubunda yaşam kalitesi ve işlevsellik düzeyleri, DEHB grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktür. Grup içi karşılaştırmalarda yaşam kalitesi açısından hem YİÖ hem de DEHB grubundaki ergenlerin kendilerini ebeveynlerinin

algıladığına göre daha yüksek sosyal işlevselliğe ve yaşam kalitesine sahip olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu'na göre, YİO grubunda anlamlı olarak sosyal etkinlikler ve benlik algısı alt boyutlarında daha fazla bozulma saptanmıştır. RHİDÖ-EF alt boyutlarında ise YİO grubundaki ergenlerin yabancılaşma, sosyal geri çekilme ve algılanan ayrımcılık düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir; buna karşılık DEHB grubunda damgalanmaya karşı direnç puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Her iki grupta da içselleştirilmiş damgalanma puanları, daha düşük işlevsellik ve yaşam kalitesiyle anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki, DEHB grubunda hem ergen hem de ebeveyn bildirimlerinde belirginleşirken; YİO grubunda daha çok ergen değerlendirmelerine yansımıştır. Ayrıca, ebeveyn bildirimlerine göre YİO grubundaki ergenlerin akran zorbalığına daha fazla maruz kaldığı görülmüştür.

Sonuç: İçselleştirilmiş damgalanma, her iki tanı grubunda da işlevsellik ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Ancak DEHB'de damgalanma daha görünür semptomlarla kendini gösterirken, YİO'da daha çok bireyin iç dünyasında yaşanmakta ve ebeveyn değerlendirmelerine sınırlı yansımaktadır. Bu nedenle, içselleştirilmiş damgalanmanın ölçümü ve müdahalesi için, klinisyen, ergen ve ebeveyn bildirimini kapsayan geçerli yarı yapılandırılmış görüşme tekniklerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Damgalanma deneyimlerinin sosyal dışlanma ve benlik algısı üzerindeki etkilerini azaltmak amacıyla bireysel destek kadar İçselleştirilmiş damgalanmayı önlemeye yönelik toplumsal farkındalık çalışmaları da önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yüksek işlevli otizm, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi, işlevsellik, stigma, ergen öz-bildirimi, ebeveyn değerlendirmesi, akran zorbalığı

8. ABSTRACT

Objective: High-functioning autism spectrum disorder (HFA) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are neurodevelopmental disorders that affect individual functioning and social adaptation. Although both groups experience difficulties in social functioning, the effects of internalized stigma are particularly underexplored in individuals with HFA. Existing literature primarily focuses on parental perspectives, with limited consideration of the youths' own views. This study aims to examine the impact of internalized stigma on quality of life and functioning in adolescents diagnosed with HFA and ADHD using a multidimensional approach incorporating adolescent, parent, and clinician assessments.

Method: The study included 70 adolescents (HFA = 35, ADHD = 35) aged 13-18 years who presented to the Child and Adolescent Psychiatry Clinic at Kocaeli University and met DSM-5 diagnostic criteria or were under diagnostic evaluation. All participants had an IQ score of 70 or above as assessed by WISC-IV or WISC-R. Sociodemographic information was collected, and adolescents were interviewed using the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia—Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Adolescents completed the Internalized Stigma of Mental Illness Scale—Adolescent Form (ISMI-AF) and the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 13-18, adolescent form). Parents completed the Weiss Functional Impairment Rating Scale—Parent Form (WFIRS-P) and the Pediatric Quality of Life Inventory—Parent Form (PedsQL 13-18, parent form). Parents were also asked about potential experiences of social discrimination and bullying involving their children. Functionality was rated using the Children's Global Assessment Scale (CGAS), and illness severity using the Clinical Global Impression – Severity scale (CGI-S), both rated by the clinician.

Results: Adolescents with HFA showed significantly lower quality of life and functioning levels compared to those with ADHD. Within-group comparisons revealed that adolescents in both groups rated their social functioning and quality of life higher than their parents' assessments. According to the WFIRS-P, the HFA group exhibited greater impairment in social activities and self-concept domains. ISMI-AF subscales indicated significantly higher levels of alienation, social withdrawal, and perceived discrimination in

the HFA group, whereas the ADHD group showed higher stigma resistance scores. Internalized stigma scores were significantly correlated with lower functioning and quality of life across both groups; this association was more evident in both adolescent and parent reports within the ADHD group, and predominantly in adolescent reports in the HFA group. Parental reports also indicated that adolescents with HF-ASD were more frequently exposed to peer bullying.

Conclusion: Internalized stigma is an important factor negatively affecting functioning and quality of life in both diagnostic groups. In ADHD, stigma manifests more visibly, while in HFA, it is experienced more internally and less reflected in parental evaluations. Therefore, the development of valid, semi-structured interview techniques incorporating clinician, adolescent, and parent reports is essential for measuring and addressing internalized stigma. Reducing the impact of stigma on social exclusion and self-concept requires not only individualized support but also community awareness initiatives aimed at prevention.

Keywords: High-functioning autism, attention deficit hyperactivity disorder, internalized stigma, quality of life, functioning, stigma, adolescent self-report, parent evaluation, peer bullying

9. EKLER

1. EK- ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adi	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 3. Kat, 41380 Umutepe Yerleşkesi / KOCAELİ		
	Tel / Faks / E-posta	0262 303 74 50 - gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr		
Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde İşlenişirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevsellik Etkisi		
	Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Ömer Kardaş		
	Sorumlu Arş. Uzmanlığı	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı		
Karar ve Dayanak	Tarih : 05 Aralık 2024	Karar No: KÜ GOKAEK-2024/20/03	Proje No: 2024/452	
	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotip Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotip Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotip Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi ilgili maddelerine göre; yukarıda ismi geçmekte olan araştırmacının sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmacının gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmacının ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik ve bilimsel açıdan, ☒ Uygun bulunmuştur. ☐ Uygun bulunmamıştır. ☐ Kapsam dışı olarak değerlendirilmiştir.			

ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Toplantıda Bulunma	İmza
Prof. Dr. Bülent KARA Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	Evet	
Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Hayır	
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR Üye	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet	
Doç. Dr. Fatma Ceyla ERALDEMİR Üye	Tıbbi Biyokimya	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet	
Dr. Öğr. Üyesi Diğdem GÖVERTİ Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Hayır	
Doç. Dr. Banu İSKENDER İZGİ Üye	Tıbbi Biyoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet	
Dr. Öğr. Üyesi Hadi Ufuk YÖRÜKOĞLU Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	Evet	
Dr. Öğr. Üyesi Seda DUMAN ÖZTÜRK Üye	Tıbbi Patoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	Evet	
Dr. Öğr. Üyesi Burcu KANAT ERTÜRK	Protetik Diş Tedavisi	Kocaeli Üni. Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	Evet	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	01.02.2024/KOGOEEK00.1	1/1

2. EK- ERGEN ONAM FORMLARI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ergen-Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Hasta Grubu Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı:

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:

Doç. Dr. Ömer Kardaş, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Asistan Dr. Tuğçe Kapucu, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tel:

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyac duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran otizm spektrum bozukluğu tanısı almış 13-18 yaş ergenler ile aynı yaş grubundaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ergenlerin hissettikleri damgalanmanın (etiketlenme/ayrımcılık) karşılaştırılması ve bu çocukların hayat kaliteleri ve işlevselliğine etkisinin araştırılması planlanmıştır. Bu sayede damgalanmanın çocuk ruh sağlığı polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yarattığı etki sonuçlandırılarak toplumsal farkındalığın artırılması, uygun destek ve müdahale yöntemlerinin bireysel ve toplumsal açıdan geliştirilmesine yol açacak şekilde konuya dikkat çekilmesi sağlanacaktır.

4. Neden ben seçildim?

Yaşınız 13-18 yaş arasında olduğu; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde otizm spektrum bozukluğu tanısıyla düzenli takibe devam ediyor olduğunuz için çalışmaya seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir neden göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde poliklinik başvurunuz için geldiğiniz gün sizinle ve ailenle ayrı bir görüşme yapılacak sizlere verilen araştırma amaçlı uygulanacak ölçekleri doldurmanız istenecektir. Bu görüşme rutin çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları poliklinik görüşme şartlarına uygun şekilde en fazla 45-50 dakikalık sürede ek ruhsal hastalıklar için tanı konması amacıyla ve görüşmelerin parçası olan ölçeklerin doldurulması amacıyla yapılacaktır. Çalışmaya katılacak kişilerin ve ailesinin özelliklerini öğrenmek amacıyla oluşturulan

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KÜGOEK01.2	1/3



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sosyodemografik Veri Formu araştırmacı tarafından aileye sorulacak ve yine araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Tüm katılımcıların ebeveynlerinden Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş-Ebeveyn Formu, Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WiBÖ)-Ebeveyn Formunu doldurmaları, katılan ergenlerden Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş Formu ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu doldurmaları istenecektir. Tüm formların doldurulma süresi yaklaşık 20 dakikadır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
Uygulanacak olan form doldurma işleminin ve yapılacak görüşmenin bir zararı yoktur.
8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
Değerlendirme sonunda rutin poliklinik kontrollerine devam edilecek, saptanan sorun alanlarına yönelik görüşmeler yapılacaktır.
9. Araştırma masrafları:
Katılımcı gönüllülerden ücret istenmeyecektir.
10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
Katılımcılar istedikleri anda çalışmadan ayrılabilirler. Uygulanan görüşme ve testlerin kalıcı bir etkisi bulunmamaktadır. Katılımcı olarak araştırmayı reddetme ya da başta onay verip çalışmaya katılırsanız bile istediğiniz zaman araştırmadan çekilme hakkınız bulunacak, gizlilik ve mahremiyetiniz korunacaktır. Katılımcıların akıllarına takılan şeyler hakkında soru sorma fırsatı bulunacaktır. Katılımcıların gönüllülüğünün sağlanması için yarar ve riskler hakkında objektif bilgilendirme yapılacak seçim katılımcıya bırakılacak, herhangi bir zorlama, baskı ya da ikna yoluna gidilmeyecektir.
11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Tüm formlar ad-soyad olmadan doldurulup araştırmacı tarafından toplanacak ve bölümümüzde kilitli bir dolapta tutulacaktır. Formlar ve sonuçları çalışmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.
12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Sonuçlar ile ilgili bilgi almak istemeniz halinde paylaştığımız numaradan bize ulaşırsanız çalışma sonuçları ile ilgili bilgi alabilirsiniz.
13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Kimlik bilgileri paylaşılmadan bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.
14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Asistan Dr. Tuğçe Kapucu, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tel:
15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01.2	2/3



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



16. İAEK onayı:

17. Şikâyet için başvuru adresi;

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Kurula Etik Kurul raporörü Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037055) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkisi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form: 5	27.04.2016/KOGÖEK01.2	3/3



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ergen-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hasta Grubu Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

1. Çalışmanın adı:

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde
İşselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:

Doç. Dr. Ömer Kardaş, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Asistan Dr. Tuğçe Kapucu, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tel: ()

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyac duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran otizm spektrum bozukluğu tanısı almış 13-18 yaş ergenler ile aynı yaş grubundaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ergenlerin hissettikleri damgalanmanın (etiketlenme/ayrımcılık) karşılaştırılması ve bu çocukların hayat kaliteleri ve işlevselliğine etkisinin araştırılması planlanmıştır. Bu sayede damgalanmanın çocuk ruh sağlığı polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yarattığı etki sonuçlandırılarak toplumsal farkındalığın artırılması, uygun destek ve müdahale yöntemlerinin bireysel ve toplumsal açıdan geliştirilmesine yol açacak şekilde konuya dikkat çekilmesi sağlanacaktır.

4. Neden ben seçildim?

Yaşınız 13-18 yaş arasında olduğu; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısıyla düzenli takibe devam ediyor olduğunuz için çalışmaya seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir neden göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde poliklinik başvurunuz için geldiğiniz gün sizinle ve ailenle ayrı bir görüşme yapılacak sizlere verilen araştırma amaçlı uygulanacak ölçekleri doldurmanız istenecektir. Bu görüşme rutin çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları poliklinik görüşme şartlarına uygun şekilde en fazla 45-50 dakikalık sürede ek ruhsal hastalıklar için tanı konması amacıyla ve görüşmelerin parçası olan ölçeklerin doldurulması amacıyla yapılacaktır. Çalışmaya katılacak kişilerin ve ailesinin özelliklerini öğrenmek amacıyla oluşturulan

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No ru:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KÜGOEK01.2	1/4



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sosyodemografik Veri Formu araştırmacı tarafından ailene sorulacak ve yine araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Tüm katılımcıların ebeveynlerinden Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş-Ebeveyn Formu, Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ)-Ebeveyn Formunu doldurmaları, katılan ergenlerden Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş Formu ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu doldurmaları istenecektir. Tüm formların doldurulma süresi yaklaşık 20 dakikadır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Uygulanacak olan form doldurma işleminin bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
Değerlendirme sonunda çocuğunuzda ek bir sorun ya da bozukluk saptanırsa poliklinik görüşmelerinizde bu konular da ele alınacaktır.

9. Araştırma masrafları:
Katılımcı gönüllülerden ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
Katılımcılar istedikleri anda çalışmadan ayrılabilirler. Uygulanan görüşme ve testlerin kalıcı bir etkisi bulunmamaktadır. Katılımcı olarak araştırmayı reddetme ya da başta onay verip çalışmaya katılırsanız bile istediğiniz zaman araştırmadan çekilme hakkınız bulunacak, gizlilik ve mahremiyetiniz korunacaktır. Katılımcıların akıllarına takılan şeyler hakkında soru sorma fırsatı bulunacaktır. Katılımcıların gönüllülüğünün sağlanması için yarar ve riskler hakkında objektif bilgilendirme yapılacak seçim katılımcıya bırakılacak, herhangi bir zorlama, baskı ya da ikna yoluna gidilmeyecektir.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Tüm formlar ad-soyad olmadan doldurulup araştırmacı tarafından toplanacak ve bölümümüzde kilitli bir dolapta tutulacaktır. Formlar ve sonuçları çalışmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Sonuçlar ile ilgili bilgi almak istemeniz halinde paylaştığımız numaradan bize ulaşırsanız çalışma sonuçları ile ilgili bilgi alabilirsiniz.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Kimlik bilgileri paylaşılmadan bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Asistan Dr. Tuğçe Kapucu, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tel:

15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KÜGOEKÜ.2	2/4



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



16. İAEK onayı:

17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

Araştırmaya katılımla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Kurula Etik Kurul raportörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037055) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkisi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu

Belge Kodu	Rev. Tarih / No.su:	Sayfa
Form 5	27.04.2016/KÜGÖ-KÜL 2	3/4

3. EK- EBEVEYN ONAM FORMLARI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bakım veren-Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Hasta Grubu Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

1. Çalışmanın adı:

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:

Doç. Dr. Ömer Kardaş, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Astistan Dr. Tuğçe Kapucu, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tel:

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran otizm spektrum bozukluğu tanısı almış 13-18 yaş ergenler ile aynı yaş grubundaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ergenlerin hissettikleri damgalanmanın (etiketlenme/ayrımcılık) karşılaştırılması ve bu çocukların hayat kaliteleri ve işlevselliğine etkisinin araştırılması planlanmıştır. Bu sayede damgalanmanın çocuk ruh sağlığı polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yarattığı etki sonuçlandırılarak toplumsal farkındalığın artırılması, uygun destek ve müdahale yöntemlerinin bireysel ve toplumsal açıdan geliştirilmesine yol açacak şekilde konuya dikkat çekilmesi sağlanacaktır.

4. Neden ben seçildim?

Çocuğunuz 13-18 yaş arasında; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde düzenli takibe devam eden otizm spektrum bozukluğu tanısı almış olduğu için çalışmaya seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir neden göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacaktır?

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde poliklinik başvurunuz için geldiğiniz gün sizinle ve çocuğunuzla ayrı bir görüşme yapılacaktır. Çocuğunuzdan ve sizden araştırma için uygulanacak olan formları doldurmanız istenecektir. Bu görüşme rutin çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları poliklinik görüşme şartlarına uygun şekilde en fazla 45-50 dakikalık sürede ek ruhsal hastalıklar için tanı konması amacıyla ve görüşmelerin parçası olan ölçeklerin doldurulması amacıyla yapılacaktır. Çalışmaya katılacak kişilerin ve ailesinin özelliklerini öğrenmek amacıyla oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu araştırmacı tarafından size sorulacak ve yine araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Tüm katılımcıların ebeveynlerinden Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş-Ebeveyn Formu, Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WİBÖ)-Ebeveyn Formunu doldurmaları, katılan ergenlerden Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş Formu ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/İGÖGEK01.2	1/4



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu doldurmaları istenecektir. Tüm formların doldurulma süresi yaklaşık 20 dakikadır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
Uygulanacak olan form doldurma işleminin ve yapılacak görüşmenin bir zararı yoktur.
8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
Değerlendirme sonunda çocuğunuzda ek bir sorun ya da bozukluk saptanırsa poliklinik görüşmelerinizde bu konular da ele alınacaktır.
9. Araştırma masrafları:
Katılımcı gönüllülerden ücret istenmeyecektir.
10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
Katılımcılar istedikleri anda çalışmadan ayrılabilirler. Uygulanan görüşme ve testlerin kalıcı bir etkisi bulunmamaktadır. Katılımcı olarak araştırmayı reddetme ya da başta onay verip çalışmaya katılırsanız bile istediğiniz zaman araştırmadan çekilme hakkınız bulunacak, gizlilik ve mahremiyetiniz korunacaktır. Katılımcıların akıllarına takılan şeyler hakkında soru sorma fırsatı bulunacaktır. Katılımcıların gönüllülüğünün sağlanması için yarar ve riskler hakkında objektif bilgilendirme yapılacak seçim katılımcıya bırakılacak, herhangi bir zorlama, baskı ya da ikna yoluna gidilmeyecektir.
11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Tüm formlar ad-soyad olmadan doldurulup araştırmacı tarafından toplanacak ve bölümümüzde kilitli bir dolapta tutulacaktır. Formlar ve sonuçları çalışanlar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.
12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Sonuçlar ile ilgili bilgi almak istemeniz halinde paylaştığımız numaradan bize ulaşırsanız çalışma sonuçları ile ilgili bilgi alabilirsiniz.
13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Kimlik bilgileri paylaşılmadan bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.
14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Asistan Dr. Tuğçe Kapucu, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tel:
15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.
16. İAEK onayı:
17. Şikâyet için başvuru adresi;
Araştırmaya katılımla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Kurula Etik Kurul raportörü Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037055) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGÖEK01.2	2/4



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ONAM FORMU

Araştırmacının Adı: Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkisi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KÜGÖEK01.2	3/4



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bakım veren- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hasta Grubu Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

1. Çalışmanın adı:

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde
İşselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:

Doç. Dr. Ömer Kardeş, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Asistan Dr. Tuğçe Kapucu, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tel: ()

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran otizm spektrum bozukluğu tanısı almış 13-18 yaş ergenler ile aynı yaş grubundaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ergenlerin hissettikleri damgalanmanın (etiketlenme/ayırmacılık) karşılaştırılması ve bu çocukların hayat kaliteleri ve işlevselliğine etkisinin araştırılması planlanmıştır. Bu sayede damgalanmanın çocuk ruh sağlığı polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yarattığı etki sonuçlandırılarak toplumsal farkındalığın artırılması, uygun destek ve müdahale yöntemlerinin bireysel ve toplumsal açıdan geliştirilmesine yol açacak şekilde konuya dikkat çekilmesi sağlanacaktır.

4. Neden ben seçildim?

Çocuğunuz 13-18 yaş arasında; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde düzenli takibe devam eden dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olduğu için çalışmaya seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir neden göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacaktır?

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde poliklinik başvurunuz için geldiğiniz gün sizinle ve çocuğunuzla ayrı bir görüşme yapılacaktır. Çocuğunuzdan ve sizden araştırma için uygulanacak olan formları doldurmanız istenecektir. Bu görüşme rutin çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları poliklinik görüşme şartlarına uygun şekilde en fazla 45-50 dakikalık sürede ek ruhsal hastalıklar için tanı konması amacıyla ve görüşmelerin parçası olan ölçeklerin doldurulması amacıyla yapılacaktır. Çalışmaya katılacak kişilerin ve ailesinin özelliklerini öğrenmek amacıyla oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu araştırmacı tarafından size sorulacak ve yine araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Tüm katılımcıların ebeveynlerinden çocuklar için

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

VIAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR

ETİK KURULU



Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş-Ebeveyn Formu, Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği (WiBÖ)-Ebeveyn Formunu doldurmaları, katılan ergenlerden Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-18 Yaş Formu ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği-Ergen Formu doldurmaları istenecektir. Tüm formların doldurulma süresi yaklaşık 20 dakikadır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Uygulanacak olan form doldurma işleminin bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Değerlendirme sonunda çocuğunuzda ek bir sorun ya da bozukluk saptanırsa poliklinik görüşmelerinizde bu konular da ele alınacaktır.

9. Araştırma masrafları:

Katılımcı gönüllülerden ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Katılımcılar istedikleri anda çalışmadan ayrılabilirler. Uygulanan görüşme ve testlerin kalıcı bir etkisi bulunmamaktadır. Katılımcı olarak araştırmayı reddetme ya da başta onay verip çalışmaya katılsanız bile istediğiniz zaman araştırmadan çekilme hakkınız bulunacak, gizlilik ve mahremiyetiniz korunacaktır. Katılımcıların akıllarına takılan şeyler hakkında soru sorma fırsatı bulunacaktır. Katılımcıların gönüllülüğünün sağlanması için yarar ve riskler hakkında objektif bilgilendirme yapılacak seçim katılımcıya bırakılacak, herhangi bir zorlama, baskı ya da ikna yoluna gidilmeyecektir.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Tüm formlar ad-soyad olmadan doldurularak araştırmacı tarafından toplanacak ve bölümümüzde kilitli bir dolapta tutulacaktır. Formlar ve sonuçları çalışmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Sonuçlar ile ilgili bilgi almak istemeniz halinde paylaştığımız numaradan bize ulaşırsanız çalışma sonuçları ile ilgili bilgi alabilirsiniz.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Kimlik bilgileri paylaşılmadan bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Asistan Dr. Tuğçe Kapucu, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tel:

15. Teşekkür:

Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

16. İAEK onayı:

17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu

Form 5

27.04.2016/KÜGÖEK01.2

2/4



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ



GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Kurula Etik Kurul raportörü Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037055) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

ONAM FORMU		
Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su	Sayfa
Araştırmanın Adı: Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Ergenler ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve İşlevselliğe Etkisi		
	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		
Gönüllü	Araştırmacı	
İmza:	İmza:	
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:	
Tarih:	Tarih:	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu

4. EK- SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Çocuğunuz Hakkında Genel Bilgiler :

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi/Yaşı:

Şu an yaşadığı yer: () Şehir Merkezi () Köy/Kasaba

Kardeş sayısı: Kaçınıcı çocuk olduğu:

Evde kaç kişi yaşıyor?:

Evde yaşayan diğerk kişiler: () Anne () Baba () Kardeş

() Diğerk(Belirtiniz)

Çocuğunuzun bilinen bir fiziksel hastalığı var mı? () Var () Yok

Varsa belirtiniz.....

Çocuğunuzun sigara/alkol/madde kullanımı varsa işaretleyiniz: () Sigara () Alkol () Madde

Çocuk ruh sağlığı ve hastalıklarından tanıyı kaç yaşında aldı ?

İlaç tedavisi alıyor mu ?

Özel eğitim alıyor mu ? () Evet () Hayır

Özel eğitim alıyorsa kaç yıldır alıyor ?

Çocuğunuz okul/çevre/sosyal ortamlarda akran zorbalığına uğradı mı? () Evet () Hayır

Çocuğunuzun hastalığı sebebiyle kendinizi dışlanmış/ayrıştırılmış hissettiğiniz oldu mu? () Evet () Hayır

Eğitim İle İlgili Bilgiler :

Okul öncesi eğitim aldı mı? () Kreş/Anasınıfı () Almadı

Okuma yazmayı ne zaman öğrendi? () 1.sınıf 1.dönem () 1.sınıf 2.dönem () 1. sınıftan sonra

Okul Başarısı: () İyi () Orta () Kötü

Sınıf tekrarı oldu mu? () Evet () Hayır

Disiplin cezası aldı mı? () Evet () Hayır

Aile Bilgileri :

Annenin yaşı: () Sağ () Vefat

Annenin eğitimi: () Okuma yazma bilmiyor () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Yüksek okul/Üniversite mezunu

Annenin işi: () Ev hanımı () Memur () İşçi () Serbest meslek () Emekli

Babanın yaşı: () Sağ () Vefat

Babanın eğitimi: () Okuma yazma bilmiyor () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Yüksek okul/Üniversite mezunu

Babanın işi: () Çalışmıyor () Memur () İşçi () Serbest meslek () Emekli

Anne babanın durumu: () Birlikte () Boşanmış () Vefat

Akraba evliliği: () Evet () Hayır Aylık kazancınız : () 20.000 TL altı () 20.000 – 50.000 TL arası () 50.000 TL üzeri

Ailede psikiyatrik hastalığa sahip başka bir birey var mı? () Evet () Hayır

Varsa kim olduğunu ve tanısını belirtiniz

5. EK- RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ-ERGEN FORMU

RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMASI ÖLÇEĞİ- ERGEN FORMU (RHİDÖ-EF)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer ;

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını,

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını,

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını,

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını,

daire içine alarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkımsak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim yaşatlarım gibi yaşayamama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayısıyla insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki küçülmüşüm gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görüntümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra benimle ilgili çoğu kararı başkalarının almasına ihtiyaç duymaya başladım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığımın rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Ruhsal hastalığı olan kişilerle ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında, hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

6. EK- ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 13-18 YAŞ- ERGEN VE EBEVEYN FORMU

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13–18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13–18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

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

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularımla ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Varni JW,1999; Memik NÇ,2007

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU(13–18 YAŞ)

Çocuğunuzun Adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

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

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Varni JW,1999; Memik NÇ,2007

7. EK- WEISS İŞLEVSELLİKTE BOZULMA ÖLÇEĞİ (WİBÖ)-EBEVEYN FORM

WEISS İŞLEVSELLİKTE BOZULMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (WİBÖ-E)

Çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, SON BİR AY içerisinde çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarının aşağıdaki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği yuvarlak içerisinde alınız

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
A	AİLE					
1	Kardeşleri ile sorunlar yaşaması	0	1	2	3	u.d.
2	Anne baba arasında sorunlara neden olması	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğun yol açtığı sorunlarla uğraşmaktan aile üyelerinin yapacağı iş ya da etkinliklere yeterince zaman ayıramaması	0	1	2	3	u.d.
4	Ailede kavga ya da tartışma çıkmasına neden olması	0	1	2	3	u.d.
5	Aileyi dostlarından ve sosyal etkinliklerden uzaklaştırması	0	1	2	3	u.d.
6	Ailenin eğlenceli vakit geçirmesini zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
7	Anne babalık yapmanızı (ebeveynlik görevlerinizi yerine getirmeyi) zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
8	Aile üyelerinin her birine eşit zaman, ilgi, dikkat vermenizi zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
9	Başkalarını kendisine vurması ya da bağırması için kışkırtması	0	1	2	3	u.d.
10	Çocuğunuzun yaşadığı sorunlar nedeniyle daha fazla para harcamak zorunda kalmanız	0	1	2	3	u.d.
B	OKUL					
	Öğrenme					
1	Okulda derslere yetişmekte güçlük çekmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Okulda derslerle ilgili fazladan yardıma ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
3	Özel derse ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
4	Beceri düzeyinin altında notlar alması	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
	Davranış					
1	Sınıfta öğretmene sorun çıkarması	0	1	2	3	u.d.
2	Sınıfta ceza alması ya da sınıftan çıkarılması	0	1	2	3	u.d.
3	Okul bahçesinde (arkadaş, öğretmen, görevli gibi kişilerle) sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
4	Teneffüse çıkmama ya da eve geç gitme cezası alması	0	1	2	3	u.d.
5	Okuldan uzaklaştırılması ya da atılması	0	1	2	3	u.d.
6	Derse girmemesi ya da okula geç kalması	0	1	2	3	u.d.
C	YAŞAM BECERİLERİ					
1	Televizyon, bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı kullanması	0	1	2	3	u.d.
2	Temizlik, diş fırçalama, saç tarama, yıkanma gibi işlerde sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
3	Okula hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
4	Yatmaya hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
5	Yemek yemeyle ilgili sorunlarının olması (yemek seçme, abur cubur yeme)	0	1	2	3	u.d.
6	Uykuyla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
7	Yaralanır ya da bir yerini incitir	0	1	2	3	u.d.
8	Egzersizden (spor etkinliklerinden) kaçınır	0	1	2	3	u.d.
9	Doktora (tıbbi yardıma) ihtiyacının olması	0	1	2	3	u.d.
10	İlaç içmek, iğne olmak ya da doktora/diş hekimine gitmekle ilgili sıkıntı yaşaması	0	1	2	3	u.d.
D	ÇOCUĞUN BENLİK ALGISI					
1	Çocuğum kendisi hakkında olumsuz duygulara sahip	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğum yeteri kadar eğlenemiyor	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğum hayatından memnun değil	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
E	SOSYAL ETKİNLİKLER					
1	Diğer çocukların çocuğuma sataşması ya da kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğumun diğer çocuklara sataşması ya da onlara kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
3	Diğer çocuklarla geçinememesi	0	1	2	3	u.d.
4	Okul sonrası etkinliklerine (spor, müzik, kulüpler gibi) katılmakla ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
5	Arkadaş edinmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
6	Arkadaşlıklarını sürdürmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
7	Arkadaş toplantıları ile ilgili sorunlar (davet edilmeme, davetlere gitmeme, davetlerde uygunsuz davranma)	0	1	2	3	u.d.
F	RİSKLİ EYLEMLER					
1	Kolayca diğer çocuklara uyması ya da diğer çocuklardan baskı görmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Eşyaları kırması ya da zarar vermesi	0	1	2	3	u.d.
3	Kanun dışı şeyler yapması	0	1	2	3	u.d.
4	Polis ile başının derde girmesi	0	1	2	3	u.d.
5	Sigara içmesi	0	1	2	3	u.d.
6	Yasadışı madde kullanması	0	1	2	3	u.d.
7	Tehlikeli şeyler yapması	0	1	2	3	u.d.
8	Başkalarını yaralaması	0	1	2	3	u.d.
9	Acımasız ya da uygunsuz şeyler söylemesi	0	1	2	3	u.d.
10	Cinsel olarak uygun olmayan davranışlarda bulunması	0	1	2	3	u.d.

8. EK- ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (THE CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE-CGAS)

ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ara değerler kullanın (örn: 35, 58, 62). Tedavi ve sonlanım dükkate almadan o sıradaki işlevselliği ölçün. Aşağıdaki örnekler yalnızca yol göstermek amacıyla verilmiştir, değerlendirme yapılırken aynı koşulların bulunması gerekli değildir.

- 100-91 Bütün alanlarda çok iyi işlevsellik (evde, okulda ve akran ilişkilerinde); çok çeşitli etkinliklerde bulunur ve bir çok ilgi alanı vardır (hobiler, okul dışındaki etkinliklere katılma ya da ızclılık gibi bir organizasyonun içinde yer alma); sevilir, güvenlidir; "sıradan" kaygılar hiç bir zaman kontrol dışına çıkmaz, okulda iyidir, herhangi bir belirti yoktur.
- 90-81 Bütün alanlarda iyi işlevsellik, evde, okulda ve yaşatları ile ilişkileri güvenlidir; geçici zorluklar olabilir ve "sıradan" kaygılar nadiren kontrol dışına çıkabilir (önemli bir sınavı okuduğunda hafif kaygılanma, nadiren kardeşlerine, ana babasına ya da yaşatlarına karşı yaşanan öfke patlamaları).
- 80-71 Evde, okulda ya da yaşat ilişkilerinde işlevselliğe yalnızca hafif bir bozulma; zorlu yaşam olayları (anne baba ayrılığı, ölüm, kardeş doğumu) karşısında hafif bir duygusal sıkıntı ya da davranışlarda bir miktar bozulma görülebilir; ancak bunlar kısa sürelidir ve işlevselliğindeki engellenme geçicidir; bu çocuklar başkaları için yalnızca çok az rahatsız edicidir ve onları iyi tanıyan kişiler tarafından sorumlu olarak düşünülmezler.
- 70-61 Bir alanda bir miktar zorluk fakat genelde işlevselliği oldukça iyidir (nadiren okulu asma, önemsiz hırslılıklar gibi tek tük antisosyal davranışlar; okul ödevlerinde süregelen hafif zorluklar; kısa süreli duygudurum değişimleri; belirgin kaçınma davranışına yol açmayan korku ve kaygılar; kendinden emin olmama); anlamlı bazı kişiler arası ilişkileri vardır; çocuğu iyi tanımayan bir çok kişi onda bir sorun olduğunu düşünmese de iyi tanıyanlar bu sorunları ciddiye alabilir.
- 60-51 Yer yer bozulmalarla giden değişken işlevsellik ya da sosyal alanların hepsinde olması da bir çoğunda belirtilerin olması; çocuğun işlevselliğini bozan bir ortamda ya da zamanda değerlendirme yapan için işlevselliğindeki bozulma açıktır ama çocuğu diğer ortamlarda gözleyenler bunu fark etmezler.
- 50-41 Çogu sosyal alanda işlevselliğe orta düzeyde bir engellenme ya da bir alandaki işlevselliğe ciddi bozulma (intihar düşünceleri, okul reddi ve diğer kaygı biçimleri, obsesif ritüeller, majör konversiyon belirtileri, sık anksiyete atakları, zayıf ya da yetersiz sosyal beceriler, anlamlı sosyal ilişkinin bir miktar korunması ile birlikte sık saldırgan ya da antisosyal davranış dönemleri).
- 40-31 Bir çok alandaki işlevselliğe belirgin bozulma vardır ve bu alanların birinde işlevsel değildir; okulda, evde, yaşat ilişkilerinde ya da topluluk içinde belirgin bir bozulma vardır (Örn: belli bir tehdit olmaksızın süren saldırganlık, belirgin sosyal içine kapanma ve duygulanım ya da düşünce bozukluğu nedeniyle davranışlarda izolasyon, ölüm niyetiyle olduğu açık intihar girişimlerinde bulunma); bu çocukların özel eğitim koşullarında okutulmasına, hastaneye yatırılmasına ya da okuldaki alınmasına (bu durum bu kategoride yer alması için yeterli bir koşul değildir) gerek olabilir.
- 30-21 İşlevselliğinin hemen her alanında engelli (Örn: sosyal etkinliklere katılmadan bütün gününü evde, kurumda ya da yatağında geçirir; gerçeği değerlendirmesinde ya da iletişimde ciddi bozulma vardır, bazen enkoheran ve uygunsuz davranır).
- 20-11 Başkalarına ya da kendine zarar (Örn: sıklıkla saldırgan olma, yineleyen intihar girişimlerinin olması) yermesini önlemek için belirgin bir düzeyde yardıma gereksinim duyma; kişisel bakımını sürdürme ya da iletişimin tüm boyutlarında ciddi yetersizlik (Örn: sözel iletişim ve jestleri kullanmada ciddi sorunlar, belirgin sosyal lkapalılık, stupor) nedeniyle yardıma gereksinim duyar.
- 10-1 Sürekli denetim gereklidir (24 saat bakım); şiddetli saldırganlık ya da kendine zarar verici davranışlar vardır; gerçeği değerlendirmede, iletişimde, öz bakım becerilerinde duygulanım ve bilişsel alanlarda ciddi bozulma gözlenir.

9. EK- KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ – HASTALIK ŞİDDETİ (CGI-SI)

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 | ☐ |

10. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington DC. American Psychiatric Association; 2013.
2. Mukaddes NM, Ercan EŞ. *Nörogelişimsel Bozukluklar*. Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.
3. Görmez A, Kırpınar İ. Otizm spektrum bozuklukları: Erişkinlikte değişim ve psikiyatrik eştanılar. *Yeni Symposium*. 2015;53(4):27-32.
4. Magiati I, Tay XW, Howlin P. Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(1):73-86.
5. Goldstein S, Goldstein M. *Hyperactivity: Why won't my child pay attention?* John Wiley & Sons; 1992.
6. Üneri ÖS, Dinç GS, Göker Z. The quality of life (QoL) in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In: *Quality of Life and Health - Selected Issues*. IntechOpen; 2015:197-230.
7. Dreby J. Stigma: Illegality in different immigrant neighborhoods. In: *Everyday Illegal: When Policies Undermine Immigrant Families*. University of California Press; 2015:133-172.
8. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002;9(1):35-53.
9. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Res Action*. 2011;1(1):3-10.
10. Masuch TV, Bea M, Alm B, Deibler P, Sobanski E. Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. *ADHD Atten Defic Hyperact Disord*. 2019;11(2):211-220.
11. World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-1409.

12. Chiang, H. M., & Wineman, I. (2014). Factors associated with quality of life in individuals with autism spectrum disorders: A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(8), 974–986.
13. Pisula E, Danielewicz D, Kawa R, Pisula W. Autism spectrum quotient, coping with stress and quality of life in a non-clinical sample - an exploratory report. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:173.
14. de Vries M, Geurts H. Influence of autism traits and executive functioning on quality of life in children with an autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(9):2734-2743.
15. Dijkhuis RR, Ziermans TB, van Rijn S, Staal WG, Swaab H. Self-regulation and quality of life in high-functioning young adults with autism. *Autism*. 2017;21(7):896-906.
16. Lee YC, Yang HJ, Chen VC, Lee WT, Chen SC, Gau SS. Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Res Dev Disabil*. 2016;51-52:160-172.
17. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *J Adolesc Health*. 2010;46(3):209-217.
18. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization; 2001.
19. Ustün B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*. 2009;8(2):82-85.
20. Strine TW, Lesesne CA, Okoro CA, et al. Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prev Chronic Dis*. 2006;3(2):A52.
21. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, et al. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;84:63-71.
22. Fleming M, Fitton CA, Steiner MFC, et al. Educational and health outcomes of children treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Pediatr*. 2017;171(7):e170691.

23. Green JL, Sciberras E, Anderson V, Efron D, Rinehart N. Association between autism symptoms and functioning in children with ADHD. *Arch Dis Child*. 2016;101(10):922-928.
24. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): A centenary appreciation and reconsideration. *Schizophr Bull*. 2011;37(3):471-479.
25. Cohmer S. "Autistic disturbances of affective contact" (1943), by Leo Kanner. *Embryo Project Encyclopedia*. May 23, 2014. <https://hdl.handle.net/10776/7895>
26. Asperger H. 'Autistic psychopathy' in childhood. In: Frith U, ed. *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge University Press; 1991:37-92.
27. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med*. 1981;11(1):115-129.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. American Psychiatric Association; 1980.
29. Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2008.
30. Christensen DL, Baio J, Van Naarden Braun K, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ*. 2016;65(3):1-23.
31. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2023;72(2):1-14.
32. Baykara HB. Otizm spektrum bozukluklarının etiyolojisinde genetik ve epigenetik etkenlerin rolü. *Türkiye Klinikleri*. 2015.
33. Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Transl Pediatr*. 2020;9(Suppl 1):S55-S65.

34. Fuentes J, Bakare M, Munir K, et al. Autism spectrum disorder. In: Rey JM, ed. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
35. Walsh CA, Morrow EM, Rubenstein JL. Autism and brain development. *Cell*. 2008;135(3):396-400.
36. Bergbaum A, Ogilvie CM. Autism and chromosome abnormalities—a review. *Clin Anat*. 2016;29(5):620-627.
37. Freitag CM, Staal W, Klauck SM, Duketis E, Waltes R. Genetics of autistic disorders: review and clinical implications. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(3):169-178.
38. Stanfield AC, McIntosh AM, Spencer MD, et al. Towards a neuroanatomy of autism: A systematic review and meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *Eur Psychiatry*. 2008;23(4):289-299.
39. Courchesne E, Redcay E, Kennedy DP. The autistic brain: birth through adulthood. *Curr Opin Neurol*. 2004;17(4):489-496.
40. Bailey A, Luthert P, Dean A, et al. A clinicopathological study of autism. *Brain*. 1998;121(Pt 5):889-905.
41. Courchesne E, Webb SJ, Schumann CM. From toddlers to adults: The changing landscape of the brain in autism. In: Amaral D, Geschwind D, Dawson G, eds. *Autism Spectrum Disorders*. Oxford University Press; 2011:611-631.
42. Courchesne E, Karns CM, Davis HR, et al. Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder: an MRI study. *Neurology*. 2001;57(2):245-254.
43. Hallahan B, Daly EM, McAlonan G, et al. Brain morphometry volume in autistic spectrum disorder: a magnetic resonance imaging study of adults. *Psychol Med*. 2009;39(2):337-346.
44. Fatemi SH, Aldinger KA, Ashwood P, et al. Consensus paper: pathological role of the cerebellum in autism. *Cerebellum*. 2012;11(3):777-807.
45. Mandy W, Lai MC. Annual research review: The role of the environment in the developmental psychopathology of autism spectrum condition. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(3):271-292.

46. Hultman CM, Sandin S, Levine SZ, et al. Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-based study and a meta-analysis of epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2011;16(12):1203-1212.
47. Sandin S, Hultman CM, Klevzon A, et al. Advancing maternal age is associated with increasing risk for autism: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(5):477-486.e1.
48. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Mol Psychiatry*. 2016;21(5):693-700.
49. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Norton MH. Birth spacing and risk of autism and other neurodevelopmental disabilities: A systematic review. *Pediatrics*. 2016;137(5):e20153482.
50. Ornoy A, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Genetic syndromes, maternal diseases and antenatal factors associated with autism spectrum disorders (ASD). *Front Neurosci*. 2016;10:316.
51. Mitchell S, Brian J, Zwaigenbaum L, et al. Early language and communication development of infants later diagnosed with autism spectrum disorder. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(2 Suppl):S69-S78.
52. Maestro S, Muratori F, Cesari A, et al. A view to regressive autism through home movies. Is early development really normal? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(1):68-72.
53. Johnson CP, Myers SM; Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007;120(5):1183-1215.
54. MacDonald R, Anderson J, Dube WV, et al. Behavioral assessment of joint attention: a methodological report. *Res Dev Disabil*. 2006;27(2):138-150.
55. Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, et al. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int J Dev Neurosci*. 2005;23(2-3):143-152.
56. Paparella T, Kasari C. Joint attention skills and language development in special needs populations: Translating research to practice. *Infants Young Child*. 2004;17(3):269-280.

57. Leekam SR, López B, Moore C. Attention and joint attention in preschool children with autism. *Dev Psychol.* 2000;36(2):261-273.
58. Chawarska K, Volkmar FR. Autism in infancy and early childhood. In: Volkmar FR, Klin A, Paul R, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 3rd ed. Vol 1. John Wiley & Sons; 2005:223-246.
59. Schroeder SR, Oster-Granite ML, Berkson G, et al. Self-injurious behavior: gene-brain-behavior relationships. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2001;7(1):3-12.
60. Twachtman-Cullen DD. More able children with autism spectrum disorders. In: Wetherby AM, Prizant BM, eds. *Autism Spectrum Disorders: A Transactional Developmental Perspective*. Paul H. Brookes; 2000:225-249.
61. Gallo DP. *Diagnosing Autism Spectrum Disorder: A Life Span Perspective*. John Wiley & Sons; 2010.
62. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(2):237-257.
63. Ercan ES, Bilaç Ö, eds. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi: Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar*. 2nd ed. Vols 1–2. Akademisyen Kitabevi; 2024.
64. Lundström S, Reichenberg A, Melke J, et al. Autism spectrum disorders and coexisting disorders in a nationwide Swedish twin study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(6):702-710.
65. Simonoff E, Pickles A, Charman T, et al. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(8):921-929.
66. Soke GN, Maenner MJ, Christensen D, et al. Prevalence of co-occurring medical and behavioral conditions/symptoms among 4- and 8-year-old children with autism spectrum disorder in selected areas of the United States in 2010. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(8):2663-2676.
67. Mukaddes NM, Tanıdır C. Otizm spektrum bozukluklarında psikiyatrik komorbidite. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi - Özel Konular.* 2015;1(2):30-42.

68. Kohane IS, McMurry A, Weber G, et al. The co-morbidity burden of children and young adults with autism spectrum disorders. *PLoS One*. 2012;7(4):e33224.
69. Kielinen M, Rantala H, Timonen E, Linna SL, Moilanen I. Associated medical disorders and disabilities in children with autistic disorder: a population-based study. *Autism*. 2004;8(1):49-60.
70. Curtin C, Anderson SE, Must A, Bandini L. The prevalence of obesity in children with autism: a secondary data analysis using nationally representative data from the National Survey of Children's Health. *BMC Pediatr*. 2010;10:11.
71. Bilgiç A. Otizm spektrum bozuklukları. In: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, ed. *Bebek Ruh Sağlığı (0–4 Yaş) Temel Kitabı*. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2012.
72. Stepanova E, Dowling S, Phelps M, Findling RL. Pharmacotherapy of emotional and behavioral symptoms associated with autism spectrum disorder in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(4):395-402.
73. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010;2(4):241-255.
74. Mukaddes NM. *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*. Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
75. Stubbe DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;9(3):469-v.
76. Mahone EM, Denckla MB. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A historical neuropsychological perspective. *J Int Neuropsychol Soc*. 2017;23(9-10):916-929.
77. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association; 1994.
78. 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–vii.
79. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-948.

80. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-499.
81. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*. 2007;166(2):117-123.
82. Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2006;20(2):107-123.
83. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardiç U, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73(2):132-140.
84. Ercan ES, Ünsel-Bolat G, Tufan AE, et al. Effect of impairment on the prevalence and comorbidities of attention-deficit hyperactivity disorder in a national survey: Nation-wide prevalence and comorbidities of ADHD. *J Atten Disord*. 2022;26(5):674-684.
85. Coghill D, Banaschewski T. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(10):1547-1565.
86. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(1):3-16.
87. Schachar R. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Recent updates and future prospects. *Curr Dev Disord Rep*. 2014;1(1):41-49.
88. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019;24(4):562-575.
89. Mick E, Faraone SV. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(2):261-viii.
90. Li Z, Chang SH, Zhang LY, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Res*. 2014;219(1):10-24.
91. Rubia K, Alegría AA, Brinson H. Brain abnormalities in attention-deficit hyperactivity disorder: a review. *Rev Neurol*. 2014;58(Suppl 1):S3-S16.
92. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002;288(14):1740-1748.

93. Durston S, Hulshoff Pol HE, Schnack HG, et al. Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(3):332-340.
94. Greven CU, Bralten J, Mennes M, et al. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):490-499.
95. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci*. 2002;3(8):617-628.
96. Shaw P, Gilliam M, Liverpool M, et al. Cortical development in typically developing children with symptoms of hyperactivity and impulsivity: support for a dimensional view of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2011;168(2):143-151.
97. Shaw P, Malek M, Watson B, Sharp W, Evans A, Greenstein D. Development of cortical surface area and gyrification in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2012;72(3):191-197.
98. Cortese S, Kelly C, Chabernaude C, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry*. 2012;169(10):1038-1055.
99. Hart H, Radua J, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neurosci Biobehav Rev*. 2012;36(10):2248-2256.
100. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*. 2002;288(6):728-737.
101. Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee PC, Olsen J. Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA Pediatr*. 2014;168(4):313-320.
102. Clements CC, Castro VM, Blumenthal SR, et al. Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Mol Psychiatry*. 2015;20(6):727-734.

103. Bekaroğlu M, Aslan Y, Gedik Y, et al. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996;37(2):225-227.
104. Harold GT, Leve LD, Barrett D, et al. Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(10):1038-1046.
105. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(6):464-470.
106. Rutter M, Kreppner J, Croft C, et al. Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(12):1200-1207.
107. O'Connor TG, Rutter M. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(6):703-712.
108. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu Eİ. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12(4):233-236.
109. Floet AM, Scheiner C, Grossman L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Rev*. 2010;31(2):56-69.
110. Murray DW. Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(5):374-381.
111. Ghuman JK, Ghuman HS. Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers: is it justified? *Paediatr Drugs*. 2013;15(1):1-8.
112. Barkley RA, Cunningham CE, Gordon M, Faraone SV, Lewandowski L, Murphy KR. ADHD symptoms vs. impairment: Revisited. *The ADHD Report*. 2006;14(2):1-9.
113. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(1):75-116.

114. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediatr*. 2007;7(1Suppl):73-81.
115. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1985;24(2):211-220.
116. Biederman J, Faraone S, Milberger S, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(5):437-446.
117. Ingram S, Hechtman L, Morgenstern G. Outcome issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 1999;5(3):243-250.
118. de Sousa AF, Coimbra IM, Castanho JM, Polanczyk GV, Rohde LA. Attention-deficit hyperactivity disorder. In: Rey JM, Martin A, eds. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2020.
119. Langley K, Fowler T, Ford T, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):235-240.
120. Işık E, Taner YI. *Çocuk, ergen ve erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu*. 1st ed. Türkiye Klinikleri; 2009.
121. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2015;7(1):27-38.
122. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020.
123. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20192528.
124. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents,

- and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727-738.
125. Mirzahosseini HK, Sanani MGP, Azad YM. Evaluation of the Effects of Atomoxetine on Human Organs: A Systematic Review. *J Pharm Res Int*. 2019;31(3):1-8. doi:10.9734/jpri/2019/v31i330301
 126. Pfiffner LJ, Haack LM. Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(4):731-746. doi:10.1016/j.chc.2014.05.014
 127. Riddle MA, Yershova K, Lazzaretto D, et al. The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATs) 6-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(3):264-278.e2. doi:10.1016/j.jaac.2012.12.007
 128. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall; 1963.
 129. Arboleda-Flórez J. What causes stigma? *World Psychiatry*. 2002;1(1):25-26.
 130. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall; 1963.
 131. Corrigan PW, ed. *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. American Psychological Association; 2005.
 132. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363-385.
 133. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55(5):738-748.
 134. Önal Ö, Özek B, Tekinkuş C, Arısoy A. Damgalama (Stigma) Düzeyini Tespit Etmeye Yönelik Yapılan Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Çalışmalarının Metodolojik İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Dergisi*. 2024;8(1):39-55.
 135. Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, et al. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2013;64(3):264-269.
 136. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2150-2161.

137. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Int J Group Psychother.* 2011;61(4):577-595.
138. Rüsch N, Corrigan PW, Wassel A, et al. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br J Psychiatry.* 2009;195(6):551-552.
139. Dikeç G, Bilaç Ö, Uzunoğlu G. Kim Daha Çok Damgalıyor? Ruhsal Bozukluğu Olan Ergenler mi Yoksa Ebeveynleri mi? *J Dr Behcet Uz Child Hosp.* 2020;10(1):8-14.
140. Gray DE. “Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed”: Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociol Health Illn.* 2002;24(6):734-749.
141. Ludlow A, Skelly C, Rohleder P. Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *J Health Psychol.* 2012;17(5):702-711.
142. Öz B, Yüksel T, Nasıroğlu S. Otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinde görülen depresyon-anksiyete belirtileri ve damgalanma algısı. *Arch Neuropsychiatry.* 2020;57:50-55.
143. Gill J, Liamputtong P. Walk a mile in my shoes: Life as a mother of a child with Asperger’s syndrome. *Qual Soc Work.* 2011;12(1):41-56.
144. Walker JS, Coleman D, Lee J, Squire PN, Friesen BJ. Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: magnitude and demographic variation in a national sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(8):912-920.
145. Seipp CM, Johnston C. Mother-son interactions in families of boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with and without oppositional behavior. *J Abnorm Child Psychol.* 2005;33(1):87-98.
146. Singh I, Kendall T, Taylor C, et al. Young People's Experience of ADHD and Stimulant Medication: A Qualitative Study for the NICE Guideline. *Child Adolesc Ment Health.* 2010;15(4):186-192.
147. Kendall J, Hatton D, Beckett A, Leo M. Children's accounts of attention-deficit/hyperactivity disorder. *ANS Adv Nurs Sci.* 2003;26(2):114-130.
148. Eisenberg D, Schneider H. Perceptions of academic skills of children diagnosed with ADHD. *J Atten Disord.* 2007;10(4):390-397.

149. van Heijst BF, Geurts HM. Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism*. 2014;19(2):158-167.
150. Kuhlthau K, Orlich F, Hall TA, et al. Health-Related Quality of Life in children with autism spectrum disorders: results from the autism treatment network. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(6):721-729.
151. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(2):221-230.
152. de Vries M, Geurts H. Influence of Autism Traits and Executive Functioning on Quality of Life in Children with an Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(9):2734-2743.
153. Gurney JG, McPheeters ML, Davis MM. Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(8):825-830.
154. Wanni Arachchige Dona S, Badloe N, Sciberras E, et al. The impact of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on children's health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord*. 2023;27(6):598-611.
155. Riley AW, Spiel G, Coghill D, et al; ADORE Study Group. Factors related to health-related quality of life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15 Suppl 1:I38-I45.
156. Hechtman L, Abikoff H, Klein RG, et al. Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(7):812-819.
157. Wehmeier PM, Dittmann RW, Schacht A, et al. Effectiveness of atomoxetine and quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder as perceived by patients, parents, and physicians in an open-label study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17(6):813-830.
158. Bellato A, Perrott NJ, Marzulli L, et al. Systematic Review and Meta-Analysis: Effects of Pharmacological Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Quality of Life. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2025;64(3):346-361.

159. Bastiaens L. Both atomoxetine and stimulants improve quality of life in an ADHD population treated in a community clinic. *Psychiatr Q.* 2008;79(2):133-137.
160. Prasad S, Harpin V, Poole L, et al. A multi-centre, randomised, open-label study of atomoxetine compared with standard current therapy in UK children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Curr Med Res Opin.* 2007;23(2):379-394.
161. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(5):530-537.
162. Boat TF, Wu JT, eds. *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children.* Washington, DC: National Academies Press; 2015.
163. Klin A, Saulnier CA, Sparrow SS, et al. Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: the Vineland and the ADOS. *J Autism Dev Disord.* 2007;37(4):748-759.
164. Backman A, Zander E, Roll-Pettersson L, Vigerland S, Hirvikoski T. Functioning and quality of life in transition-aged youth on the autism spectrum – associations with autism symptom severity and mental health problems. *Res Autism Spectr Disord.* 2023;104:102168.
165. Molina BS, Smith BH, Pelham WE. Factor structure and criterion validity of secondary school teacher ratings of ADHD and ODD. *J Abnorm Child Psychol.* 2001;29(1):71-82.
166. Langberg JM, Molina BS, Arnold LE, et al. Patterns and predictors of adolescent academic achievement and performance in a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011;40(4):519-531.
167. Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(12):1410-1417.
168. Lahey BB, Carlson C. Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity: A review of the literature. *J Learn Disabil.* 1991;24:110-120.
169. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-

- PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-988.
170. Gökler B, Ünal M, Özsungur B, Çengel Kültür S, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu şekli Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;11(2):109-116.
171. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121(1):31-49.
172. Dikeç G, Bilaç Ö, Uzunoğlu G, Ozan E. Validity and reliability of the internalized stigma of Mental Illness Scale–Adolescent Form. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2021;34(2):96-104.
173. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*. 1999;37(2):126-139.
174. Çakın M, Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13–18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(4):353-363.
175. Weiss MD. Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS): Instructions & purpose [PDF]. Department of Psychiatry, University of British Columbia.
176. Tarakçıoğlu MC, Çakın Memik N, Olgun NN, Aydemir Ö, Weiss MD. Turkish validity and reliability study of the Weiss Functional Impairment Rating Scale–Parent Report. *ADHD Atten Defic Hyperact Disord*. 2015;7(2):129-139.
177. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(11):1228-1231.
178. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(7):28-37.
179. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Pearson; 2013.
180. George D, Mallery M. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 10th ed. Pearson; 2010.
181. Pallant J. *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 12)*. 6th ed. Open University Press; 2017.
182. Kirkovski M, Enticott PG, Fitzgerald PB. A review of the role of female gender in autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(11):2584-2603.

183. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord.* 2023;339:860-866.
184. Bitsko RH, Holbrook JR, Ghandour RM, et al. Vital signs: State variation in treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder among insured children aged 2–5 years — United States, 2008–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(23):590-595.
185. Zablotzky B, Black LI. Prevalence of children aged 3-17 years with developmental disabilities, by urbanicity: United States, 2015–2018. *Natl Health Stat Report.* 2020;(139):1-7.
186. Lai DC, Tseng YC, Hou YM, Guo HR. Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Res Dev Disabil.* 2012;33(6):2301-2307.
187. Lauritsen MB, Astrup A, Pedersen CB, et al. Urbanicity and autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2014;44(2):394-404.
188. Liu KY, King M, Bearman PS. Social influence and the autism epidemic. *Am J Sociol.* 2010;115(5):1387-1434.
189. Al-Beltagi M. Pre-autism: What a paediatrician should know about early diagnosis of autism. *World J Clin Pediatr.* 2023;12(5):273-294.
190. Andoy Galvan JA, Ramalingam PN, Patil SS, et al. Mode of delivery, order of birth, parental age gap and autism spectrum disorder among Malaysian children: A case-control study. *Heliyon.* 2020;6(10):e05068.
191. Björkegren E, Svaleryd H. Birth order and health disparities throughout the life course. *Soc Sci Med.* 2023;318:115605.
192. Reimelt C, Wolff N, Hölling H, et al. Siblings and birth order—Are they important for the occurrence of ADHD? *J Atten Disord.* 2021;25(1):81-90.
193. Joshi G, Wozniak J, Petty C, et al. Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: a comparative study. *J Autism Dev Disord.* 2013;43(6):1314-1325.
194. Fortuna RJ, Robinson L, Smith TH, et al. Health conditions and functional status in adults with autism: a cross-sectional evaluation. *J Gen Intern Med.* 2016;31(1):77-84.

195. Schapir L, Lahav T, Zalsman G, et al. Cigarette smoking, alcohol and cannabis use in patients with pervasive developmental disorders. *Subst Use Misuse*. 2016;51(11):1415-1420.
196. Butwicka A, Långström N, Larsson H, et al. Increased risk for substance use-related problems in autism spectrum disorders: a population-based cohort study. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(1):80-89.
197. Barber W, Aslan B, Meynen T, et al. Alcohol use among populations with autism spectrum disorder: narrative systematic review. *BJPsych Open*. 2025;11(1):e15.
198. Yule AM, DiSalvo M, Biederman J, et al. Decreased risk for substance use disorders in individuals with high-functioning autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(2):257-265.
199. Kunreuther E. Autism spectrum disorder and substance use disorder: a dual diagnosis hiding in plain sight. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020;29(3):467-481.
200. Symmes A, Winters KC, Fahnhorst T, et al. The association between attention-deficit hyperactivity disorder and nicotine use among adolescents and young adults. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2015;24(1):37-45.
201. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(1):9-21.
202. McCabe SE, Pasman E, Wilens T, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and later e-cigarette and tobacco use in US youths. *JAMA Netw Open*. 2025;8(2):e2458834.
203. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S. An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(3):304-312.
204. Rosenberg RE, Mandell DS, Farmer JE, et al. Psychotropic medication use among children with autism spectrum disorders enrolled in a national registry, 2007–2008. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(3):342-351.

205. Aman MG, Lam KS, Collier-Crespin A. Prevalence and patterns of use of psychoactive medicines among individuals with autism in the Autism Society of Ohio. *J Autism Dev Disord.* 2003;33(5):527-534.
206. Martin A, Scahill L, Klin A, Volkmar FR. Higher-functioning pervasive developmental disorders: Rates and patterns of psychotropic drug use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(7):923–931.
207. Maïano C, Normand CL, Salvas MC, Moullec G, Aimé A. Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Autism Res.* 2016;9(6):601–615.
208. Chou WJ, Hsiao RC, Ni HC, et al. Self-reported and parent-reported school bullying in adolescents with high functioning autism spectrum disorder. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(7):1117.
209. Cuba Bustinza C, Adams RE, Claussen AH, et al. Factors associated with bullying victimization and perpetration in children and adolescents with ADHD. *J Atten Disord.* 2022;26(12):1535–1548.
210. Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Miyachi T, et al. Paternal age at birth and high-functioning autistic-spectrum disorder in offspring. *Br J Psychiatry.* 2008;193(4):316–321.
211. Lai MC, Kasseh C, Besney R, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(10):819–829.
212. Fucà E, Guerrera S, Valeri G, et al. Psychiatric comorbidities in children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: A study on prevalence, distribution and clinical features in an Italian sample. *J Clin Med.* 2023;12(2):677.
213. Montaser J, Umeano L, Pujari HP, et al. Correlations between the development of social anxiety and individuals with autism spectrum disorder: a systematic review. *Cureus.* 2023;15(9):e44841.
214. McKeague L, Hennessy E, O'Driscoll C, Heary C. Peer Mental Health Stigmatization Scale: Psychometric properties of a questionnaire for children and adolescents. *Child Adolesc Ment Health.* 2015;20(3):163–170.

215. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol.* 2006;25(8):875–884.
216. Wang W, Yang Y, Song C, Liu Y, Zhang J. Suicidal risk among Chinese parents of autistic children and its association with perceived discrimination, affiliate stigma and social alienation. *BMC Psychiatry.* 2024;24:784.
217. Fucà E, Guerrera S, Valeri G, et al. Psychiatric comorbidities in children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: A study on prevalence, distribution and clinical features in an Italian sample. *J Clin Med.* 2023;12(2):677.
218. Montaser J, Umeano L, Pujari HP, et al. Correlations between the development of social anxiety and individuals with autism spectrum disorder: a systematic review. *Cureus.* 2023;15(9):e44841.
219. McKeague L, Hennessy E, O'Driscoll C, Heary C. Peer Mental Health Stigmatization Scale: Psychometric properties of a questionnaire for children and adolescents. *Child Adolesc Ment Health.* 2015;20(3):163–170.
220. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol.* 2006;25(8):875–884.
221. Wang W, Yang Y, Song C, Liu Y, Zhang J. Suicidal risk among Chinese parents of autistic children and its association with perceived discrimination, affiliate stigma and social alienation. *BMC Psychiatry.* 2024;24:784.
222. Ikeda E, Hinckson E, Krägeloh C. Assessment of quality of life in children and youth with autism spectrum disorder: A critical review. *Qual Life Res.* 2014;23(4):1069–1085.
223. Nelson MA, Shaffer RC, Schmitt LM, et al. Health-related quality of life in autistic youth and their families. *J Autism Dev Disord.* 2025;55:1982–1987.
224. Sheldrick RC, Neger EN, Shipman D, Perrin EC. Quality of life of adolescents with autism spectrum disorders: Concordance among adolescents' self-reports, parents' reports, and parents' proxy reports. *Qual Life Res.* 2012;21(1):53–57.
225. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):276–293.
226. Fogler JM, Weaver AL, Katusic S, Voigt RG, Barbaresi WJ. Recalled experiences of bullying and victimization in a longitudinal, population-based birth cohort: The

- influence of ADHD and co-occurring psychiatric disorder. *J Atten Disord*. 2022;26(1):15–24.
227. Wiener J, Mak M. Peer victimization in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Sch*. 2009;46(2):116–131.
228. Schnoes C, Reid R, Wagner M, Marder C. ADHD among students receiving special education services: A national survey. *Except Child*. 2006;72(4):483–496.
229. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(2):134–138.
230. Mueller AK, Fuermaier ABM, Koerts J, Tucha L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. 2012;4(3):101–114.
231. Özaydın Y, Tatlı Ş, Özgür BG. Otizm spektrum bozukluğu tanılı ergenlerin sosyodemografik ve klinik profillerinin kapsamlı incelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2024;31(3):223–229.
232. Livingston LA, Colvert E, Bolton P, Happé F. Good social skills despite poor theory of mind: Exploring compensation in autism spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(1):102–110.
233. Collins AS, Carroll KJ, Gerber AH, Pedersen ML, Williams DM. Theory of mind and social informant discrepancy in autism. *Child Psychiatry Hum Dev*. Published online 2024.