

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA OTİSTİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ
-ADİYAMAN İLİ ÖRNEĞİ-

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANLARI

I. Danışman: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ
II. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÇELİK (Adıyaman Üniversitesi)

TEZİ YAZAN

Esra KAYA BOZKURT

MERSİN, OCAK 2017

T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

201410077 numaralı öğrencimiz olan Esra KAYA BOZKURT tarafından hazırlanan
“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Otistik Belirtilerin
İncelenmesi -Adıyaman İli Örneği-” başlıklı bu tez çalışması jürimiz tarafından oybirliğiyle
Psikoloji Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

.....
Üni. İçi- 1. Tez Danışmanı- Jüri Başkanı Jüri Üyesi: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

.....
Üni. Dışı- 2. Tez Danışmanı- Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÇELİK
(Adıyaman Üni.)

.....
Üni. Dışı- Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Aysun KALENDEROĞLU
(Adıyaman Üni.)

.....
Üni. İçi- Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Murat KOÇ

.....
Üni. İçi- Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. İbrahim İNAN

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylıyorum.

...../.../2017
Yrd. Doç. Dr. Murat KOÇ
Enstitü Müdürü

NOT: Bu tezde kullanılan ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

ETİK BEYANI

Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 13/01/2017

Esra KAYA BOZKURT

ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA OTİSTİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

-ADİYAMAN İLİ ÖRNEĞİ-

Esra KAYA BOZKURT

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

I. Tez Danışmanı: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

II. Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÇELİK (Adıyaman Üniversitesi)

Ocak 2017, 66 Sayfa

Bu çalışmanın amacı, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda otistik belirtilerin yaygınlığının Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) ile araştırılmasıdır.

Araştırmanın örneklemini, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri ve çocuk psikiyatri polikliniğine 01/03/2016- 31/05/2016 tarihleri arasında başvuran 8-18 yaş aralığındaki DEHB tanısı almış 42 erkek, 9 kız olmak üzere 51 kişi ve yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi bakımından benzer olan, DEHB olmayan 48 erkek, 10 kız olmak üzere 58 kişi oluşturmaktadır.

Araştırma verileri, geliştirilmiş sosyodemografik bilgi formu ve Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde, Mann- Whitney U testi, kategorik değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgulara DEHB'li bireylerin ABC ölçeğinden almış oldukları toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları DEHB'li olmayan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). DEHB'li bireylerin birinci derece akrabalarında DEHB görülme olasılığı kontrollere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Elde

edilen başka bir bulgu ise; çalışmamıza dahil edilen DEHB’li çocukların annelerinin kontrol grubu annelerine kıyasla daha az çalıştığı tespit edilmiştir ($p=,023$).

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), otistik belirtiler, Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC).



ABSTRACT

EVALUATION OF AUTISTIC SYMPTOMS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

-SAMPLE OF ADIYAMAN PROVINCE-

Esra KAYA BOZKURT

Assertion Thesis, Psychology Department

I. Supervisor: Prof. Dr. Şükrü UĞUZ

II. Supervisor: Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÇELİK (Adıyaman University)

January 2017, 66 pages

The aim of this study is to detect prevalence of autistic symptoms of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) using Autism Behavior Checklist (ABC).

The sample of this study included 51 children (42 males, 9 females) at 8-18 ages diagnosed with ADHD in Psychiatry and Child Psychiatry Clinics of Adıyaman University Research and Education Hospital between 01/03/2016- 31/05/2016 and 58 controls (48 males, 10 females) without ADHD with similar age, sex, and education features.

Data in this study was obtained using a sociodemographic data form which was developed in accordance with the literature and ABC. Continuous variables which meet normal distribution criteria were analyzed using independent samples t test and which do not meet normal distribution criteria were analyzed using Mann Whitney U test. Chi square test was used for comparison of categorical variables.

Results showed higher scores for children with ADHD in total ABC scale and all of its 5 subscales than children without ADHD ($p<0.001$). Rate of ADHD diagnosis in first degree relatives of children with ADHD was significantly higher than relatives of the control group ($p<0.001$). Another finding of the study was lower employment rate in the mothers of the ADHD children compared with the mothers of the control children ($p=0.023$).

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), autistic symptoms, Autism Behavior Checklist (ABC).



ÖNSÖZ

Öncelikle bu çalışmanın gerçekleşmesinde en büyük katkıyı sağlayan sevgili çocuklara ve ailelerine teşekkür ederim.

Bu tezin ortaya çıkmasındaki katkılarının yanı sıra bilimsel bakış açıcı kazanmamı sağlayan, benden desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösterici olan, kendisiyle çalışmış olma şansını elde ettiğim için her zaman onur duyacağım değerli hocam ve sevgili danışmanım Prof. Dr. Şükrü UĞUZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin planlanma ve yürütülme sürecinde verdiği fikirleriyle, tezin her aşamasında yanımda olan, moral ve motivasyonu sağlayan, hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen, derdimi çok çeken Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Beni yüksek lisans yapmaya teşvik eden sevgili çalışma arkadaşlarım Murat ARAR ve Ali KUŞTEPE'ye,

Yaşamım boyunca bana hep destek olan, bugünlere gelmemde sonsuz emeği olan, bütün sıkıntılarıma sonsuz sabır göstererek katlanan, değerlerimin mimarları canım annem, babam ve kardeşlerime,

Bu zorlu süreçte hayatıma anlam katan, yaşam kaynağım bitanecik bebeğim Azra'ya, çok teşekkür ederim.

Son olarak bu süreçte belki de benden fazla yorulan, bana olan desteği ve güveni ile beni cesaretlendiren “var olması” bile her şeye bedel olan biricik eşim Erhan BOZKURT'a yalnız bu sürece değil, tüm hayatıma olan katkılarından ötürü sonsuz teşekkür ederim.

OCAK 2017

Esra KAYA BOZKURT

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 : DEHB ve OSB İle İlgili Çalışmalar	20
Tablo 2: Deney ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Değişkeni Bakımından Karşılaştırılması	26
Tablo 3: Deney ve Kontrol Gruplarının Yaş Değişkeni Bakımından Karşılaştırılması	26
Tablo 4 : Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması	26
Tablo 5 : Deney ve Kontrol Gruplarının Anne ve Babalarının Eğitim Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 6 : Deney ve Kontrol Gruplarının Anne ve Babalarının Çalışma Durumları Değişkeninin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 7 : Deney ve Kontrol Gruplarının Kendi Algılarına Göre Ekonomik Durum Değişkeninin Karşılaştırılması.....	28
Tablo 8 : Deney ve Kontrol Gruplarının Aile İlgisi Değişkeninin Karşılaştırılması	28
Tablo 9 : Deney ve Kontrol Gruplarının Aile Yapısı Değişkeninin Karşılaştırılması	29
Tablo 10 : Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıya Dair Aile Öyküsü Değişkeninin Karşılaştırılması	29
Tablo 11 : Deney ve Kontrol Gruplarının ABC Ölçeği Toplamı ve Alt Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması	30

KISALTMALAR LİSTESİ

DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ABC	: Autism Behavior Checklist
APA	: American Psychiatric Association
ÇDB	: Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu
YGB	: Yaygın Gelişimsel Bozukluk
CDC	: Centers for Disease Control
ICD	: International statistical classification of diseases and related health problems

İÇİNDEKİLER

KAPAK.....	I
TEZ ONAY FORMU	II
ETİK BEYANI	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	VI
ÖNSÖZ	VIII
TABLolar LİSTESİ	IX
KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
İÇİNDEKİLER	XI

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi	2
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi.....	3
1.4. Araştırmanın Varsayımları	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.6. Tanımlar	3

İKİNCİ BÖLÜM

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	4
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	4
2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi	4
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Etiyoloji.....	6

2.1.4. Tanı	8
2.1.5. DEHB Alt Tipleri	9
2.1.6. Ek Tanı ve Ayırıcı Tanı	10
2.1.7. Prognoz	11
2.2. Otizm Spektrum Bozukluğu	11
2.2.1. Tarihçe	14
2.2.2. Epidemiyoloji	15
2.2.3. Etiyoloji.....	16
2.2.4. Klinik Görünüm	17
2.2.5. Eşlik Eden Tanılar	18
2.2.6. Ayırıcı Tanı	18
2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otizm Spektrum Bozukluğu Birlikteliği	19
2.4. DEHB ve OSB İle İlgili Araştırmalar	20

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Modeli/ Yöntemi.....	23
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	24
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	24
3.3.2. Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC).....	24
3.4. Araştırmanın Etiği.....	25
3.5. İstatistiksel Analiz.....	25

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR.....	26
------------------	----

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA VE YORUM.....	31
---------------------------	----

ALTINCI BÖLÜM

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
6.1. Sonuç.....	34
6.2. Öneriler.....	34

7. KAYNAKÇA	35
-------------------	----

8. EKLER	46
8.1. Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu.....	46
8.2. Ek 2: Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC).....	47
8.3. Ek 3: ABC Ölçeği Kullanım İzni	49
8.4. Ek 4: Bilgilendirilmiş Onam Formu	50
8.5. Ek 5: Etik Kurul İzni.....	52
9. ÖZGEÇMİŞ.....	53



BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), okul çağı çocuklarının %3 ile %5'inde görülen yaygın nörogelişimsel bir bozukluktur. Her 20 çocuktan birinde ya da teorik olarak her sınıfta 1 DEHB'li çocuk olduğu ifade edilebilir (Brown, 2000: 200). DEHB, dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin benzer yaş ve gelişimsel düzeydeki kişilere oranla daha ağır, sürekli ya da daha sık yaşanması olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği-APA, 2000). Yapılan çalışmalarda DEHB'li çocukların anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozukluklarına da daha yatkın oldukları gözlenmiştir (Torgersen ve ark., 2006: 38). Aynı zamanda DEHB'li çocukların düşük benlik saygısı ve yaşıtlarına kıyasla kendilerine daha az değer verdikleri görülmüştür (Kendall ve ark., 2003: 39). DEHB tanısı almış çocuklar düşük sosyal becerilere sahip olduklarından, bu çocukların yaşıtları ve ebeveynleri ile sosyal ilişkilerde problemler yaşadıkları görülmüştür (Treuting ve ark., 2001: 33). Sosyal beceri eksikliklerinin yanında DEHB'li çocukların zorlu yaşam olayları ile başa çıkmada güçlükler yaşadıkları saptanmıştır (Babb ve ark., 2010: 19).

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), ileri derecede, karmaşık nörolojik bir yetersizliktir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı beşinci baskısı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]) OSB'yi yaşam boyu süren, farklı biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler ile kısıtlı ve tekrarlayıcı davranış örüntüleri, ilgiler ve etkinlikler ile kendini gösteren, belirtileri erken gelişim evresinde ortaya çıkan, günlük yaşamda problemlere sebep olan ve genel gelişim gecikmesi ile izah edilemeyen bir bozukluk olarak tanımlamıştır (APA, 2014: 25). OSB olan çocuklar normal gelişim gösteren çocuklarla kıyaslandığında, OSB olan çocukların sosyal etkileşim ve bilişsel gelişimde sınırlılıklar sergiledikleri, dil ve motor gelişiminde gecikmeler yaşadıkları, sıra dışı özelliklere sahip oldukları ve uygun şekilde oyun oynamada güçlük yaşadıkları görülmüştür (Landa, 2007: 16).

DEHB ve OSB, DSM 5' te nörogelişimsel bozukluklar ana başlığı altında yer alan iki bozukluktur (APA, 2014: 25). OSB ve DEHB' nin çekirdek belirtileri birbirinden farklı olmasına rağmen iki bozukluğun örtüştüğü birçok alan bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda DEHB'li çocuklarda otistik belirtilerin görülme sıklığının artmış olduğu bildirilmiştir (Gradzinski ve ark., 2011; Kotte ve ark., 2013). OSB olan çocukların %30-50'sinde DEHB belirtilerinin tespit edildiği, DEHB olan çocukların ise yaklaşık üçte ikisinde OSB belirtilerinin tespit edildiği görülmüştür (Davis ve Kollins, 2012: 525). Dikkat eksikliği, sosyal becerilerde eksiklikler, dürtüsellik ve değişen düzeylerde huzursuzluk ve aşırı hareketliliğin bu iki bozukluk için örtüşen özellikler olduğu gösterilmiştir (Mayes ve ark., 2011: 770). Ek olarak OSB'li çocuklarda DEHB ek tanı oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Yoshida ve Uchiyama, 2004: 310). Yapılan aile ve ikiz çalışmaları OSB ve DEHB'nin genetik etkenlerden kaynaklandığı görüşünü desteklemektedir (Ronald ve ark., 2008: 538). Her iki bozuklukta da genetik geçişin güçlü olduğu bilinmektedir ve iki bozukluktan birisi olan çocukların ailelerinde diğlerinin de sık görüldüğü bulunmuştur (Rao ve Landa, 2014: 276). Her iki bozukluğun ortak genetik kökenlerini araştırmak için yapılan aday gen, bağlantı ve Genom Boyu İlişkilendirme (genomewideassociation; GWA) çalışmaları özel olarak bu birlikteliği ele almış ve ümit verici bazı pleotropik genler, lokuslar ve tek nükleotid polimorfizmler tespit edilmiştir (Rommelse ve ark., 2010: 285).

1.1. Araştırmanın Problemi

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatri Polikliniğine başvuran DEHB olan çocuklarda otistik belirtiler ne düzeydedir?

1.2. Araştırmanın Amacı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda otistik belirtilerin yaygınlığının, Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) ile araştırılması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

OSB ve DEHB arasındaki benzerliklerin gösterilmesi, her iki bozukluğun etiyolojisinin araştırılmasını kolaylaştıracaktır. Ayrıca sınıflama sistemleri açısından bu iki bozukluk DSM 5'te nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında birlikte yer almaktadır. Bu iki bozukluk arasındaki benzerliklerin gösterilmesi sınıflama açısından da faydalı olacaktır. DEHB'li çocuklarda otistik belirtilerin sık olduğu gösterilebilirse bu çocukların tedavi yaklaşımları da değişebilir ve sosyal becerilerini artırmaya yönelik yaklaşımlar daha fazla kullanılabilir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

1. Kişisel bilgi formu ve ölçeğin katılımcılar tarafından samimi bir şekilde doldurulduğu varsayılmıştır.
2. Araştırmada kullanılan ABC ölçeğinin Türk toplumundaki DEHB'li bireylerde otistik belirtileri güvenilir bir şekilde ortaya çıkarabileceği varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma 01/03/2016- 31/05/2016 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran 8-18 yaş aralığındaki DEHB tanısı almış kişilerle sınırlandırılmıştır. Tek bir merkez alındığından verilerin Türkiye'ye genellenmesi mümkün değildir.

1.6. Tanımlar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB): Aşırı hareketlilik, dikkatsizlik, ve dürtüsellik ile görülen sosyal hayatı etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur (Taylor ve ark., 2004: 7).

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB): Sosyal ve iletişim alanlarında yetersizliklerin görüldüğü, çocukluğun erken dönemlerinde başlayan tekrarlayıcı davranışlar ile devam eden bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 25).

İKİNCİ BÖLÜM

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik ile seyreden toplumsal ilişkileri, iletişimi ve sosyal hayatı etkileyen, çocukluk çağında en sık görülen ruhsal bozukluk olup ergenlik ve erişkinlik döneminde de devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (Taylor ve ark., 2004: 7). The National Institute of Mental Health verilerine bakıldığında çocukluk çağında görülen farklı ruh sağlığı sorunları; Amerikada 8-15 yaş arası çocuk ve ergenlerin %8,7'sinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %7'sinde anksiyete bozukluğu ve %4'ünde de depresyon görüldüğü saptanmıştır (The National Institute of Mental Health, 12.06.2016, www.nice.org.uk). Türkiye'de ise erkek çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu %25,2 ile ilk sırada %10,3 ile duygu durum bozukluğu ikinci sırada ve %2,4 ile konversiyon bozuklukları üçüncü sırada yer almakta olup bu durum kız çocuklarında %18,8 ile duygu durum bozuklukları, %10,4 ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve %6,6 ile konversiyon bozukluğu şeklindedir (Aktepe ve ark., 2010: 105). Oranlar incelendiğinde Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun Türkiye ve Dünya genelinde çocukluk çağının en sık görülen ruhsal sorunlarından biri olduğu görülmüştür.

2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi

DEHB'yi ilk olarak Alexander Crichton “mental restlessness” (zihinsel huzurluk) olarak tanımlamış ancak bozukluğun dürtüsellik ve aşırı hareketlilik boyutuna değinmemiştir (Palmer ve Finger 2001: 69). Daha sonra 1902 yılında Dr. George Frederich Still DEHB'yi aşırı hareketlilik, impulsivite, dikkatsizlik, duygusal küntlük, kurallara uyumda güçlük, akademik başarısızlık ve saldırganlık gibi semptomları içeren “Ahlaki Kontrol Eksikliği” terimiyle açıklamıştır (Stubbe, 2000: 470). Birinci Dünya Savaşı sonrasında influenza pandemisi ve ensefalitis letargica epidemisinden sonra hayatta kalan çocuklarda Still tarafından tariflenene benzer davranış problemler

gözlenmiş ve beyin hasarı ile aynı anlamda olan “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” kavramı ortaya atılmıştır. Zamanla vakaların çoğunda bir beyin hasarı saptanamayan bu durum için “Minimal Beyin Disfonksiyonu” kavramı kullanılmaya başlanmıştır (Spetic ve Arnold, 2007: 438). 1960’lı yılların sonlarında esas belirtilerinin aşırı hareketlilik olduğu düşünülen bu bozukluk ICD-9 ve DSM-II’de “Hiperkinetik Sendrom” olarak tanımlanmıştır. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda asıl sorunun dikkatsizlik ve impulsivite olduğu, aşırı hareketliliğin ikincil olarak görüldüğü belirlenmiş ve DSM-III’te dikkatsizlik, impulsivite ve aşırı hareketliliğin yer aldığı “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” olarak tekrardan adlandırılmıştır. Daha sonra DSM-III’ün revize edilmiş formunda “hiperaktivite” terimi bozukluğun ismine tekrardan eklenerek; dikkatsizlik, impulsivite ve/veya aşırı hareketliliğin herhangi bir bileşiminin görülebileceği 14 muhtemel belirtiden en az 8 tanesinin olması durumunda tanısı konulan bozukluk Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak adlandırılmıştır (Hechtman, 2005: 3183).

DEHB, DSM-IV’te yıkıcı davranım bozukluğu başlığı altında yer almıştır. DEHB kriterleri DSM-IV’te dikkatsizlik ve impulsivite/ hiperaktivite olarak iki gruptan oluşmaktadır. DEHB tanısı koyabilmek için, bu iki gruptan en az birinde en az altı ve daha fazla semptom bulunmuş olması, belirtilerin en az altı ay var olup, yedi yaşından önce başlamış olması, birden fazla durumda görülüp işlevselliği bozması gerekmektedir (APA, 2001).

2013 yılında yayınlanan DSM-5’te DEHB tanı kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Başlangıç yaşının onikiye çıkarılması, nörogelişimsel bozukluk başlığı altında yer alması, otizm spektrum bozukluğu ile beraber konulabileceği, erişkinler için tanı koymada dikkat eksikliği veya hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin en az beş tanesinin olması yeterliliği yapılan değişiklikler arasındadır (APA, 2014: 31).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB, çocukluk çağında en sık tanı konulan psikiyatrik bozukluk olmasına rağmen yapılan çalışmalarda kullanılan farklı yöntem ve tanı koyma araçları münasebetiyle bozukluğun yaygınlığı ve sıklığı konusunda kesin ve ortak bir görüş bulunmamaktadır. DEHB, en sık çocukluk çağında görülür ve daha sonraki yaşlarda

görölme sıklığı azalır (Cohen ve ark., 1993: 859). Çocukluk çağında DEHB tanısı almış 119 erkek hastanın takip çalışmasında hastalar 19 yaşına geldiklerinde DEHB belirti düzeylerinin çocukluk çağına göre azalmış olduğu saptanmıştır (Biederman ve ark., 2000: 816). Çocukluk çağı DEHB ile ilgili klinik ortamda yapılan çalışmalarda erkek/kız oranı 3-5/1 olarak görülürken, toplum çalışmalarında ise bu oran 2/1 olarak görölmüştür. Kızlarda DEHB'ye çoğunlukla dikkatsizlik, depresyon ve anksiyete bozukluğu eşlik edip, davranış problemleri nadiren görölmektedir. Erkeklerde ise DEHB'nin yıkıcı davranış bozukluğu ile görölmesinden dolayı kızlara oranla daha sık psikiyatri polikliniğine başvurdıkları düşünölmektedir (Faraone ve ark., 2000a: 1080).

DEHB'nin genel olarak yaygınlığına bakacak olursak; dünya geneli yaygınlığı %8-12 aralığındadır (Biederman ve Faraone, 2005: 237). Toplum temelli yapılan çalışmalarda Almanya'da 2003- 2006 yılları arasında DEHB'nin erkeklerde görölme sıklığı %7,9, kız çocuklarında ise %1,8 (Knoph ve ark., 2012: 1), 2008 yılında Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı %16,4 (Hmaed ve ark., 2008), İran'da bu oran %9 (Amiri ve ark., 2010:597) ve Japonya' da %6,8 olarak belirtilmiştir (Lin ve ark., 2008: 1693).

Türkiye'de DEHB'nin sıklığı ile ilgili DSM-IV tanı kriterleri kullanılarak yapılan bir araştırmada 6-15 yaş aralığındaki çocuklarda bu oran %8,1 olarak belirtilmiştir (Erşan ve ark., 2004: 354).

Çocukluk çağında DEHB tanısı almış kişilerde alkol-madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar daha sık görölmektedir. Akademik ve sosyal alanlarda daha fazla sorunlar yaşamaktadırlar (Burd ve ark., 2003: 555).

2.1.3. Etiyoloji

Çocuk ve ergen psikiyatrisinin en sık karşılaşılan bozukluğu olan DEHB'nin nedenlerine ait kesin bir bilgi bulunmamaktadır. DEHB ile ilgili yapılan çalışmalarda ortaya atılan görüşlerin bir kısmı genetik, doğum veya doğum sonrası beyin işlevlerinde görölen bozukluklar üzerinde yoğunlaşırken, bir kısmı da çevresel ve sosyal etmenler üzerinde yoğunlaşmaktadır.

DEHB etiyolojisinin çok faktörlü olma ihtimali yüksektir. En çok kabul gören görüş, DEHB'nin değişik hastalıkların ortak klinik görüngüsü olduğu görüşüdür (Faraone ve ark., 2006: 4).

DEHB'nin ortaya çıkmasında organik ve sosyal sebepler üzerinde durulmuştur. DEHB etiyolojisini araştırma ile ilgili çalışmalar genetik, beyin görüntüleme, nörokimyasal değişiklikler ve psikososyal sebepleri ortaya çıkarmaya yönelik yapılmaktadır (Pliszka, 2003: 253).

Kalıtım ve çevresel faktörler DEHB'nin etiyolojisinde en önemli iki faktördür. Yapılan çalışmalarda DEHB hastalarının birinci derece yakınlarında DEHB oranının %20-50 olduğu görülmüştür. Bu yüzden DEHB hastalarının birinci derece yakınlarında DEHB görülme riskinin diğerlerine göre 4-10 kat fazla olduğu gözlenmiştir (Faraone ve ark., 2000b: 1). İkiz ve evlat edinme çalışmalarında ise elde edilen bulgular DEHB etiyolojisinde kalıtımın en önemli faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Eş zamanlı hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde %51, çift yumurta ikizlerinde ise %33 olarak görülmüştür (Cry ve Brown, 2000: 69).

DEHB'de çevresel etmenlerin rolü ile ilgili çalışmalardan elde edilen veriler, çevresel etmenlerin prenatal, perinatal ve postnatal olarak ayrılabilceğini ortaya koymuştur (Cortese, 2012). Annedeki kansızlık, iyot eksikliği, hipotiriodi, sigara, alkol ve madde kullanımı, prematüre doğum, düşük kilo, kafa çapının küçüklüğü DEHB ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca menenjit ve viral enfeksiyonlar, ensefalit, otitis media, kansızlık, kardiyak rahatsızlıklar, tiroid hastalıkları, epilepsi, otoimmün ve metabolik hastalıklar, kafa travması, ilaç ve toksinler, beslenme ile ilgili faktörlerinde DEHB ile ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur (Millichap, 2008: 358).

Son yıllarda DEHB etiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda gen- çevre etkileşimine dikkat çekilmiştir (Coghill ve Banaschewski, 2009: 1547). Gen- çevre etkileşimlerinden en sık çalışılıp teyit edilen; dopaminerjik genlerle prenatal sigara veya alkol kullanımı, düşük doğum ağırlığı, psikososyal olumsuzluklar ve serotonerjik genlerle ebeveyn çatışmaları arasında görülmektedir (Pennington ve ark., 2009; Nigg ve ark., 2010).

2.1.4. Tanı

Son zamanlarda günümüzde birçok ebeveyn, bakım veren kişi, öğretmen olağandan biraz fazla hareketli gördükleri çocukları hiperaktif olarak değerlendirmektedirler. Fakat tanı koymak klinik gözlemlerle gerçekleşmektedir. DEHB tanısı, çeşitli kaynaklardan elde edinilen bilgilerle ve en sık kullanılan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre konulmaktadır.

“DSM-5’e göre DEHB belirtileri;

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür.

- a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yaparlar.
- b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.
- c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri, ya da iş yerindeki görevleri tamamlayamaz (Karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlamamaya bağlı değildir).
- e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalem, kitaplar ya da araç gereçler).
- h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık.
- i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkan.

2. Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Aşağıdaki semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür. Belirtiler karşıt olma bozukluğu ve ya yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir. 17 yaş ve üstünde en az beş belirtinin olması gerekmektedir.

- a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
 - b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
 - c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (Ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
 - d) Çoğu zaman sakın bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
 - e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
 - f) Çoğu zaman çok konuşur.
 - g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.
 - h) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.
 - i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).
- B.** Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 12 yaşından önce de vardır.
- C.** İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örneğin evde işte ya da okulda).
- D.** Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.
- E.** Bu semptomlar sadece, şizofreni ya da diğer bir psikozla giden farklı bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır" (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 30).

2.1.5. DEHB Alt Tipleri

2.1.5.1. DEHB- Bileşik Tip

Son altı aydır hem A1 (dikkatsizlik) hem de A2 (aşırı hareketlilik ve dürtüsellik) tanı kriterleri karşılanmıştır. Kız ve erkeklerde en sık görülen alt tiptir. Akranlarına göre aşırı derecede hareketlilik mevcut, aşırı konuşma her şeyi elleyip kurcalama, sırasını bekleyememe, düşünmeden davranma gibi dürtüsellik semptomlarından dolayı sosyal yaşantılarında sık sık problemler yaşarlar. En ufak bir şeyde dikkatleri hemen dağılır, dikkatini toparlamakta ve sürdürmekte güçlük yaşarlar.

Bu nedenle akademik yaşantılarında sorun yaşarlar. Bu alt tip genellikle erişkin dönemde de devam eder (APA, 2014: 32).

2.1.5.2. DEHB- Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Tip

Son altı aydır A1 tanı kriteri karşılanmış, fakat A2 tanı kriteri karşılanmamıştır. Bu alt tipte bulunanlar dikkatini toparlamada, devam ettirmekte sorun yaşarlar. Ayrıca bu kişiler diğer alt tiplere kıyasla okula başlamayana kadar belirti göstermeyebilir. Çoğunlukla ilkokulda tanı alırlar. Kızlarla erkekler karşılaştırıldığında bu alt tip kızlarda daha çok görülür (APA, 2014: 32).

2.1.5.3. DEHB- Aşırı Hareketliliğin ve Dürtüselliğin Önde Olduğu Tip

Son altı aydır A2 tanı kriteri karşılanmış, A1 tanı kriteri karşılanmamıştır. Bu alt tip erkeklerde daha sık görülmektedir. Diğer alt tiplere göre daha erken tanı konulur (APA, 2014: 32).

2.1.6. Ek Tanı ve Ayırıcı Tanı

Antisosyal kişilik bozukluğu, karşı gelme/ karşıt olma bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve öğrenme bozukluğu sıklıkla çocukluk çağı ve erişkin DEHB ile komorbidite göstermektedir (Seidman ve ark., 2004: 323). Son yıllarda yapılan çalışmalarda epilepsi ile DEHB arasında ilişki olduğu ortaya konulmuştur (Schubert, 2005: 1).

Major depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluk, şizofreni ve kişilik bozuklukları DEHB ile ayırıcı tanısı yapılması gereken psikiyatrik hastalıklardan olup, tiroid hastalıkları, benzodiazepin veya barbiturat kullanımı, obstruktif uyku apnesi, vitamin B12 eksikliği, ağır metal zehirlenmeleri (kurşun gibi) de dışlanmalıdır (Moss ve ark., 2007: 445).

2.1.7. Prognoz

Oldukça değişken bir seyri olan DEHB, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerine kadar belirtileri devam edebilir ya da aşırı hareketlilik sonlanabilirken, dikkatsizlik ve impulsivite devam edebilir. Yapılan çalışmalar sonucunda çocukluk çağında DEHB tanısı almış kişilerin %80'inin ergenlik dönemlerinde de DEHB semptomlarının görüldüğü ve bu kişilerin %30- 65'lik kısmında ise DEHB semptomlarını yetişkinlik döneminde de görüldüğü belirlenmiştir (Ercan ve Aydın, 1999: 270). DEHB olan çocuklarda ileriki yıllarda farklı psikiyatrik rahatsızlıklar, kontrol grubuna göre çok yüksek oranda olduğu gözlenmiştir. Örneğin DEHB olan kişilerin yaklaşık 1/3'lük kısmında ileriki yıllarda, alkol madde kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik özellikleri, depresyon ve anksiyete bozuklukları olarak gözlenmiştir (Weis ve Weis, 2002: 647).

2.2. Otizm Spektrum Bozukluğu

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), erken çocukluk döneminde başlayan sosyal ve iletişim alanlarında yetersizliklerin görüldüğü, yineleyici davranışlar, kısıtlı ilgili alanı ve aktivite ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur (APA, 2014: 25).

DSM-IV'te Otizm, Atipik Otizm, Asperger sendromu, Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu (ÇDB) tanı kategorileri, Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) çatısı altında toparlanmışken; DSM-5'te bu kategoriler "Otizm Spektrum Bozukluğu" tanısı altında birleştirilmiş ve Nörogelişimsel Bozukluklar çatısı altında toparlanmıştır. Rett sendromu genetik nedenlerden dolayı OSB'ye eklenmemiştir (APA, 2014: 25).

Otizm tanısı, en sık DSM tanı ölçütlerine göre konulmaktadır. Belirli biyolojik bir faktörün tanımlanmaması, davranış kriterleri kullanılarak tanımlanmasına sebep olmuştur. Otizmin klinik tablosunun şiddeti eğitim, yetenek ve mizaç dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenir ve değişir. Ayrıca otizm genellikle DEHB, motor koordinasyon bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi diğer psikiyatrik ve davranışsal belirtilerle birlikte görülmüştür (Hill ve Frith, 2003: 281).

"DSM-5'e göre otizm şu şekilde tanımlanmaktadır;

A. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılardan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler,

1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal- duygusal karşılıklık eksikliği.

2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışılıklara ya da el- kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal iletişim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.

3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşlılarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılardan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn; yalın devinsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesneleri sıraya dizme, yankılama (ekolali), kendine özgü deyişler).

2. Ayrılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn; küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selamlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).

3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn; alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).

4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duysal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. ağrı/ ısıya karşı aldırış etmeme, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesneleri aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da devinimlerden görsel büyülenme).

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal gerekler sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek tam olarak kendini göstermeyebilir ya da daha sonraki yıllarda, öğrenilen yöntemlerle maskelenebilir).

D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Anlıksal yeti yitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve anlıksal yeti yitimi eş tanısı koymak için, toplumsal iletişim genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır” (Köroğlu, 2013: 25- 26).

DSM- 5’te otizm ile ilgili yapılan değişiklikler;

YGB tanısı altında toplanan otistik bozukluk, ÇDB, Asperger sendromu ve başka türlü adlandırılmayan (BTA) tanı kategorileri, Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı altında birleştirilmiştir; fakat Rett sendromu genetik alt yapısı nedeniyle bu tanıya ilave edilmemiştir.

OSB tanısı almış kişiler arasında, bozukluğun yol açtığı güçlükler sebebiyle gerekli olan desteğin düzeyin bağlı olarak derecelendirme yapılmıştır.

OSB semptomlarının gruplandığı bölümlerin sayısı üçten ikiye indirilmiştir. Sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler bölümü varlığını korurken, toplumsal etkileşim ve dil bölümleri “sosyal etkileşim- iletişim eksiklikleri” adı altında birleştirilmiştir.

OSB tanısı için, sosyal etkileşim-iletişim eksiklikleri bölümündeki üç kriterden üçünün, kısıtlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler bölümündeki dört ölçütten en az ikisinin görülmesi gerekmektedir.

Kısıtlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler bölümüne duygual uyaranlara karşı aşırı veya yetersiz tepki gösterme ve duygusal uyaranlarla olağandışı biçimlerde ilgilenme kriteri ilave edilmiştir (Klintwall ve ark., 2011: 795).

Erken çocukluk döneminde belirtilerin ortaya çıkması hala değişmezken, çevreden gelen sosyal isteklerin kişinin sınırlı kapasitesini aştığı daha ileri dönemlere kadar semptomların tam anlamıyla fark edilememesi olasıdır da not edilmiştir (Özkaya, 2013; APA, 2014).

DSM-5 ölçütlerine göre, klinisyeler YGB tanısı içerisinde yer alan ayrı tanı kategorileri arasındaki farklılığı ayırtmak yerine, bireyi OSB tanısı içerisine daha bilimsel, daha doğru ve daha güvenilir bir şekilde yerleştirebilir ve bireyde var olan durumun şiddetini belirleyebilir (Özkaya, 2013: 127). OSB'nin şiddeti, DSM-5 ölçütlerine göre desteğe, önemli miktarda desteğe ve çok önemli miktarda desteğe ihtiyaç duyan kişiler arasında ayırım yapılarak üç düzeyde değerlendirilmiştir (APA, 2014: 27). Bu duruma göre, OSB'nin şiddet düzeyi; 1 (hafif), 2(orta) veya 3(ağır) olarak ifade edilecektir. Bu şekildeki boyutsal yaklaşımın tanı kriterlerinin duyarlılığı ile özgülüğünü artırması beklenmektedir. Böylece aynı davranış örüntüleri bulunan kişileri klinisyenler genel ifadelerle tanımlamak yerine, bireysel farklılıkları da ekleyerek daha kesin bir şekilde tanımlarlar (Özkaya, 2013: 135). Bu şekilde DSM-5 ölçütlerine göre OSB'nin bileşimi değiştirilmiştir (McPartland ve ark., 2012: 368).

2.2.1. Tarihçe

Otizm, çağımızın rahatsızlığı gibi görünse de, bu ifadenin doğru olmadığı tarih öncesi efsanelerden anlaşılmaktadır. Anlatılan efsane ve masallarda, insan içine çıkmayan ve yabani duyguları yaşayan kişilerin aslında otizmli olduğu düşünülmektedir (Broxmeyer, 2012).

20. yy ortalarına kadar adı bile olmayan otizm (autism), Yunanca “autos (kendi)” ile Latince “-ismus (bir sürecin, görüşün genelinde işaret eden ek)” kelimelerinin birleşmesiyle oluşmaktadır. Doktor Leo Kanner 1943 yılında küçük yaşlardaki 11 çocuk ile yaptığı çalışmalardan elde ettiği bulgular doğrultusunda “erken çocukluk otizmi” terimini literatüre kazandırmıştır. Hans Asperger 1944 yılında aynı bozukluğun daha hafif versiyonu olan Asperger sendromunu tanımlamıştır ve “otistik” kavramını ilk kez kullanmıştır. Kanner 11 çocuk ile yaptığı çalışmalarda, çocukların

sosyal ilişki kuramadığını, iletişim becerilerinin gelişmediğini, yineleyici davranışların olduğunu ve değişikliklere uyum sağlayamadığını gözlemlemiştir. Gözlemlenen bu durumlar hala günümüzde tanı kriterleri içerisinde yer almaktadır; fakat geçerliliğini kaybetmiş bazı özellikler de tanımlamıştır. DSM-III'e kadar otizm çocukluk dönemi psikozları içerisinde değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalar ve değerlendirmeler sonucunda otizm ile çocukluk şizofrenisinin farklı bozukluklar olduğu konusunda bilim insanları hem fikir olmuşlardır ve otizm DSM-III içerisinde resmi bir sınıflama kavramı olarak yer almıştır. Otizm ile ilgili 1960'lı yıllarda bilimsel kaynaklar ortaya çıkmış, 1990'lı yıllarda ise otizm ile ilgili bilimsel tanı ve sınıflama çalışmaları sonuç vermiştir. 1994 yılında DSM-IV'te otizm ile ilgili kriterler netleşmiş ve YGB başlığı altında yer almıştır. Daha sonra otizm kavramı yerini otizm spektrum bozukluğuna bırakmış ve DSM-5'te nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında yer almıştır (Ozonoff ve Rogers, 2003: 3).

2.2.2. Epidemiyoloji

Kanner otizmi ilk kez tanımladığında otizmin çok nadir görülen bir bozukluk olduğu düşünülmekteydi. Kanner'ın 1943 yılında yaptığı çalışmada 2-4/10000 aralığında bir orandan bahsedilirken, 1966- 1998 yılları arasında yapılan 23 prevalans çalışmasının sonuçları incelendiğinde bu oran 14,3/10000 olarak belirlenmiştir (Fombonne, 1999: 86). Hastalık Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) 2006 yılında yayınlamış olduğu raporda Amerika Birleşik Devletleri'nde otizm prevalansını 1/150, 2012 yılındaki raporda ise bu oranı 1/88 olarak ifade etmiştir (CDC, 15.06.2016, www.cdc.gov). Güney Kore'de 7-12 yaş aralığında olan 55 bin çocukla yapılan araştırma sonucunda OSB prevalansı % 2,64 olarak saptanmıştır (Kim ve ark., 2011: 12). CDC bulguları incelendiğinde erkeklerin (1/54), kızlara (1/252) oranı 5 kat fazla olarak bildirilmiştir. Ayrıca klinik başvurularda erkek oranının daha da arttığı gözlenmiştir (Fombonne, 2005: 6). Zeka geriliği ile beraberliği göz önünde bulundurulduğunda zeka seviyesi düştükçe kızlardaki oranın arttığı ve klinik görünüm açısından incelendiğinde OSB'nin kızlarda daha ağır seyrettiği belirtilmiştir (Volkmar ve ark., 2007: 384). Otistik çocukların özelliklerini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Otistik Çocuklar Merkezi'nde incelemeye alan bir çalışmada kız/ erkek oranının 1/4,7 olarak görüldüğü ifade edilmiştir (Yavaş, 1998: 1079).

2.2.3. Etiyoloji

Otizmin etiyojisi tam olarak bilinmemesine rağmen 20 yılı aşkın süredir genetik faktörlerin, psikososyal, prenatal/ postnatal etkenlerin ve nörobiyolojik faktörlerin bozukluğun ortaya çıkmasında etkili olabileceği görüşü önem kazanmıştır. Kanner otizmi ilk kez tanımladığında sevgisiz ebeveynlik ile otizmi ilişkilendirmiş ve bozukluğun biyolojik yönü göz ardı edilmiştir. Fakat daha sonra otizm ile ilgili yapılan çalışmalar arttıkça otizmin biyolojik yönünün önemi vurgulanmıştır. Gebelik döneminde bazı viral enfeksiyonlar, talidomid, başta valproik asit olmak üzere antikonvülsanlara maruziyetin ve doğum komplikasyonlarının otizmin gelişimi ile ilgili olduğu ifade edilmiştir. Aynı zamanda annenin doğum öncesi dönemde yaşamış olduğu stresin de OSB' nin gelişimi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Türkoğlu, 2012: 167)

Yapılan aile ve ikiz çalışmaları sonuçlarına göre OSB'nin gelişimindeki en önemli faktörlerden biri genetik yatkınlıktır (Muhle ve ark., 2004: 86). Yapılan aile çalışmalarında OSB olan bir bireyin kardeşlerinde OSB' nin görülme sıklığı OSB olmayan popülasyona göre 50-200 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Gillberg ve Coleman, 2000). Kardeşlerde OSB görülmese bile, kardeşlerin iletişim ve sosyal beceriler ile ilgili bozukluklar açısından risk altında olduğu ifade edilmiştir (Muhle ve ark., 2004: 86). OSB'li olmayan yalnız bu şekilde problemleri olan bu kişiler “geniş fenotip” olarak araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. İkiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde OSB için konkordans % 36-96, çift yumurta ikizlerinde ise konkordans % 0-27 aralığında olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar birden fazla genin etkileşimini düşündürmektedir (Sadock ve Sadock, 2008: 65).

OSB' nin etiyojisinde genetik faktörlerin yanı sıra; nörobiyolojik, nörokimyasal ve çevresel faktörler üzerinde de durulmuştur. Klinik gözlemlerin ve beyin görüntüleme çalışmalarının bulgularının birleştirilmesiyle OSB'nin patofizyolojisine ilişkin çok sayıda varsayım bulunmuştur; fakat bozukluğun nörobiyolojisine ilişkin net bir ifade kullanılmamaktadır (Ulay ve Ertuğrul, 2009: 172). Ebeveynin yaşı, annenin gebelik döneminde geçirmiş olduğu enfeksiyonlar, civa, tarım ilaçları ve gebelikte egzoz dumanına maruziyet, annenin beslenme şekli, D vitamini eksikliği, aşılar vb. gibi etmenler OSB'nin çevresel faktörleri içerisinde yer almaktadır. Yapılan 40 farklı çalışmada metaanaliz perinatal ve neonatal risk faktörlerinin otizmin gelişimi açısından delillerin epey düşük olduğunu ve yalnız bir faktörün etiyojide rol

alamayacağını önermiştir (Gardner ve ark., 2011: 55). İleri baba yaşı en tutarlı veriler içerisinde olup, otizm için şuan risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Mukaddes, 2013).

2.2.4. Klinik Görünüm

Otizmin semptomlarını erken belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda ebeveynlere çocuklarının hangi davranış veya özelliklerinin dikkat çekici olduğu sorulmaktadır. Verilen cevaplar içerisinde, olağandışı bir işlevsellik, telaş edilecek derecede sosyal çevreden geri çekilme, pasiflikten aşırı asabililiğe kayış (Gilbert ve ark., 1990: 921), göz temasının azlığı, anne babanın sesine, oyun ve ortama girme durumlarına kayıtsız olma, işitsel materyal yerine görsel materyale ilgi duyma, daha az ses çıkarma, dikkatin kısıtlılığı, hayali oyun oynayamama (De Giacomo ve Fombonne, 1988: 131), sosyal gülümsemenin, jest ve mimiklerin kısıtlılığı, sağlıklı yaşlıtlarına göre gülümsemesinin az olması, etrafındaki diğer insanlara karşı tepkisiz kalması, yüz ifadesinin ciddi olması (Adrien ve ark., 1992: 71), çağrıldığında adına tepki vermemesi (Bernabei ve ark., 1988: 243), başkalarını taklit edememe (Mars ve ark., 1988: 500), normal olmayan kas tonusu, parmak uçlarında yürüme, ince motor gelişiminin geriliği, hareketlerindeki becerememe durumu ve beden duruşunun bozuk olması (Adrien ve ark., 1992: 71) gibi semptomlar bulunmaktadır. Otizmin en önemli belirtileri arasında yer alan konuşma gecikmesi ve devamlı aynı şeyi yapma, iki yaşından sonra görüldüğü için erken belirti listesinde görülmemektedir (Short ve Schopler, 1988: 207).

Otizmin tanısı çoğunlukla otuz aylıkken belirlenmektedir. Yaşamboyu süren bir bozukluk olduğundan erken tanı çok önemlidir. Otizimli bireylerin sürekli bir eğitim programı içerisinde uzun yıllar olması gerekmektedir.

Otizimli bireylerin büyük bir kısmı konuşmaya geç başladığından konuşma yetileri gelişmemiştir ve bundan dolayı bu kişilerde ağır ve kalıcı anlama yetersizlikleri görülmektedir. Başkalarının söylediklerini tekrarlama, kendisinden üçüncü tekil şahıs olarak veya adıyla bahsetme, stereotipik konuşma, melodik konuşma ve kelime uydurmaları, ani ve geç ekolali, şahıs zamirlerini karıştırma gibi durumlar görülür (Paul ve Sutherland, 2005). Dört-beş yaş döneminde sallanma, kendi etrafında dönme, tuhaf el hareketleri ve el çırpma gibi motor stereotipiler çok fazla gözlenmektedir. Değişime

uyum sağlamadaki güçlüklerde bu dönemde yaşanmaktadır. Takıntılarının olması bu dönemde görülmektedir (Carr ve Lord, 2009).

2.2.5. Eşlik Eden Tanılar

Yapılan çalışmalar dikkate alındığında OSB’li çocukların çoğunluğunda en az bir psikiyatrik rahatsızlığın eşlik ettiği görülmektedir (Mazefksky ve ark., 2012: 516). OSB’li çocuklardaki ek tanı, belirgin bir klinik bozulmaya sebep olmakta ve ailenin ve çocuğun rahatsızlık yükünü artırmaktadır. Problem olarak görülen davranışlar eşlik eden psikiyatrik rahatsızlığın klinik görünümü olarak belirlenirse daha doğru bir tedavi mümkün olmaktadır (Rutter, 2005: 425). On- ondört yaş aralığında bulunan OSB tanılı çocuklarla yürütülen bir çalışmada % 71’ inde en az bir, % 41’ inde iki veya daha fazla, %24’ünde ise üç ve daha fazla eşlik eden psikiyatrik rahatsızlık gözlenmiştir. Bu çalışma için, Sosyal Anksiyete Bozukluğu (%29) en sık konulan tanı olmuştur. Daha sonra %28 ile DEHB ve %28,1 ile Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu en sık konulan tanılar arasında görülmüştür (Simonoff ve ark., 2008: 921). Yaşları 5-17 olan 109 çocuk ile yapılan bir çalışmada çocukların %71’ inde en az bir tane eşlik eden psikiyatrik rahatsızlığın olduğu tespit edilmiş, bu çalışmada ise Özgül Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve DEHB prevalansı yüksek bulunmuştur (Rutter, 2005: 425). Türkiye’de yapılan iki çalışmanın birincisinde, 37 Asperger Sendromu olan kişinin % 94 ünde en az bir ek psikiyatrik rahatsızlık, % 70’inde birden fazla ek psikiyatrik rahatsızlık olduğu gözlenmiştir. En fazla görülen tanılar; % 54 ile anksiyete bozuklukları, % 48 ile yıkıcı davranım bozukluğu ve %37 ile duygudurum bozukluğu olarak belirlenmiştir (Mukaddes ve Fateh, 2010: 486). İkinci çalışmada ise 30 Asperger Sendromlu hasta ile 30 Yüksek Fonksiyonlu Otizm tanılı hasta ek tanı açısından karşılaştırılmış ve Yüksek Fonksiyonlu Otizm grubunda %93,3, Asperger Sendromlu olan grupta ise %100 eşlik eden psikiyatrik rahatsızlık olduğu görülmüştür (Mukaddes ve ark., 2010: 964).

2.2.6. Ayırıcı Tanı

Dil bozuklukları, Sosyal-İletişimsel Bozukluk, Mental Retardasyon, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Çok Erken Başlangıçlı Şizofreni, Selektif Mutizm, Landau-

Kleffner Sendromu ve DEHB OSB ile ayırıcı tanısı yapılması gereken psikiyatrik rahatsızlıklardır (Simonoff ve ark., 2008: 921).

2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otizm Spektrum Bozukluğu Birlikteliği

DEHB ile OSB genellikle bir arada bulunan nörogelişimsel bozukluklardır. DEHB'li bireylerde genellikle gözlemlenen sosyal sorunların OSB'li bireylerdekine benzemesi her iki bozukluğun ortak yönünün fazla olduğu görüşünü ortaya çıkarmıştır. Yapılan birçok çalışmada OSB'li bireylerde DEHB semptomlarının sık görüldüğü ifade edilmiştir (Lee ve Ousley, 2006: 737). Benzer durumda DEHB'li çocuklarla yapılan çalışmalarda OSB belirtilerinin, DEHB haricindeki diğer psikiyatrik bozuklara kıyasla DEHB'li hastalarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Hattori ve ark., 2006: 371). DEHB'li bireylerin %85'nin başka insanların duygularının farkında olmadığı gözlemlenmiştir (Clark ve ark., 1999: 52). Ayrıca OSB'nin temel belirtilerinin; iletişim becerilerinin yetersizliği, sınırlı, yineleyici ve stereotipik davranış paternleri, kısıtlı ilgi ve aktivitelerin DEHB'li bireylerde görüldüğü de ifade edilmiştir (Geurts ve ark., 2004: 1437). Garip konuşma şekilleri, beden hareketlerindeki bozukluklar ve el çırpma gibi OSB semptomlarının DEHB'li bireylerde görüldüğü bildirilmiştir (Clark ve ark., 1999: 52).

DEHB'li çocuklarda OSB belirtilerinin incelenmesi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Aynı şekilde OSB'li çocuklarda da DEHB belirtileri incelenmiştir. Aşırı hareketliliği ve bunu davranışa dönüştürme durumlarını ölçen ölçeklerde OSB'li bireylerinde DEHB'li bireyler kadar yüksek puan aldıkları bildirilmiştir (Sinzig ve ark., 2008: 4). Yapılan farklı bir çalışmada ise OSB'li bireylerin %74'ünde DEHB semptomları görüldüğü ifade edilmiştir (Wozniak ve Biederman, 1997). Yüksek Fonksiyolu Otizm veya Asperger Sendromlu bireylerin % 65 oranında Çocuk Davranış Kontrol Listesi'nde klinik kesme puanın üzerinde bir dikkat sorunları olduğu bildirilmiştir (Holtmann ve ark., 2007: 172).

2.4. DEHB ve OSB İle İlgili Araştırmalar

Literatür incelendiğinde DEHB ve OSB arasındaki ilişki ile ilgili yapılan çalışmalar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1 : *DEHB ve OSB İle İlgili Çalışmalar*

Ülke	Kaynak	Çalışma Grubu	Bulgular
İngiltere (1999)	Clark ve ark. (1999), Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. European Child&Adolescent Psychiatry 8:50-55	DEHB tanısı almış Çocuk ve ergenlerden oluşan 49 kişi	DEHB tanısı almış çocukların %85.7’sinin başkalarının duygularının farkında olmadığı, %81.6’sının aynı yaş grubundan çocuklarla ilişki kurmakta zorluk yaşadığı ve önemli bir kısımının OSB olan kişiler gibi sosyal yetersizlikler gösterdiği görülmüştür.
Türkiye (2001)	Güzelhan ve ark., (2001). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Okul Öncesi Çocuklarda Otistik Belirtiler. Yeni Symposium 39 (3):121- 125.	4-6 yaş aralığında olan 40 kişi.	DEHB’li bireylerde otistik bozukluk belirtilerinden yıkıcı davranışlar ve dikkati yoğunlaştıramama belirtilerinin yüksek olduğu görülürken, sözel iletişimde bozukluk görülmemiştir.
ABD (2004)	Geurts ve ark., (2004). How specific are executive functioning deficits in attention deficit hyperactivity disorder and autism? Journal of Child Psychology and Psychiatry 45:4 (2004), pp 836-854.	6-12 yaş aralığında olan 54 DEHB, 41 Yüksek fonksiyonlu otizm ve 41 kontrol olmak üzere toplam 136 kişi.	DEHB’li çocukların üçte birine yakınının, OSB tanılanmasında kullanılan belirtilerle örtüştüğü bulunmuştur.

Tablo 1'in devamı

ABD (2006)	Lee ve ark., (2006). Attention- Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in a Clinic Sample of Children and Adolescents With Pervasive Developmental Disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 16:6 pp737-746.	52 çocuk 31 adolesan toplam 83 kişi ile çalışılmış.	Çocukların %83'ü adolesanların % 78'i DEHB belirtilerini karşılamış. Bunlardan OSB olanlarda Asperger bozukluğu olanlara kıyasla DEHB belirtileri daha yüksek bulunmuştur.
İrlanda (2009)	Mulligan ve ark., (2009). Autism symptoms in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Familial trait which Correlates with Conduct, Oppositional Defiant, Language and Motor Disorders. J Autism Dev Disord 39:197-209.	821 DEHB, 1050 DEHB'lilerin kardeşi ve 149 kontrolden oluşmuştur.	Otizm belirtileri, DEHB grubunda kardeş veya kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. DEHB'li kişilerin %7'sinin yüksek düzeyde %59'unun orta düzeyde OSB belirtileri gösterdiği bulunmuştur.
ABD (2012)	Mayes ve ark., (2012). Autism and ADHD:Overlapping and discriminating symptoms. Research in Autism Spectrum Disorders 6 (2012) 277-285.	2-16 yaş aralığında olan 847 otizmli çocuk ve 158 DEHB'li çocuktan oluşmuştur.	Otizm belirtileri otistiklerde daha çok görülmüştür. DEHB 'lilerde ise otistik belirtiler az da olsa görülmüştür.

Tablo 1'in devamı

Türkiye (2013)	Ayaz ve ark., (2013). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Sosyal Cevaplılıkta Görülen Değişiklikler. Türk Psikiyatri Dergisi 24(2):101-10	64 DEHB'li 69 kontrol olmak üzere toplam 133 çocuk katılmıştır.	DEHB'li bireylerin duygusal yüz ifadelerini okumada zorluk gibi otistik özelliklerin olduğu bulunmuştur.
ABD (2013)	Kotte ve ark., (2013). Autistic Traits in Children With and Without ADHD. Pediatrics 2013;132;e612.	242 DEHB 227 kontrol olmak üzere toplam 469 kişiden oluşturmuştur.	DEHB'li çocukların %18'inin kontrol grubundaki çocukların ise sadece %0.87'sinin bu otistik belirtileri karşıladığını ve farkın istatistiksel olarak anlamli olduğunu görülmüştür.
Türkiye (2016)	Koparan ve ark., (2016). Otizm Spektrum Bozukluğu ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişkinin regresyon Analizi ile İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 16(2), 547-561.	Çalışma Antalya ilinde bulunan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde 4-15 yaş aralığında olan 50 OSB olan öğrenci ile gerçekleşmiştir.	OSB ile DEHB arasında komorbidite düzeyinde olmasa da en azından belirtiler düzeyinde bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli/ yöntemi, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli/ Yöntemi

DEHB olan çocuklarda otistik belirtilerin yaygınlığını belirlemek amacıyla düzenlenmiş kesitsel ve aynı zamanda vaka (olgu) kontrol çalışmasıdır. Adıyaman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran çocuklar Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzmanı tarafından görülüp DEHB tanısı konulduktan sonra araştırmacıya yönlendirilmiştir. Araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kabul eden kişilere bilgilendirilmiş onay formu imzalatılıp, sosyodemografik veri formu doldurulup, katılımcı yakınlarına Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) uygulanmıştır. Daha sonra DEHB tanısı almış kişilerin otistik belirti yaygınlığına bakılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın evreni DEHB olan ve DEHB olmayan 125'i erkek 31'i kız olmak üzere toplam 156 kişiden oluşmuştur. Araştırmanın örnekleme ise Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri ve çocuk psikiyatri polikliniğine 01/03/2016- 31/05/2016 tarihleri arasında başvuran 8-18 yaş aralığındaki DEHB tanısı almış (n=51) kişilerden deney grubu oluşturulmuştur. Adıyaman'da yazları mevsimlik işçilerin çalışmaya gitmesi sebebiyle nüfus azalmakta ve özellikle öğrencilerin hastaneye geliş sıklığı azalmaktadır. Bu sebeple çalışmamızda okulların açık olduğu bir dönem tercih edildi. Aynı tarihler aralığında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi bakımından benzerlik gösteren ve DEHB olmayan kişiler (n=58) ise kontrol grubu olarak seçilmiştir. Bu sayıların seçimi Kotte vd. (2013) yılında yaptığı çalışmanın verileri kullanılarak yapılan güç analizine göre örneklem büyüklüğü en az 45 DEHB ve 45 kontrol olmak toplam 90 kişi olarak belirlenmiştir. Bu çalışmamızda

01/03/2016- 31/05/2016 tarihlerinde başvuran sayısı 51 DEHB, 58 kontrol toplam 109 kişi olduğundan örneklem sayısı 109 olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla, Sosyodemografik bilgi formu ve ölçek olarak Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) kullanılmıştır. İlk olarak katılımcılara sosyodemografik bilgi formu uygulanıp, katılımcılar hakkında bilgi edinilmiştir.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

İsim, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, anne ve babanın eğitim düzeyi ve mesleği, ekonomik durum, ailenin ilgisi ve yapısı, çocuğun tanısı, tanıyla ilişkili aile öyküsü gibi soruların bulunduğu sosyodemografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek:1).

3.3.2. Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC)

Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC), otizmi tarama ve değerlendirme için son zamanlarda en sık kullanılan ölçme araçlarından biri olup kısaca ABC olarak isimlendirilmiştir. (Bildt ve ark., 2005: 672). ABC, Krug ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz Irmak ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır.

ABC, beş alt ölçekten oluşan 57 maddelik bir ölçektir. Alt ölçekleri, duyuşsal alt ölçeği 9, ilişki kurma alt ölçeğini 12, beden ve nesne kullanımı alt ölçeğini 12, dil becerileri alt ölçeğini 13, sosyal ve özbakım becerileri alt ölçeğini 11 madde ölçmektedir (Ek:2). Bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 159, en düşük puan 0' dır. Bu ölçeğin en önemli avantajlarından biri hem öğretmenlerden hem de ebeveynlerden bilgi almanın mümkün olmasıdır (Krug ve ark., 1993).

3.4. Araştırmanın Etiği

Bu çalışmada kullanılan ölçek için ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan kişiden mail yoluyla izin alınmıştır (Ek:3). Çalışma ile ilgili bilgi verildikten sonra katılanlara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (Ek:4). Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığına başvurularak araştırmanın etik kurul izni alınmıştır (Ek:5).

3.5. İstatistiksel Analiz

Tüm veriler SPSS- 21 paket programına yüklenerek analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma, yüzde ve medyan kullanılmıştır. İncelenen sürekli değişkenlerin normal dağılım parametrelerini karşılayıp karşılamadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, normal dağıldığı tespit edilenlerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılmadıkları tespit edilenlerde Mann- Whitney U testi yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında, ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi .05 ya da altı anlamlı kabul edilmiştir. Ancak ABC testinde 5 alt ölçek olduğundan ve ölçek toplam puanı ve 5 alt ölçek puanı ayrı ayrı analiz edildiğinden Bonferroni düzeltmesi yapılarak $p < 0.05/6$ değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 109 kişiden 90'ı (%82,6) erkek, 19'u (17,4) kızdır. Hasta ve kontrol gruplarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur. Yapılan analiz sonucunda cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=,956$).

Tablo 2: *Deney ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Değişkeni Bakımından Karşılaştırılması*

Cinsiyet	Deney Grubu	Kontrol Grubu	p değeri
Erkek	42 (%82,4)	48 (%82,8)	,956
Kız	9 (%17,6)	10 (%17,2)	

Araştırmaya katılanların yaşları ile ilgili yapılan analiz sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir. Grupların yaşlarının birbirine benzer olduğu görülmüştür ($p=,572$).

Tablo 3 : *Deney ve Kontrol Gruplarının Yaş Değişkeni Bakımından Karşılaştırılması*

	Ortalama	Standart sapma	p değeri
Deney grubu yaş (yıl olarak)	10,59	$\pm 2,47$	,572
Kontrol grubu yaş (yıl olarak)	10,88	$\pm 2,85$	

Deney ve kontrol gruplarının eğitim düzeyleri Tablo 4'te verilmiştir. Grupların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=,500$).

Tablo 4 : *Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması*

	Ortalama	Standart Sapma	p değeri
Deney grubu eğitim düzeyi (yıl olarak)	4,62	$\pm 2,55$	,500
Kontrol grubu eğitim düzeyi (yıl olarak)	4,98	$\pm 2,88$	

Deney ve kontrol gruplarının anne ve babalarının yıl olarak eğitim düzeyleri Tablo 5'te gösterilmiştir. Grupların anne-babalarının eğitim düzeyleri arasında anlamlı

bir farklılık gözlenmemiştir ($p=,426$ ve $p=,440$). Ancak hem anne hem de babalarda kontrol grubundakilerin eğitim düzeyinin yüksek olması dikkat çekmektedir.

Tablo 5 : *Deney ve Kontrol Gruplarının Anne ve Babalarının Eğitim Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması*

	Ortalama	Standart sapma	p değeri
Deney grubu annenin eğitimi (yıl olarak)	8,08	$\pm 4,54$	,426
Kontrol grubu annenin eğitimi (yıl olarak)	8,75	$\pm 4,34$	
Deney grubu babanın eğitimi (yıl olarak)	9,98	$\pm 4,50$	,440
Kontrol grubu babanın eğitimi (yıl olarak)	10,63	$\pm 4,33$	

Deney ve kontrol gruplarının anne ve babalarının meslekleri; memur, işçi, emekli, çalışmıyor, ev hanımı olarak kodlanmış ancak bazı grupların frekans değerleri düşük olduğundan anne ve baba çalışıyor ve çalışmıyor olarak tekrar kodlanmıştır. Kontrol grubunda annelerin deney grubuna kıyasla daha yüksek oranda çalıştığı gözlenmiştir ($p=,023$). Bu iki grubun babalarının çalışma durumunda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=,570$). Bununla ilgili bulgular Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6 : *Deney ve Kontrol Gruplarının Anne ve Babalarının Çalışma Durumları Değişkeninin Karşılaştırılması*

	Anne		Baba	
	Çalışıyor	Çalışmıyor	Çalışıyor	Çalışmıyor
Deney grubu	10 (%19,6)	41 (%80,4)	47 (%92,2)	4 (%7,8)
Kontrol grubu	23 (%39,7)	35 (%60,3)	55 (%94,8)	3 (%5,2)
p değeri	,023		,570	

Araştırmaya katılan deney ve kontrol gruplarının ekonomik durumları ile ilgili bulgular Tablo 7’de gösterilmiştir. İki grup arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=,517$).

Tablo 7 : *Deney ve Kontrol Gruplarının Kendi Algılarına Göre Ekonomik Durum Değişkeninin Karşılaştırılması*

Ekonomik durum	Deney grubu	Kontrol grubu
Kötü	8 (%15,7)	9 (%15,5)
Orta	29 (%56,9)	28(%48,3)
İyi	12 (%23,5)	20 (%34,5)
Çok iyi	2 (%3,9)	1 (%1,7)
p değeri	,517	

Deney ve kontrol gruplarının, aile ilgisi ile ilgili veriler Tablo 8’de sunulmuştur. Her iki grubun karşılaştırılması için Fisher’s Exact testi yapılmış olup, gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p=,383).

Tablo 8 : *Deney ve Kontrol Gruplarının Aile İlgisi Değişkeninin Karşılaştırılması*

Ailenin ilgisi	Deney grubu	Kontrol grubu
Otoriter	11 (%21,6)	11 (%19,0)
Demokratik	13 (%25,5)	20 (%34,5)
İlgisiz	0 (%0,0)	3 (%5,2)
Aşırı ilgili	11 (%21,6)	11 (%19,0)
Koruyucu	16 (%31,4)	13 (%22,4)
p değeri	,383	

Araştırmaya katılan deney ve kontrol gruplarının aile yapısı ile ilgili bulgular Tablo 9’da verilmiştir. Gruplar arası yapılan karşılaştırmada anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p=,477).

Tablo 9 : *Deney ve Kontrol Gruplarının Aile Yapısı Değişkenin Karşılaştırılması*

Ailenin yapısı	Deney grubu	Kontrol grubu
Anne baba birlikte yaşıyor	49 (%96,1)	51 (%87,9)
Baba öldü	1 (%2,0)	1 (%1,7)
Ayrı yaşıyorlar	0 (%0,0)	1 (%1,7)
Boşandılar	1 (%2,0)	5 (%8,6)
p değeri	,477	

Deney ve kontrol gruplarının tanıya dair aile öyküsü durumu ile ilgili bulgular Tablo 10’da verilmiştir. DEHB’li bireylerin birinci derece akrabalarında DEHB görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 10 : *Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıya Dair Aile Öyküsü Değişkeninin Karşılaştırılması*

Tanıya dair aile öyküsü	Deney grubu	Kontrol grubu
Birinci derece akraba	12 (%23,5)	0 (%0,0)
Yok	39 (%76,5)	58(%100,0)
p değeri	<0.001	

Deney ve kontrol gruplarının ABC ölçeğinden almış oldukları toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları ile ilgili bulgular Tablo 11’de gösterilmiş olup DEHB grubunda ABC ölçeği toplam puanı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ($p<0.001$)

Tablo 11 : *Deney ve Kontrol Gruplarının ABC Ölçeği Toplamı ve Alt Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması*

	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Minimum puan	Maximum puan	p değeri
ABC ölçeği toplam puanı deney grubu	53,67	29,21	53,00	6,00	136,00	<0,001
Kontrol grubu	11,67	10,53	9,50	,00	53,00	
Duyusal deney grubu	8,00	5,75	8,00	,00	26,00	<0,001
Kontrol grubu	1,00	1,81	,00	,00	8,00	
İlişki kurma deney grubu	14,75	9,56	15,00	,00	38,00	<0,001
Kontrol grubu	3,74	4,30	3,00	,00	22,00	
Beden ve nesne kullanımı deney grubu	11,53	6,80	7,00	,00	29,00	<0,001
Kontrol grubu	1,98	3,05	,00	,00	13,00	
Dil becerisi deney grubu	8,98	6,80	7,00	,00	29,00	<0,001
Kontrol grubu	1,03	1,59	1,00	,00	10,00	
Sosyal ve özbakım deney grubu	10,41	4,76	10,00	2,00	20,00	<0,001
Kontrol grubu	3,91	3,25	3,00	,00	13,00	

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmada, DEHB’li bireylerde otistik belirti yaygınlığı kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Deney ve kontrol grubunun, yaş, cinsiyet, çocuğun eğitim düzeyi, anne ve babanın eğitim düzeyi incelenmiş ve bu değişkenlerin her iki grup için birbirine benzer olduğu görülmüştür. Bundan dolayı grupların karşılaştırılabilir olduğu ve bu sebeple gruplar arasında bulunan farkların hastalığın etkilerini yansıttığı söylenebilir.

Bu çalışmanın en önemli bulgusu deney grubumuzda ABC ölçeğinin toplam puanı ve alt ölçeklerin her birinin kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek çıkmasıdır. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya çıktığı görülmüştür. Kotte ve arkadaşlarının (2013), 242 DEHB’li 227 kontrol grubu olmak üzere toplam 469 kişi ile yaptıkları çalışmada Çocuk Davranış Kontrol Listesi kullanmış ve bu ölçeğin içe kapanma, sosyal problemler ve düşünce alanındaki maddelerini kullanarak Otistik Özellikler belirleyicisi oluşturmuştur. Yazarlar bu maddelere göre değerlendirdiklerinde DEHB’li çocukların %18’inin kontrol grubundaki çocukların ise sadece %0.87’sinin bu belirleyicileri karşıladığını ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Güzelhan ve arkadaşlarının (2001), 31’i erkek 9’u kız toplam 40 kişi ile yapmış oldukları çalışmada Otistik Bozukluk Belirti Tarama Listesi (OBBTL) kullanılmış ve DEHB’li bireylerde otistik bozukluk belirtilerinden yıkıcı davranışlar ve dikkati yoğunlaştıramama belirtilerinin yüksek olduğu görülürken, sözel iletişimde bozukluk görülmemiştir. Bizim çalışmamızda ise sözel beceriler olarak kabul edilebilecek ilişki kurma ve dil becerisi alt ölçekleri deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında birbirinden farklı olduğu gözlenmiştir. Güzelhan ve arkadaşlarının sözel becerilerle ilgili alt ölçek kullanmayıp tek soruyla değerlendirmesi ve örneklemelerinin küçük olması sebebiyle fark bulunamamış olabilir. Mulligan ve arkadaşları (2009), otizm belirtilerinin DEHB’lilerde mevcut olduğunu ve bunun ailesel alt tiplerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Bu yüzden 821 DEHB tanısı almış kişi, 1050 DEHB’li kişilerin kardeşi ve 149 kontrol olmak üzere toplam 2020 kişi ile yaptıkları çalışmada Sosyal İletişim Anketi (SCQ) kullanılmış ve yapılan DeFries-Fulker analizi sonucunda otizm belirtileri, DEHB grubunda kardeş veya kontrol grubuna kıyasla daha

yüksek bulunmuştur. DEHB'li kişilerin %7'sinin yüksek düzeyde %59'unun orta düzeyde OSB belirtileri gösterdiği bulunmuştur. Clark ve arkadaşlarının (1999), yapmış oldukları çalışmada ise Otistik Kriter Kontrol Listesi kullanılmış ve çalışmaya 47 erkek ve 2 kız toplam 49 kişi katılmıştır. Çalışma sonucunda DEHB tanısı almış çocukların %85.7'sinin başkalarının duygularının farkında olmadığı, %81.6'sının aynı yaş grubundan çocuklarla ilişki kurmakta zorluk yaşadığı ve önemli bir kısmının OSB olan kişiler gibi sosyal yetersizlikler gösterdiği görülmüştür. Bizim çalışmamızda da DEHB'lilerin kontrollere kıyasla sosyal yetersizlik gösterdiği görülmüştür. Geurts ve arkadaşları (2004), 6-12 yaş aralığında olan 54 DEHB, 41 Yüksek Fonksiyonlu Otizm ve 41 sağlıklı grup olmak üzere toplam 136 kişiyi yürütücü işlevlerden engelleme, görsel çalışma belleği, planlama, bilişsel esneklik ve sözel akıcılık gibi beş ana alanı test etmiştir. DEHB'li çocuklarda engelleme ve sözel akıcılıkta, Yüksek Fonksiyonlu Otizmlilerde girişimcilik ve çalışma belleği dışında diğer alanlarda güçlükler gözlenmiştir. Sonuç olarak; DEHB'li çocukların üçte birine yakınının, OSB tanılanmasında kullanılan belirtilerle örtüştüğü bulunmuştur.

Çalışmada DEHB'li bireylerin birinci derece akrabalarında DEHB görülme riski kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bununla ilgili çalışmalara bakıldığında elde edilen bulguların çalışmamızdaki bulguyla paralellik gösterdiği görülmüştür. Biederman ve arkadaşları (1990) yaşları 4-17 olan 43 kişi ile yapmış oldukları çalışmada Çocuklar ve Ergenler için Tanı Görüşmesi kullanmışlar ve DEHB olan çocukların kardeşlerinde DEHB riskinin 2-8 kat daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Aydın ve ark. (2006) yapmış oldukları çalışmada çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin önceki ve şuan ki DEHB belirtilerinin, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunduğu, sırasıyla bu yaygınlıkların %33,8 ve %6.3 olduğu bildirilmiştir. Güçlü ve Erkiran'ın (2004) 118 DEHB'li, 115 enürezis nokturna tanısıyla takip edilen hastaların ebeveynlerinden bir çalışma grubu oluşturulmuştur. Kişilere yarı yapılandırılmış sosyodemografik form, DEHB ölçeği ve yapılandırılmış klinik görüşme uygulanmıştır. DEHB'li çocukların ailelerinde erişkin DEHB yaygınlığı %6.8 olarak ifade edilmiştir. Castellanos ve Tannock'un (2002), DEHB'li bireylerin yakın akrabalarında DEHB'nin görülme riskinin %10 ile %35 arasında değiştiği, kardeşlerinde görülme riskinin ise normal popülasyona kıyasla yaklaşık üç kat arttığı ve %25-35 civarında olduğu çalışmalarıyla ortaya konulmuştur. Ortak bir anne tarafından

büyütülen 19 öz, 22 üvey kardeş çiftiyle DEHB belirtileri karşılaştırılmış ve öz kardeş çiftlerinin hemen hemen yarısına yakını ve üvey kardeş çiftlerinden de ikisinde aynı anda DEHB tanısı görülmüştür. Bu anlamlı farklılığın DEHB'nin etiyolojisinde genetik geçişin önemini desteklediği sonucuna varılmıştır.

Çalışmamıza dahil edilen DEHB'li çocuklarının annelerinin kontrol grubu annelerine kıyasla daha az çalıştığı tespit edilmiştir. Bu bulgu DEHB ile ailenin ekonomik durumu arasında iki yönlü bir ilişkiye işaret edebilir. DEHB'nin genetik geçişi göz önünde tutulduğunda annelerde de DEHB belirtilerinin yüksek olması ve bu sebeple eğitim ve çalışma hayatında zorlandıkları için çalışmama oranının yüksek olması beklenebilir. Diğer yandan ise anneler çalışmadığından ailenin ekonomik durumunun nispeten zayıf olduğu ve bu sebeple çocukların yetersiz beslenme gibi olumsuz çevresel etkilere maruz kaldıkları için dikkat eksikliği belirtilerinin yüksek olduğu öne sürülebilir. Çalışmamıza alınan ailelerin kendi algıladıkları ekonomik durum benzer bulunmuştur ancak bu subjektif bir veri olduğundan gerçek bir farklılık olmadığı anlamına gelmemektedir. Çalışmamızın kesitsel doğası sebebiyle ekonomik durumla DEHB arasındaki ilişkinin yönüne dair bu sorulara cevap verebilmek mümkün değildir. Bu hipotezlerin kanıtlanabilmesi için uzun dönemli izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

ALTINCI BÖLÜM

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmanın en önemli bulgusu deney grubumuzu oluşturan DEHB’li çocuklarda ABC ölçeğinin toplam puanı ve alt ölçeklerin her birinin puanının kontrol grubumuzu oluşturan DEHB’si olmayan çocuklara kıyasla anlamlı olarak yüksek çıkmasıdır. Bu sonuç DEHB’li çocuklarda iletişim sorunları gibi sosyal işlevleri bozabilecek belirtiler olabileceğini düşündürmekte ve DEHB’li çocukların bu açıdan da ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda birtakım önerilerde bulunulmuştur.

1. Çalışma, kesitsel bir çalışma olduğundan sonuçlar belli bir dönem içerisinde elde edilen verilere dayanarak oluşturulmuştur. Sonuçlardan elde edilen yorumlar sebep-sonuç ilişkisi hakkında bilgi vermemektedir. Uzun süreli izlem ve müdahale çalışmaları yapılarak nedensellik hakkında daha fazla bilgi edinilebilir.
2. Aynı çalışmanın daha geniş bir örneklem grubu ile farklı bölgelerde yaşayan DEHB olan ve olmayan kişiler ile yapılması önerilmektedir.
3. Bu çalışmaya dikkat eksikliği ile hiperaktivitenin beraber görüldüğü kişiler alınmıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite ayrı ayrı ele alınıp aynı çalışma yapılabilir.

7. KAYNAKÇA

- ADRIEN, J., PERROT, A., SAUVAGE, D., (1992). "Early Symtoms in Autism From Family Home Movies: Evaluation and Comparison Between 1st and 2 nd Year of Life Using I.B.S.E. Scale." *Acta Paedopsychiatr* (55), 71-75.
- AKTEPE, E., DEMİRCİ, K., ÇALIŞKAN, AM., SÖNMEZ, Y., (2010). "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları." *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 100-108. Erişim:12.06.2016, <http://www.dusunenadamdergisi.org/tr/TMakaleDetay.aspx?MkID=124>.
- AMIRI, F., FAKHARI, A., MAHARI, M., (2010). "Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary School Children of Tabriz, North-West Iran (İran'ın Kuzey Doğusu Teebrizde bir İlkokulunda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite)." *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24, 597–601.
- ASSOCIATION A. P., (2000). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR)." American Psychiatric Association.
- AMERİKAN PSKİYATRİ BİRLİĞİ-APA. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*, (Çev: Ertuğrul Köroğlu.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. Syf: 25-27.
- AYDIN, H., DİLER, RS., YURDAGÜL, E., UĞUZ, Ş., SEYDAOĞLU, G., (2006). "DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB Oranı." *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9:70-74.
- BABB, K., A., et al. (2010). "Shifting Gears: Coping Flexibility in Children With and Without ADHD." *International Journal of Behavioral Development* 34(1): 10-23.
- BERNABEL, P., CAMAIONI, L., LEVI, G., (1988). "An Evaluation of Early Development in Children with Autism and Pervasive Developmental Disorders From Home Movies: Preliminary Finfings." *Autism*(2), 243-258.
- BIEDERMAN, J., FARAONE, SV., KEENAN, K., KNEE, D., TSUANG, MT., (1990a). "Family Genetic and Psychosocial Risk Factors in DSM-III Attention Deficit Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29: 526–33.

- BIEDERMAN, J., KEENAN, K., FARAONE, SV., (1990b). "Parent-Based Diagnosis of Attention Deficit Disorder Predicts a Diagnosis Based on Teacher Report." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(5):698–701.
- BIEDERMAN, J., MICK, E., FARAONE, SV., (2000). "The Age Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type." *Am J Psychiatry* 157(5): 816-818.
- BIEDERMAN, J., FARAONE, SV., (2005). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Lancet*; 366, 237-248.
- BILDT, A., SYTEMA, S., KRAJIER, D., (2005). "Adaptive Functioning and Behavior Problems in Relation to Level of Education in Children and Adolescents with Intellectual Disability." *J Intellect Disabil Res*, 49:672-681.
- BROXMEYER, LB., (2012). "AUTISM, An Ancient Foe Becomes a Modern Scourge-The Return of a Stealth Bacteria." 1st ed.: Weekly.
- BROWN, MB., (2000). "Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Journal of Counseling & Development* 78(2): 195-203.
- BURD, L., KLUG, MG., COUNBE, MJ., KERBESHIAN, J., (2003). "Children and Adolescents With Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Prevalence and Cost of Care." *J Child Neurol*, 18(8): 555-61.
- CARR, T., LORD, C., (2009). "Autism Spectrum Disorders. [book auth.] C.H. Zeanah (ed.). Handbook of infant mental health 3rd ed. New York : The Guilford Press.
- CASTELLANOS, FX., TANNOCK, R., (2002). "Neuroscience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: The Search for Endophenotypes, *Nat Rev Neurosci*, 3:617-628.
- CLARK, T., FEEHAN, C., TINLINE, C., VOSTANIS, P., (1999). "Autistic Symptoms in Children With Attention Deficit-Hyperactivity Disorder." *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 50–55.

- COHEN, P., COHEN, J., CASEN, S., BROWN, J., (1993). "An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence." *J Child Psychol Psychiatry*. 34: 851-67.
- COGHILL, D., BANASCHEWSKI, T., (2009). "The Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Expert Rev Neurother* 9: 1547-1565.
- CORTESE, S., (2012). "The Neurobiology and Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What Every Clinician Should Know." *European Journal of Paediatric Neurology* ; 16(5): 422-33.
- CYR, M., BROWN, CS., (2000). "Current Drug Therapy Recommendations For The Treatment Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder." In: Palmer KJ, ed. *Topics in Pediatric Psychiatry*. Hong Kong: Adis Boks, 69-79.
- DAVIS, NO., KOLLINS, SH., (2012). "Treatment For Co-Occurring Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder." *Neurotherapeutics* 9:518–530.
- DE GIACOMO, A., FOMBONNE, E., (1988). "Parental Recognition of Developmental Abnormalities in Autism." *Eur J Child Adolesc Psychiatry* (7), 131-136.
- ERŞAN, EE., DOĞAN, O., DOĞAN, S., SÜMER, H., (2004). "The Distribution of Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder in 53 School Age Children in Turkey." *European child & adolescent psychiatry*, 13: 354- 361.
- ERCAN, ES., AYDIN, C., (1999). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü." İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri. 270-84.
- FARAONE, SV., BIEDERMAN, J., MICK, E., et al. (2000a). "Family Study of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder." *Am J Psychiatry* 157(7): 1077–1083.
- FARAONE, SV., BIEDERMAN, J., MONUTEAUX, MC., (2000b). "Toward Guidelines For Pedigree Selection in Genetic Studies of Attention Deficit Hyperactivity Disorder." *Genetic epidemiology* 18(1): 1-16.

- FARAONE, SV., BIEDERMAN, J., SPENCER, TJ, ALEARDI, M., (2006). "Comparing The Efficacy Of Medications For ADHD Using Meta Analysis." *Med Gen Med*. 8(4): 4-5.
- FARAONE, SV., (2009). "Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults." *National Clinical Practice Guideline, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*, 72, 15-18.
- FOMBONNE, E.,(1999). "The Epidemiology Of Autism; A Review." *Psychol Med*. Vols. 29(4): p.769-86.
- FOMBONNE, E., (2005). "Epidemiology Of Autistic Disorder And Other Pervasive Developmental Disorders." *J Clin Psychiatry*, 66 Suppl 10: p. 3-8.
- FREITAG, CM., (2007). The Genetics Of Autistic Disorders And Its Clinical Relevance: A Review Of The Literature." *Mol Psychiatry*,12(1): p. 2-22.
- GADOW, KD., DE VINCENT, CJ., POMEROY, J., (2006). "ADHD Symptomsubtypes in Children With Pervasive Developmental Disorder." *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 271–283.
- GARDENER, H., SPIEGELMAN, D., BUKA, SL., (2011). "Perinatal and Neonatal Risk Factors For Autism: A Comprehensive Meta-Analysis." *Pediatrics*. Vols. 128(2): 344-55.
- GEURTS, HM., VERTE, S., OOSTERLAAN, J., ROYERS, H., HARTMAN, CA., MULDER, EJ., et al. (2004). "Can The Children's Communication Checklist Differentiate Between Children With Autism, Children With ADHD, And Normal Controls?" *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, 1437–1453.
- GILBERT, C., EHLERS, S., H, S. (1990). "Autism Under Age 3 Years: A Clinical Study of 28 Cases Referred for Autistic Symptoms in Infancy." *J Clin Psychol Psychiatry*(31), 921-934.
- GILLBERG, C., COLEMAN, M., (2000). "The Biology Of The Autistic Syndromes." 3rd ed. London, UK: Mac Keith Press, Cambridge University Press.
- GOLDSTEIN, S., (1995). "Understanding And Managing Children's Classroom Behaviour". Wiley: New York.

- GRADZINSKI, R., DI MARTINI, A., BRADY, E., MAIRENA, MA., O'NEALE, M., et al. (2011). "Examining Autistic Traits in Children with ADHD: Does the Autism Spectrum Extend to ADHD?" *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1178–1191.
- GÜÇLÜ, O., ERKIRAN, M., (2004). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yüklülük." *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7:32-41.
- HATTORI, J., OGINO, T., ABIRU, K., NAKANO, K., OKA, M., OHTSUKA, Y., (2006). "Are Pervasive Developmental Disorders And Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Distinct Disorders?" *Brain&Development*, 28, 371–374.
- HECHTMAN, L., (2005). "Adult Manifestations Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Vol. 2. p:3183. Lippincott Williams & Wilkins.
- HILL, EL., FRITH U., (2003). "Understanding Autism: Insights From Mind And Brain." *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 385(1430), 281-289.
- HOLTMANN, M., BOLTE, S., POUTSKA, F., (2007). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms In Pervasive Developmental Disorders: Association With Autistic Behavior Domains And Coexisting Psychopathology." *Psychopathology*, 40: 172-177.
- HMAED, JH., TAHA, A., SABRA, AA., BELLA., (2008). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Among Male Primary School Children in Dammam, Saudi Arabia: Prevalence and Associated Factors." *Journal of Egypt Public Association*, 83 (3) Erişim: 22.07.2016, www.nmedicalbulletin.com/june_2008/Attention_deficit.pdf

- KIM, YS., LEVENTHAL, BL., KOH, YJ., ve ark., (2011). “Prevalance Of Autism Spectrum Disorders In A Total Population Sample.” *Am J Psychiatry*. 2011, Vols. Sep;168(9): 904-12.
- KLINTWALL, L., HOLM, A., ERIKSSON, M., CARLSSON, LH., OLSSON, MB., HEDVALL, A., (2011). “Sensory Abnormalities In Autism: A Brief Report.” *Research in Developmental Disabilities*, 32(2): 795-800.
- KNOPF, H., HOLLING, H., HUSS, M., SCHLACK, R., (2012). “Prevalence, Determinants And Spectrum Of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Medication Of Children And Adolescents in Germany, Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS).” *BMJ Open*, 2(6), 1-12. Erişim: 22.07.2016, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3533105/pdf/bmjopen-2011->
- KORKMAZ, B., (2003). “Otizm. İinde: Farklı Gelişen ocuklar Otizm.” Ed: Kulaksızoğlu A., Epsilon Yayınevi, İstanbul, 81-114.
- KOTTE, A., JOSHI, G., FRIED, R., UCHIDA, M., SPENCER, A., et al. (2013). “Autistic Traits in Children With And Without ADHD.” *Pediatrics*, 132, 612–622.
- KRUG, DA., ARICK, JR., ALMOND, PA., (1993). “Autism Screening Instrument for Educational Planning.” Second Edition, Pro-ed Inc. Austin, Texas.
- LANDA, R., (2007). “Early Communication Development and Intervention For Children With Autism.” *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 16-25.
- LEE, DO., & OUSLEY, OY., (2006). “Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in A Clinic Sample of Children and Adolescents With Pervasive Developmental Disorders.” *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16, 737–746.
- LIN, M., HUANG, XY, HUNG, BJ., (2008). “The Experiences of Primary Caregivers Raising School-Aged Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1693-1702.

- MARS, A., MUNK, J., DOERICK, P., (1988). "Symptoms of Pervasive Developmental Disorders as Observed in Prediagnostic Home Videos of Infants and Toddlers." *J Pediatr*(132), 500-504.
- MAYES, SD., CALHOUN, SL., WING, L., (2011). "Autism Spectrum Disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV?". *Research in Developmental Disabilities*. 32(2), 768-773.
- MAZEFSKY, C., OSWALD, D., DAY, T., EACK, S., MINSHEW, N., LAINHART, J., (2012). ASD, A Psychiatric Disorder or Both? Psychiatric Diagnoses in Adolescents with High Functioning ASD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vols. 41(4), 516-523.
- MCPARTLAND, JC., REICHOW, B., VOLKMAR, FR., (2012). "Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368-383.
- MILLICHAP, JG., (2008). "Etiologic Classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Pediatrics* 121: 358-365.
- MOSS, SB., RAJASREE, N., VALLARINO, A., WANG, S., (2007). "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Prim Care Clin Office Pract* 34: 445-473.
- MUHLE, R., TRENTACOTE, SV., RAPIN, I., (2004). "The Genetics of Autism. *Pediatrics*, 113(5): p. e472-86.
- MUKADDES, NM., HERGÜNER, S., TANIDIR, C., (2010). "Psychiatric Disorders in Individuals With High-Functioning Autism and Asperger's Disorder: Similarities and Differences." *The World Journal of Biological Psychiatry*. Vols. 11:964-971.
- MUKADDES, NM., FATEH, R., (2010). "High Rates of Psychiatric Comorbidity in Individuals With Asperger's Disorder." *The World Journal of Biological Psychiatry*. Vols. 11(2):486-492.
- MUKADDES, NM., (2013). "Otizm Spektrum Bozuklukları: Tanı ve Takip." İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri, 2013.

- MURRAY, MJ., MORROW, JD., YURICH, KK., et al. (2011). "Use of Gilliam Asperger's Disorder Scale in Differentiating High and Low Functioning Autism and ADHD." *Psychological Reports*. 108, 3–13.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, (2009), "Attention Deficit and Hyperactivity Disorder: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder." National Clinical Practice Guideline, 72, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, Erişim: 12.11.2012, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/adhdfullguideline.pdf>
- NIGG, J., NIKOLAS, M., BURT, SA., (2010). "Measured Gene-by-environment Interaction in Relation to Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49: 863-873.
- OZONOFF, S., ROGERS, S., (2003). "From Kanner to The Millennium. S. Ozonoff, S. Rogers, R. Hendren içinde, *Autism Spectrum Disorders: A Research Review for Practitioners* (s. 3-33). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- ÖZKAYA, BT., (2013). "Yaygın gelişimsel Bozukluklardan Otizm Spektrum Bozukluğuna geiş: DSM-5'te karşımıza ıkacak değişiklikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 127-139.
- PALMER, E., FINGER, S., (2001). "An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798)." *Child Psychol Psychiatry Rev* 6 :66–73.
- PAUL, R., SUTHERLAND, D., (2005). "Enhancing Early Language in Children With Autism Spectrum Disorders,." [book auth.] Klin A, Paul R, Cohen D (eds): Volkmar FR. *Handbook of autism and developmental disorders* , vol 2. New York : Wiley.
- PENNINGTON, BF., MCGRATH, LM., ROSENBERG, J., BARNARD, H., SMITH, SD., WILLCUTT, EG., et al. (2009). "Gene X Environment Interactions in Reading Disability and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Dev Psychol* 45: 77-89.
- PLISZKA, SR., (2003). "Non-Stimulant Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *CNS Spectr*. 8 (4): 253-8.

- PREVENTION, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND LITERATURE. (2012).MMWR Surveill Summ. s. l. : Mar 30; 61(3): 1-19.
- RAO, PA., ve LANDA, RJ., (2014). “Association Between Severity of Behavioral Phenotype And Comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Children With Autism Spectrum Disorders”. *Autism*; 18(3): 272–280.
- ROMMELSE, NN., FRANKE, B., GEURTS, HM., HARTMAN, CA., BUITELAAR, JK., (2010). “Shared heritability of attention-deficit/ hyperactivity disorder and autism spectrum disorder.” *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 281–295.
- RONALD, A., SIMONOFF, E., KUNTISI, J., ASHERSON, P., & PLOMIN, R., (2008). “Evidence For Overlapping Genetic Influences on Autistic and ADHD Behaviours in A Community Twin Sample.” *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 535–542.
- RUTTER, M., (2005). “Genetic Influences and Autism. [book auth.] Paul R, Rogers SJ, Pelphrey KA Volkmar FR. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York : s: 425-453.
- SADOCK, B., and SADOCK, V., (2008). “Autism Spectrum Disorders.” in Kaplan & Sadock’s Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins: Philadelphia, PA. p. 65-74.
- SCHUBERT, R., (2005). “Attention Deficit Disorder and Epilepsy.” *Pediatric Neurology*, 32: 1, 1-10, Erişim: 01.08.16, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887899404003431>.
- SEIDMAN, LJ., VALERA, EM., BUSH, G., (2004). “Brain Function And Structure, in Adults With ADHD.” *Psychiatr Clin N Am* 27: 323-347.
- SIMONOFF, E., PICKLES, A., CHARMAN, T., CHANDLER, S., LOUCAS, T., BAIRD, G., (2008). “Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalance, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample.” *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Vols. 47(8):921-9.
- SINZIG, J., MORSCH, D., BRUNING, N., SCHMIDT, MH., LEHMKUHL, G., (2008). “Inhibition, Flexibility, Working Memory and Planning in Autism Spectrum Disorders With and Without Comorbid ADHD-symptoms.” *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 31; 2(1): 4

- SHORT, A., SCHOPLER, E., (1988). "Factors Relating to Age of Onset in Autism." J Autism Dev Disord, (18), 207-216.
- SPETIE, L., ARNOLD, EL., (2007a). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: Lewis's Child and Adolescent Psychiatry", A Comprehensive Textbook (ed. A. Martin and R.W. Fred), p: 430-454. Williams&Wilkins: Philadelphia.
- STUBBE, DE., (2000). "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Overview. Historical Perspective, Current Controversies, and Future Directions." Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 9(3): 469-479.
- TAYLOR, E., DOPFNER, M., SERGEANT, J., ASHERSON, P., BANASCHEWSKI, T., BUITELAAR, J., et al., (2004). "European Clinical Guidelines For Hyperkinetic Disorder-First Upgrade." European child & adolescent psychiatry, 13(1), i7-i30.
- TORGERSEN, T., GJEVAN, B., RASMUSSEN, K., (2006). "ADHD in Adults: A Study of Clinical Characteristics, Impairment and Comorbidity." Nord Journal of Psychiatry 60(1): 38-43.
- TREUTING, JJ., ve HINSHAW, SP., (2001). "Depression and Self-Esteem in Boys With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Associations with Comorbid Aggression and Explanatory Attributional Mechanisms." Journal of Abnormal Child Psychology 29(1): 23-39.
- TÜRKÖĞLU, S., (2012). "Otistik Spektrum Bozukluğu Olan Ayri Yumurta Üçüzleri: Olgu Sunumu ve Gözden Geçirme." Nöropsikiyatri Arşivi, 49, 167-171.
- ULAY, H., ERTUĞRUL, A., (2009). "Otizmde Beyin Görüntüleme Bulguları: Bir Gözden Geçirme." Türk Psikiyatri Dergisi, 20(2), 164-174.
- WEIS, M., WEIS, G., (2002). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: Lewis M, ed. Child and Adolescent Psychiatry". Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 645-70.

- VOLKMAR, FR., LORD, C., KLIN, A., SCHULTZ, R., ve COOK, EH., (2007).
“Autism and The Pervasive Developmental Disorders, in Lewis’s Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook,” A Martin and FR Volkmar, Editors. 2007, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. p. 384–400.
- YAVAŞ, İ., (1998). “Otistik Bozukluk:” Temel Psikiyatri, Güleç C, Köroğlu E (eds) Cilt II, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1079-1098.
- YILMAZ IRMAK, T., TEKİNSAV SÜTÇÜ, S., AYDIN, A., SORIAS, O., (2007).
“Otizm Davranış Kontrol Listesinin (ABC) Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi.” Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 14 (1).
- YOSHIDA, Y., & UCHIYAMA, T., (2004). “The Clinical Necessity for Assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) Symptoms in Children with High Functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD).” European Child and Adolescent Psychiatry, 13, 307–314.

8. EKLER

8.1. Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA OTİSTİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı:

Cinsiyet:

Yaş:

Eğitim Düzeyi:

Annenin Öğrenim Durumu (Yıl Olarak):

Babanın Öğrenim Durumu (Yıl Olarak):

Annenin Mesleği:..... Şuanda Çalışıyor Mu? A) Hayır B) Evet

Babanın Mesleği:..... Şuanda Çalışıyor Mu? A) Hayır B) Evet

Ailenizin Ekonomik Durumunu Nasıl Tanımlarsınız?

1. çok kötü 2. kötü 3. orta 4. iyi 5. çok iyi

Ailenizin Genel Yapısı Aşağıdakilerden Hangisine Uyuyor?

1. Otoriter 2. Demokratik 3. İlgisiz 4. Aşırı İlgili 5. Koruyucu 6. Diğer

Ailenizin Yapısı

1. Anne Baba Birlikte Yaşıyor 2. Anne Öldü 3. Baba Öldü 4. Ayrı Yaşıyorlar 5. Boşandılar 6. Diğer Belirtiniz.....

Çocuğun Tanısı:

Bu Tanıya Dair Aile Öyküsü Var Mı?

Var. 1. Derece Akraba

Var . 2. Derece Akraba

Yok.

Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC):

8.2. Ek 2: Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) (ön sayfa)

OTİZM DAVRANIŞ KONTROL LİSTESİ KAYIT FORMU (ABC)

YÖNERGE: Çocuğu en iyi tanımlayan maddenin karşısındaki sayıyı daire içine alınız. İfade çocuğu tanımlamıyorsa boş bırakınız.

	Duyusal	İlişki kurma	Bedensel ve nesne kullanımı	Dil becerileri	Sosyal ve öz kontrol
Kendi etrafında uzun süre döner			4		
Basit bir işi öğrenir fakat çabucak unuttur					2
Sosyal/çevresel uyaranlara çoğu zaman dikkat etmez		4			
Basit emirleri bir kere söylendiğinde yerine getirmez (otur, buraya gel, ayağa kalk gibi)				1	
Oyuncakları uygun şekilde kullanmaz (örn. tekerlekleri döndürür)			2		
Öğrenme sırasında görsel ayırt etmesi zayıftır (büyüklik, renk ya da pozisyon gibi bir özelliğe takılır kalır)	2				
Sosyal gülümsemesi yoktur		2			
Zamirleri ters kullanır (ben yerine sen)				3	
Belirli nesneleri bırakmamak için ısrar eder			3		
İşitmiyor gibi görünür, bu nedenle bir işitme kaybı olduğu kuşkusunu uyandırır	3				
Konuşması detone ve aritmiktir				4	
Kendi kendine uzun süre sallanır			4		
Kendisine uzatıldığında kollarını uzatmaz (ya da bebekken uzatmazdı)		2			
Günlük programındaki/çevredeki değişikliklere aşırı tepkiler verir					3
Başka insanların arasındayken çağrıldığında kendi ismine tepki vermez (Ayşe, Can, Zeynep)				2	
Kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürüme, el çırpma gibi davranışları keserek birden bağırır ve ani hareketler yapar			4		
Başka insanların yüz ifadelerine ve duygularına tepkisizdir		3			
“Evet” veya “ben” sözcüklerini nadiren kullanır				2	
Gelişimin bir alanındaki özel yetenekleri zeka geriliği kuşkusunu dışlar					4
Yer bildiren sözcükleri içeren basit emirleri yerine getirmez (“topu kutunun üstüne koy” ya da “topu kutunun içine koy” gibi)				1	
Bazen yüksek bir sese sağır olduğunu düşündürürcesine “irkilme” tepkisi göstermez.	3				
Ellerini amaçsızca sallar			4		
Büyük öfke nöbetleri ya da sık sık küçük öfke nöbetleri geçirir					3
Göz temasından aktif bir şekilde kaçınır		4			
Dokunulmaya ya da tutulmaya karşı koyar		4			
Bazen, çürükler, kesikler ve iğne yapılma gibi acı verici uyaranlara hiç tepki vermez	3				

8.2. Ek-2: Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) (arka sayfa)

Gergin ve kucaklanılması güçtür (şimdi ya da bebekken)		3			
Kucaklandığında pelte gibidir (sarılmaz, tutunmaz)		2			
İstediği şeyleri göstererek elde eder				2	
Parmak uçlarında yürür			2		
Başkalarını ısırarak, vurarak, tekmeleyerek incitir					2
Cümleleri defalarca tekrarlar				3	
Oyun oynarken başka çocukları taklit etmez		3			
Gözlerine parlak bir ışık tutulduğunda genellikle gözlerini kırpamaz	1				
Başını vurarak, ellerini ısırarak kendine zarar verir			3		
İhtiyaçlarının hemen yerine getirilmesini ister, bekleyemez					2
İsmi söylenen beş nesneden daha fazlasını işaret ederek gösteremez				1	
Hiç arkadaşlık ilişkisi geliştiremez		4			
Bir çok sese kulaklarını kapatır	4				
Sık sık nesneleri döndürür, çevirir ve çarpar			4		
Tuvalet eğitimine ilişkin sorunları vardır					1
İstelerini ve ihtiyaçlarını belirtmek için ya hiç konuşmaz ya da bir günde kendiliğinden kullandığı sözcük sayısı beşi geçmez				2	
Çoğunlukla korkar ya da çok kaygılanır		3			
Gün ışığı karşısında gözlerini kısar, kaşlarını çatır ya da gözlerini kapatır	3				
Yardımsız kendisi giyinemez					1
Sesleri ya da sözcükleri sürekli tekrar eder				3	
Bakışları insanları “delip geçer”		4			
Başkalarının cümlelerini ya da sorularını tekrarlar				4	
Çoğunlukla çevresindekilerin ve tehlikeli durumların farkında değildir					2
Cansız şeylerle oynamayı ve zaman geçirmeyi tercih eder					4
Çevresindeki nesnelere dokunur, koklar ve/veya tadar			3		
Yeni bir kişiyle karşılaştığında sıklıkla hiçbir görsel tepki vermez	3				
Nesneleri sıralama gibi karmaşık ritüeller içine girer			4		
Çok zarar vericidir, oyuncaklarını ve ev eşyalarını kısa zamanda kırar			2		
Gelişimsel gecikme belirtileri 30.ayda ya da daha önce ortaya çıkmıştır					1
Gün içinde kendiliğinden iletişimi başlatmak için kullandığı ifadelerin sayısı otuzu geçmez				3	
Uzun süreler boşluğa bakar	4				
TOPLAM:					

8.3. Ek 3: ABC Ölçeği Kullanım İzni

Ek



turkan yilmaz irmak <turkan.yilmaz.irmak@ege.edu.tr>

12.4 (Sal) 14:26

Siz



Yanıtla

Gelen Kutusu

merhaba,
ABC'yi çalışmanızda kullanmanız bizim için uygundur. çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
türkan yılmaz irmak

Kimden: "Esra KAYA BOZKURT" <eesrakaya86@hotmail.com>

Kime: "turkan yilmaz irmak" <turkan.yilmaz.irmak@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 10 Nisan Pazar 2016 23:15:25

Konu: OTİZM DAVRANIŞ KONTROL LİSTESİNİN(ABC) KULLANIM İZNİ

İyi Günler Hocam,

Ben 2010 Dicle Üniversitesi Psikoloji Bölümü mezunuyum. Şuan Çağ Üniversitesi Psikoloji yüksek lisans öğrencisiyim ve bu dönem tez aşamasına geçtim. tez konusu olarak "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Otistik Belirtiler"i çalışmaya karar verdim. Bu çalışmada ölçme aracı olarak tarahnızca güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) ni kullanmayı planlamaktayım ancak bunun için izniniz gerekmekte olup, uygun görmeniz durumunda anketi kullanmak istiyorum.
Saygılarımla

8.4. Ek 4: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Deney Grubu İçin)

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Değerli hasta yakınımız,

“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Otistik Belirtilerin İncelenmesi” başlıklı araştırmamızda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda otistik belirti yaygınlığının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla DEHB tanısı almış kişi yakınlarına (anne, baba, bakım veren kişi) Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) uygulanacaktır. Bu ölçek araştırmacının gözetiminde ve kişinin aktif bir biçiminde katılımıyla uygulanacaktır. Katılımcıların ölçekteki sorulara mümkün olduğunca çocuğu yansıtacak şekilde yanıt vermeleri beklenmektedir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen gönüllü olup, çalışmaya katılmanız ya da katılmamanız çocuğunuza olan yaklaşımı değiştirmeyecektir. Çalışma verileri araştırmacı tarafından yasal süre boyunca saklanacak ve sonrasında imha edilecektir.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı Soyadı, imzası, adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı Soyadı, imzası

8.4. Ek-4: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol Grubu İçin)

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Değerli Katılımcı,

“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Otistik Belirtilerin İncelenmesi” başlıklı araştırmamızda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda otistik belirti yaygınlığının araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya, “Sağlıklı kontrol grubu” olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen size yöneltecek sorulara yanıt vermenizdir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen gönüllü olup, çalışmaya katılmanız ya da katılmamanız çocuğunuza olan yaklaşımı değiştirmeyecektir. Çalışma verileri araştırmacı tarafından yasal süre boyunca saklanacak ve sonrasında imha edilecektir.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı Soyadı, imzası, adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı Soyadı, imzası

8.5. Ek 5: Etik Kurul İzni

T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
20/01/2016	1	2016/ 1-13

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÇELİK'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Dikkat Eksikliği Olan Çocuklarda Otistik Belirtilerin İncelenmesi" adlı proje için hazırlanmış olan ve 08/01/2016 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Etik Kurul kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurul Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)

Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

(İmza)

Prof. Dr. Mehmet TURĞUT
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Musa ABEŞ
Üye

(İmza)

Doç. Dr. Tuncay ÇELİK
Üye

(İmza)

Avukat Sema Aksu ÖZEL
Üye

(İmza)

Yrd. Doç. Dr. Fatih ÜÇKARDEŞ
Üye

(Katılmadı)

Yrd. Doç. Dr. Hamit Sinan HATİPOĞLU
Üye

(İmza)

Yrd. Doç. Dr. Ali PARLAR
Üye

(Katılmadı)

Eczacı Gamze GÖK
Üye

Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı Soyadı: Esra KAYA BOZKKURT

Doğum Tarihi: 27.10.1986

Doğum Yeri: Merkez/ BATMAN

Medeni Durum : Evli

TC Kimlik No: 25817630158

E- mail: esrakayabozkurt@gmail.com

Telefon : 5534035828

Eğitim Durumu:

Üniversite: Dicle Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü- 2010

Lise: Mersin Dumlupınar Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı)

İlköğretim: Adıyaman Cumhuriyet ilköğretim Okulu

İş Deneyimi:

Bu güne kadar çalıştığı kurum/ kuruluşlar;

Midyat Özel Umut Rehabilitasyon Merkezi/ MARDİN

ADİYAMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

ADİYAMAN DEVLET HASTANESİ

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Yabancı Dil :

İngilizce (orta düzeyde)