



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan
Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç
İlişkisinin Değerlendirilmesi**

UZMANLIK TEZİ

DR. HASAN CAN ÖZBAY

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hatice AKSU

AYDIN-2022

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan
Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç
İlişkisinin Değerlendirilmesi**

UZMANLIK TEZİ

DR. HASAN CAN ÖZBAY

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hatice AKSU

AYDIN-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince her zaman desteğini hissettiğim, iyi bir klinisyen olmanın yanında iyi bir hekim olma sürecinde yoluma ışık tutan, çocuk psikiyatrisi eğitimimin başladığı ilk günden itibaren mesleki kimliğimin gelişiminde çok büyük katkıları olan ve tezimin yazım aşamasında bilgileriyle bana yol gösterici olan saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Hatice Aksu'ya, eğitimime katkılarından dolayı Doç. Dr. Sibelnur Avcil'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tıp fakültesi eğitimimde ve çocuk nörolojisi rotasyonumda çalışma fırsatı bulduğum çalışkanlığıyla, öğretme azmiyle ve hiç eksik etmediği güler yüzüyle bana örnek olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayşe Tosun'a, eğitimim süresince klinik ve akademik bilgisi yanında etik duruşuyla bana yol gösteren, hem tıp fakültesi öğrenciliği hem de erişkin psikiyatrisi rotasyonumda çalışma fırsatı bulduğum saygıdeğer hocam Prof. Dr. Levent Seviçok'a sonsuz teşekkür ederim.

Erişkin psikiyatrisi rotasyonumda çok şey öğrendiğim değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Vesile Altınyazar, Doç. Dr. Bilge Doğan, Doç. Dr. Çağdaş Öykü Memiş ve Dr. Öğretim Üyesi Bilge Şair'e, birlikte çalıştığım psikiyatri asistanlarına ve Ege Üniversitesi Ergen Bağımlılık Merkezinde rotasyonum sırasında madde bağımlılığı alanında eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Zeki Yüncü'ye teşekkür ederim.

Asistanlığımın ilk gününden itibaren her zaman yanımda olan, desteklerini ve dostluklarını esirgemeyen sevgili kıdemlilerim Dr. Doğa Sevinçok ve Dr. Mutlu Muhammed Özbek başta olmak üzere akademik ve klinik bakış açısı kazanmamda katkılarlarından dolayı Uzm. Dr. Nevzat Yılmaz, Uzm. Dr. Esra Eren Özdemir, Dr. Öğretim Üyesi Hacer Gizem Gerçek, Uzm. Dr. Kutay Taş, Uzm. Dr. Kemal Can Karadiş, Uzm. Dr. Ahmet Yasin, Uzm. Dr. Süheyla Tağcı, Uzm. Dr. Berna Gündüz Çıtır, Uzm. Dr. Tolga Tunagür, Uzm. Dr. İsmet Aşıkhasan ve Uzm. Dr. Sema Çam Salihoğlu'na; halen beraber çalışmakta olduğumuz mesai arkadaşlarım Dr. Fatma Özer Ari, Dr. Aslı Aydın, Dr. Begüm Özcan, Dr. Müge Çetiner, Dr. Aylin Kaya Çimen, Dr. Kübra Ecem Turgutkaya, Dr. Ömür Burak Adıgüzel, Dr. Gülçin İlhan Yıldız, Dr. Buket Canlan,

Dr. Sezayi Atabey, Dr. Ceren Akçanal Şeker, Dr. Gizem Buket Yayla, Dr. Yiğit Özaydın, Dr. Merve Habbel, Dr. Ufuk Uyar, Dr. Fatma Erdoğan, Dr. Abdullah Furkan Türkkahraman, Dr. Rabia Gizem Manav ve Dr. Şeyma Tatliya; bölüm sekreterlerimiz Fatma Adam ve Nebahat Sarıçin'e teşekkür ederim.

Hayatımın her anında yanımda olan, desteklerini, emeklerini benden esirgemeyen ve bugünlere gelebilmem için tüm fedakarlığı yapan, haklarını asla ödeyemeyeceğim canım annem Tülay Özbay ve canım babam Nihat Özbay'a teşekkür ederim.

Birlikte büyüdüğümüz, güler yüzüyle her zaman yanımda olan, abisi olmaktan gurur duyduğum, tıp fakültesi eğitiminde benimle meslektaş olma yolunda ilerleyen canım kardeşim Sude Özbay'a teşekkür ederim.

Son olarak çocuk psikiyatrisi eğitimimde kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarım ve ailelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hasan Can ÖZBAY

Aydın-2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLolar DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etiyoloji	5
2.1.4.1. Genetik Etkenler	5
2.1.4.2. Çevresel Etkenler.....	6
2.1.4.3. Nöroanatomik Etkenler	7
2.1.4.4. Nörokimyasal Etkenler	8
2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler.....	8
2.1.6. Ayırıcı Tanı ve Eş Hastalanım.....	12
2.1.7. Gidiş	13
2.1.8. Tedavi	14
2.2. Yavaş Bilişsel Tempo.....	15
2.2.1. Tanım.....	15
2.2.2. Yavaş Bilişsel Tempo-Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi.....	16

2.2.3. Etiyoloji	17
2.2.4. Eş Hastalanım	18
2.3. Bağlanma	19
2.3.1. Bağlanma Kuramı	19
2.3.2. Bağlanmanın Gelişimi	20
2.4.Mizaç ve Karakter	21
2.4.1.Tanım.....	21
2.4.2. Mizaç	21
2.4.2.1.Yenilik Arayışı	21
2.4.2.2.Zarardan Kaçınma	22
2.4.2.3 Ödül Bağımlılığı.....	22
2.4.2.4. Sebat Etme.....	23
2.4.3. Karakter	23
2.4.3.1. Kendini Yönetme.....	23
2.4.3.2. İş Birliği Yapma	23
2.4.3.3. Kendini Aşma.....	24
2.4.4. Mizaç ve Psikopatoloji	24
3. AMAÇ VE HİPOTEZLER.....	25
3.1. Çalışmanın Amacı	25
3.2. Çalışmanın Hipotezleri.....	25
4. GEREÇ VE YÖNTEM	26
4.1. Örneklem.....	26
4.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri.....	26

4.2. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları.....	27
4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	27
4.2.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi...28	
4.2.3. Turgay Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	28
4.2.4. Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA)	29
4.2.5. Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği (KGBÖ).....	29
4.2.6. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (ÇMKE).....	30
4.3. Uygulama.....	30
4.4. İstatistiksel Analiz	31
4.5. Etik.....	32
5. BULGULAR	33
5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	33
5.2. Grupların Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	35
5.3. Katılımcıların Cinsiyetler Arasındaki YBT, Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması	38
5.4. Yavaş Bilişsel Tempo, Dikkatsizlik ve Hiperaktivitenin Yaş, Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi.....	39
5.5. Yavaş Bilişsel Tempo ve Bağlanma Özellikleri Üzerinde Etkisi Olan Değişkenlerin Belirlenmesi.....	42
6. TARTIŞMA.....	44
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
8. ÖZET	57
9. ABSTRACT	59

10. KAYNAKLAR.....	61
11. EKLER.....	76



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I	: DSM-5 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	9
Tablo II	: Gruplar Arasındaki Kategorik Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması.	33
Tablo III	: Gruplar Arasındaki Sayısal Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması	35
Tablo IV	: Gruplar Arasındaki Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
Tablo V	: YBT'nin Eşlik Ettiği DEHB'li Grubu Belirleyen Etkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile İncelenmesi	37
Tablo VI	: Cinsiyetler Arasındaki YBT, Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo VII	: Tüm Örneklemde YBT, Dikkatsizlik ve Hiperaktivitenin Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi	39
Tablo VIII	: Tüm Örneklemde Bağlanma ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi	40
Tablo IX	: YBT'nin Eşlik Ettiği DEHB'li Grupta YBT, Dikkatsizlik ve Hiperaktivitenin Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi.....	41
Tablo X	: YBT'nin Eşlik Ettiği DEHB'li Grupta Bağlanma ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi	41
Tablo XI	: Yavaş Bilişsel Tempo Üzerinde Etkisi Olan Değişkenlerin Belirlenmesi için Yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizlerinin Sonuçları	42
Tablo XII	: Güvenli Bağlanma Üzerinde Etkisi Olan Değişkenlerin Belirlenmesi için Yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizlerinin Sonuçları.....	43

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BÇDA	: Barkley Çocuk Dikkat Anketi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BGOF	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
CDH13	: Cadherin 13
ÇDŞG-ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
ÇMKE	: Çocuklar İçin Mizaç Karakter Envanteri
DAT1	: Dopamin Taşıyıcı Protein Geni 1
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DRD4	: Dopamin Reseptör Geni 4
DSM-II	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-II
DSM-III	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III
DSM-III-R	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III- Düzenlenmiş
DSM-IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV
DSM-IV-TR	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV- Düzenlenmiş
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5
FDA	: Amerika Gıda ve İlaç Birliği
KGBÖ	: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OSB:	: Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖÖB	: Özgöl Öğrenme Bozukluğu
PB	: Panik Bozukluk
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YBT	: Yavaş Bilişsel Tempo



EKLER DİZİNİ

Ek 1	:Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	76
Ek 2	:Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme ÇizelgesiŞimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY).....	77
Ek 3	:Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’eDayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	81
Ek 4	:Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA)	83
Ek 5	:Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği (KGBÖ).....	84
Ek 6	: Çocuklar İçin Mizaç Karakter Envanteri (ÇMKE)	87
Ek 7	:Etik Kurul Onayı	93
Ek 8	:Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) – Çocuk Formu	94
Ek 9	:Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) – Ebeveyn Formu.....	97

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan, çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemiyle uyumlu olmayan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Belirtilerin görülme şiddetine göre DEHB, “hiperaktivite ve dürtüsellik baskın olduğu görünüm”, “dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm” ve “bileşik görünüm” olmak üzere 3 alt başlıkta ele alınmaktadır (1,2). Çocuklarda DEHB belirtilerinin; akranları, ebeveynleri ve diğer yetişkinler tarafından damgalanma nedeniyle daha az popüler olmalarına yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca DEHB tanılı çocukların kurallara uymada ve sorumlulukları yerine getirmede yaşadığı zorlukların ilişkilerinde çatışmalara yol açması nedeni ile daha az arkadaşına sahip olma ve sosyal yalnızlaşma gibi sonuçlara neden olduğu yazında belirtilmektedir (3,4,5).

Yakın zamanlı çalışmalar DEHB dikkatsizlik baskın görünümünün Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) olarak adlandırılan başka bir bozukluğa benzer bazı özel belirtileri içerdiğini, YBT'nin DEHB ile ilişkili ancak çekirdek DEHB belirtilerinden tamamen farklı bir belirti kümesine sahip olduğunu vurgulamaktadır (6). Yavaş bilişsel tempo; hayale dalıp gitme, uyuşukluk, kendi dünyasında yaşama, enerjide düşüklük gibi belirtilerle karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (7). Yazında YBT ile ilgili olarak yapılan nöropsikolojik çalışmalar, başta sürdürülebilir dikkat olmak üzere, çalışma belleği ve metakognitif alanda bozulmalar olduğunu bildirmektedir (8).

Bağlanma; çocuk ile birincil bakım veren kişi arasında gelişen, çocuğun bakım veren kişiyle yakınlık arayışı ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (9). Bağlanmanın sadece çocukluk dönemi ile sınırlı bir durum olmadığı doğası ve ifade ediliş şeklinin değiştiği, yaşam boyunca etkilerinin sürdüğü birincil bakım vereni ile olan ilk bağlanmanın diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomen olduğu bildirilmektedir (10). Bağlanma, güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma olmak üzere iki alt başlık altında ele alınmaktadır. Güvensiz bağlanmanın genel olarak yeterli bakımın verilmediği ortamlarda büyüyen çocukların toplumsal ilişkide

yaşadıkları güçlüklerle karakterize olduğu belirtilmektedir (11). Alan yazındaki çalışmalar incelendiğinde; güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak bildirilmektedir (12).

Mizaç; DSM-IV eksen I psikiyatrik bozukluklarının çoğunluğunun aksine; yaşam boyunca nispeten stabil kalan, kişinin tepkiselliğini, genel ruh halini ve enerjisini belirleyen temel biyolojik bir özellik olarak tanımlanmakta ve bazı psikiyatrik bozukluklar için bedensel bir yatkınlığa sebep olduğu belirtilmektedir (13). Cloninger de benzer şekilde kişiliğin mizaç ve karakter boyutlarından oluştuğunu; mizacın ise kalıtılabilir olması, erken gelişim döneminde ortaya çıkması ve hayat boyu sebat etmesi sebebiyle kişiliğin biyolojik yönünü oluşturduğunu belirtmektedir. Mizacın Cloninger'e göre yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, zarardan kaçınma ve sebatkarlık olmak üzere dört temel boyutu bulunmaktadır. Ayrıca gelişimin erken dönemlerinde dört temel mizaç boyutu öfkelenme, korku, hükmetme duyguları ile kendisini gösterebilirken sonraki dönemlerde sevgi, beceriklilik gibi daha karmaşık ikincil duyguların geliştiği belirtilmektedir (14). Alanyazında mizacın alt boyutlarını gözden geçirdiğimizde yenilik arayışı; yeni şeyler keşfetmeyi sağlayacak şekilde ödül arayışı, cezadan kaçınma ve heyecana yatkınlık olarak tanımlanmaktadır. Zarardan kaçınmanın ise davranışsal inhibisyon ile ilişkili olduğu ve temkinli, dikkatli, utangaç, cesaretsiz, pasif ve karamsar kişilik özelliklerini beraberinde getirdiği belirtilmektedir (15). Diğer bir alt boyut olan ödül bağımlılığı; diğer insanların onayına bağlı olma, aşırı duygusallık, sevecenlik, sosyallik ve duyarlılık özellikleri ile ilişkilendirilmektedir (16). Sebat etme boyutu Cloninger'in modelinde önceden ödül bağımlılığı içerisinde yer almakta iken, daha sonra ayrı bir boyut olarak ele alınmaya başlanmıştır.

Bizim çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların yavaş bilişsel tempo belirtilerinin yaşamın erken döneminde kazanılan ve etkileri uzun dönemde de devam eden bağlanma ve biyolojik yönü olan mizaç özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla çalışmamızın YBT belirtilerinin mizaç ve bağlanma ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışma olması nedeniyle alan yazına katkıda bulunacağını öngörmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında başlayan, bireyin içinde bulunduğu gelişim dönemine uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite ile karakterize bireyin gelişimini ve işlevselliğini etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Ders çalışmada zorlanma, plan yapma becerilerinde eksiklik, unutkanlık, dikkatini odaklamada veya devam ettirmede zorluk gibi dikkat problemlerinin varlığının yanı sıra; yerinde duramama, koşturma, fazla konuşma hareketlilik gibi hareketlilik sorunları ve sırasını bekleyememe, sabredememe, konuşmaların arasına girip söz bölme ve tehlikeli işlere girme isteği mevcudiyeti gibi impulsivite belirtileri ile ortaya çıktığı belirtilmektedir (17,18). Bunun yanında yazında DEHB belirtilerinin neden olduğu bireyin akademik başarısında düşme, sosyal çevre ve aile ile ilişkilerde çatışma yaşama ve bu sorunlara bağlı sosyal zorluklar yaygın görülen sorunlar olarak gösterilmektedir (1).

2.1.2. Tarihçe

Dikkat eksikliği kavramı ilk kez 1700'lü yıllarda Rusya'da Dr. Melchior Adam Weikard tarafından ele alınmıştır. Dr. Weikard'ın 1770 yılında yazdığı kitabının bir bölümünü dikkat eksikliğine ayırmıştır. Daha sonra İskoçyalı hekim Crichton 1790 yılında küçük çocuklarda dikkat sorunlarını dile getirmiştir (19,20). Alman asıllı psikiyatrist Dr. Henrich Hoffman 1845 yılında yayınladığı bir şiirinde ilk kez dürtüsel delilik, kusurlu inhibisyon olarak bahsettiği dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik bulguları olan bir çocuğu ve bu çocuğun çevresiyle ilişkilerini anlatmıştır (21). İngiliz asıllı çocuk hekimi Dr. Still 1902 yılında çocukluk çağındaki 43 olgudan oluşan bir vaka bildirimi yayınlamış ve "Moral Defect" adlı bir klinik tablodan söz etmiştir. Still bu klinik tabloyu duygu düzenleme sorunları, hiperaktivite, dürtü kontrol sorunları ve konsantrasyon sorunları olarak açıklamıştır (22). Daha sonra 1. Dünya Savaşı sırasında ortaya çıkan influenza salgını sonrasında hayatta kalan çocuklarda ortaya çıkan "Ensefalitis Letarjika" esnasında da Still'in tanımlamasına paralel şekilde aşırı hareketlilik, denge sorunları, öğrenme

sorunları ve davranım bozuklukları belirtileri görüldüğü gündeme gelmiştir (22). 1947 yılında Dr Strauss influenzaya bağlı bu durumu “Minimal Beyin Hasarı” olarak adlandırılmıştır. Ancak daha sonraki yıllarda bu belirtilerin beyin hasarına bağlı olmadığı, bir disfonksiyon olduğu öne sürülerek DEHB’in tanımlanması aşamasına geçilmiştir (23).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ilk olarak Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayınladığı Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının ikinci baskısında (DSM-II) “çocukluğun hiperkinetik reaksiyonu” adıyla yer almıştır (24). Daha sonra DSM-III sınıflamasında dikkatin sürdürülmesi, dürtüsellik ve yönetici işlevlerle ilişkili sorunların birincil zorluk olduğu, hiperaktivitenin ikincil olduğu düşünülmüş ve bozukluğun adı “dikkat eksikliği bozukluğu” şeklinde değiştirilmiştir. Dikkat eksikliği bozukluğu “hiperaktivitenin eşlik ettiği” ve “hiperaktivitenin eşlik etmediği” olarak ikiye ayrılmıştır (25). Bununla beraber DSM-III-R’de ise güncel kullanımda olan “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” adıyla yer almıştır (26). Psikiyatrik hastalıklar tanı sınıflaması el kitabı dördüncü sürümünde (DSM-IV) ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; “hiperaktivite ve dürtüsellüğün ön planda olduğu tip”, “dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip” ve “bileşik tip” olmak üzere 3 alt başlıkta yer almıştır (27). En son 2013 yılında yayınlanan ve mevcut en güncel tanı sınıflaması olan DSM-5’te ise, DEHB “nörogelişimsel bozukluklar” başlığı altına alınmıştır. Bunun yanında, DSM-IV’te başlangıç yaşı ölçütünün 7 yaş olmasının tanı için sorun yaratması nedeniyle DEHB için başlangıç yaşı 12 yaş olarak değiştirilmiş ve DEHB tanısı için Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısının olmaması şartı kaldırılmıştır. Ayrıca DSM-IV’te yer alan “alt tip” kavramının yerine DSM-5’te “görünüm” kavramı getirilmiştir (1).

2.1.3. Epidemiyoloji

Alanyazın incelendiğinde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda DEHB prevalans sonuçları çeşitlilik göstermektedir. Çalışma verilerindeki bu çeşitliliğin çalışmaların yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir (28). Polanczyk ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı ilk geniş çaplı meta-analiz çalışmasında DEHB’in dünya genelindeki prevalansı %5,29 olarak belirtilmiştir (28). Daha sonra yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında ise DEHB

prevalansının %5,9-%7,1 saptandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada toplum örnekleminde dikkatsizlik alt tipinin klinik örnekleme ise bileşik tipin daha sık görüldüğü saptanmıştır (29).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) DEHB prevelansı ile ilgili yapılmış tüm çalışmaları yöntemleri ve örneklem özellikleri göz önüne alarak gözden geçirmiş ve tüm dünyadaki çocukluk çağı DEHB prevelansının %2-18 arasında olduğunu belirtmiştir (17). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde alanyazındaki diğer çalışmalara benzer olarak sonuçlar arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Sivas ilinde 2004 yılında yapılan bir çalışmada 6-15 yaş arasındaki DEHB prevelansı %8,1 olarak bildirilmiştir (30). Daha sonra İzmir’de 8-12 yaşları arasında 1455 çocuğun katıldığı 4 yıllık boylamsal bir çalışmada DEHB prevelansı %12 olarak bildirilmiştir (31). Yakın dönemde yapılan Türkiye Çocuk Ruh Sağlığı Epidemiyoloji Çalışmasında (EPICTAT-T) 30 farklı şehirde ikinci üçüncü ve dördüncü sınıflardaki 5830 çocuk incelenmiş ve DEHB prevelansı %12,8 olarak saptanmıştır (32).

Alanyazındaki DEHB görülme sıklığı ve cinsiyet ile ilişkisini değerlendiren çalışmaların verileri incelendiğinde toplumsal tabanlı değerlendirmelerde DEHB Erkek /Kız oranı 1/1 ile 3/1 iken, klinik örneklem grubunda 9/1 oranına kadar çıkabildiği bildirilmektedir (33). Ülkemizde yapılan toplum temelli çalışmalarda ise DEHB tanısı alan okul çağı çocuklarında erkek kız oranı 3,23:1 olarak bildirilmiştir (34).

2.1.4. Etiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hakkında bugüne kadar yapılmış pek çok çalışma bulunmasına rağmen etiyojisi kesin olarak belirlenememiştir. Yapılan çalışmalar ışığında DEHB’in genetik temelli, katekolaminerjik sistem disfonksiyonu ve frontostriatal-yönetici işlev bozukluğuna bağlı gelişebileceğine dair üç farklı hipotez öne çıkmaktadır (35,36).

2.1.4.1. Genetik Etkenler

Yazında DEHB etiyojisinin aydınlatmak için yapılan aile, evlat edinme, ikiz ve moleküler genetik alanında yapılan çalışmalar genetik faktörlerin DEHB etiyojisinde önemli bir

yeri olduğunu göstermiştir. Kardeşlerde veya ebeveynlerde DEHB tanısı olanlarla yapılmış bir çalışmada ebeveynlerde DEHB tanısı olmasının çocuklarında DEHB görülme riskini 8 kat artırdığı saptanmış, DEHB tanılı kardeşi olanlarda riskin 3 kata kadar arttığı bildirilmiştir (37). Alanyazında tek yumurta ikizleri ile yapılan bir çalışmada DEHB’de genetik geçişin %76 gibi yüksek bir oranda olduğu gösterilmiştir (38). Başka bir ikiz çalışmasında DEHB’in genetik geçişinin monozigotlarda %59-92, dizigotlarda %29-42 olduğu saptanmıştır (39). Bunun yanında yapılan bir aile çalışmasında evlat edinilen DEHB tanılı çocukların biyolojik ebeveynlerinde evlat edinen ebeveynlerine göre DEHB ile ilişkili bozukluk bulunma riskini 3 kata kadar arttırdığı bulunmuştur (40).

Günümüze kadar yapılmış olan DEHB etiyolojisi üzerine olan çalışmalarda özellikle özellikle Dopamin Taşıyıcı 1 (DAT-1) ve dopamin reseptörü (DRD4) genleri üzerinde durulmakta olduğu gözlenmektedir (41). Dikkat eksikliği etiyolojisinde DRD4’ün dopamin reseptör bağlanması ve düzenlenmesi ile ilişkili olarak öne çıktığı DAT’ın ise DEHB tedavisinde kullanılan psikostimülan ilaçların hedefi olan biyolojik yapı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (42). Yazında DAT1 ve DRD4 yanında CDH13 geni ile çalışmalar da DEHB etiyolojisini aydınlatmak için umut vermektedir. Çocuklarda DEHB etiyolojisini araştıran bir çalışmada hiperaktivite ve dürtüsellik ile CDH13 geni ilişkili bulunmuş olup, bir başka çalışmada ise aynı genin sözel işleyen bellek performansı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (43,44).

2.1.4.2. Çevresel Etkenler

Yazında DEHB etiyolojisinde çevresel faktörlerin de önemi vurgulanmaktadır (45). Kafa travması ve menenjit gibi anoksiye sebep verebilen tıbbi durumlar, çocukta metabolik hastalık tanısı varlığı, perinatal dönemde maruz kalınan toksinler ve çocukta kardiyolojik hastalıklar DEHB’in de dahil olduğu nörogelişimsel sorunları yordayabileceği belirtilmektedir (46,47). Anne ve baba yaşı ile DEHB ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde; verilerin tutarsız olduğu göze çarpmaktadır. Bu alanda Amso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (48), 20 yaşından küçük annelerin çocuklarının DEHB açısından riskli olduğu bulunmuşken başka bir çalışmada ileri anne yaşı risk faktörü olarak bildirilmiştir (49).

Yazında DEHB belirtileriyle gebelik sırasındaki alkol, sigara ve benzeri madde kullanımı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde gebelikte alkol kullanımının hareketlilik belirtileriyle, gebelikte nikotin kullanımının ise dürtüsellik belirtileri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (50). Gebelikte annenin antidepresan kullanımıyla çocuklardaki DEHB belirtilerini inceleyen bir çalışmada ise gebelik süresince antidepresan kullanan annelerin çocuklarında kontrol grubuna göre DEHB riskinin 1,8 kat arttığı bildirilmektedir (51). Bunun yanı sıra ülkemizde yapılan bir çalışmada annenin gebelik döneminde depresif bozukluk yaşamasının çocukta DEHB gelişme riskini artırdığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada annenin afektif mizaç özellikleri incelenmiş ve annenin siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerine sahip olmasının çocuktaki DEHB tanısı ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (52).

2.1.4.3. Nöroanatomik Etkenler

Alanyazın incelendiğinde DEHB etiyolojisini araştırmak için yapılmış birçok nörogörüntüleme çalışması göze çarpmaktadır. Yapısal Beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (Cranial Magnetic Resonance Imaging- cMRI) çalışmalarında DEHB'li çocukların sağlıklı gruba göre total beyin hacminde %3-5, gri cevher hacminde ise %3 azalma olduğu saptanmıştır (53). Başka bir MRI çalışmasında ise DEHB tanılı grupta serebral volümün, kontrol grubundan ortalama %8,3 daha küçük olduğu ve özellikle sol frontal lobda belirgin olmak üzere beyaz cevher hacminde azalma olduğu bildirilmiştir (54,55). Yapılmış diğer nörogörüntüleme çalışmaları incelendiğinde sağlıklı kontrol grubuna göre serebellum, korpus kallosum, prefrontal korteks, kaudat nukleus ve globus pallidus hacminde azalma saptandığı bildirilmektedir (53,56) Yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasında DEHB'li hastalarda kontrollere göre nukleus akkumbens, amigdala, hipokampus ve bazal gangliyon yapılarında hacim azalmasının olduğu saptanmış olup gelişen bu anatomik değişikliklerin yalnızca DEHB tanısı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (57). Başka bir nörogörüntüleme çalışmasında pozitron emisyon tomografi (PET) ile DEHB tanılı hastalar incelenmiş ve DEHB tanılı hastalarda beyinde global bir metabolizma azalması gösterilmiştir. Bunun yanında aynı çalışmada hastalar DEHB belirtileri için psikostimülan tedavi kullanımı sonrası tekrar PET görüntüleme ile incelenmiş ve tüm frontal bölgelerde hem metabolizmada hem de kanlanmada artış bulunmuştur (58). Shaw ve

arkadaşlarının yaptığı bir uzun dönem izlem çalışmasında korteks matürasyonu sırasındaki bölgesel gelişimin hem DEHB tanılı hem de tipik gelişen çocuklarda benzer sırayı izlediği öne sürülmüş ancak DEHB tanılı grupta bu gelişimin yaklaşık 3 yıl geriden geldiği saptanmıştır. Bu gecikmenin de lateral prefrontal alanda belirgin olduğu ve bu durumun dikkatle ilgili süreçlerdeki belirtileri tetiklediği öne sürülmüştür (59).

2.1.4.4. Nörokimyasal Etkenler

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiyolojisinde beyindeki nörotransmitter sisteminin önemli bir yere sahip olduğu gözlenmektedir. Alanyazın incelendiğinde dopamin, nöroadrenalin ve serotonin en çok araştırılan nörotransmitterler olarak öne çıkmaktadır. Dopamin daha çok dikkat sorunlarıyla, nöroadrenalin hiperaktivite dürtüsellik ve davranış sorunlarıyla ilişiliyken serotoninin agresyon ve seçici dikkat ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (60,61). Bununla birlikte yazında nöroadrenalin ve dopamin arasındaki dengesizliğin DEHB'e yol açtığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (62,63). Bu nedenle de katekolaminerjik sistemdeki disregülasyonun DEHB etiyolojisinde önemli olduğu ileri sürülmektedir (64).

2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler

Dikkat eksikliği, hareketlilik ve dürtüsellik DEHB'in üç ana belirtisini oluşturmaktadır. Klinik değerlendirmede çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemi göz önünde bulundurularak belirtilerin yaygınlığı, sosyal, akademik ve mesleki becerilerdeki bozulmaların kanıtları aranmaktadır. Tanı, çocuk ve aile ile yapılan görüşmeler, öğretmenlerin ve ebeveynin doldurduğu ölçekler, psikiyatrik muayene ve gözlem ile klinik olarak konulmakta olup DEHB'e özgü herhangi bir laboratuvar tetkiki veya bir test bulunmamaktadır (65). Klinisyenler tanı için DSM-5'te belirtilen 18 semptomu detaylı bir şekilde sorgulamalıdır.

TABLO 1. DSM 5'e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri (1)

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

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal, okula/işle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyen, en az altı aydır devam eden aşağıdaki belirtilerden en az altısının olması: **Not:** Belirtiler, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın yalnızca bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında veya daha büyük olanlarda) en az beş belirtinin olması gerekir.

- a.** Çoğu kez, ayrıntılara dikkatini vermez ya da okul çalışmalarında, işte veya diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar (ayrıntıları gözden geçirir, yanlış iş yapar).
- b.** Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmede zorlanır (ders sırasında, konuşurken veya uzun okumalarda odaklanmada güçlük çeker).
- c.** Çoğu kez, kendisine hitap edilerek konuşulurken dinlemiyormuş gibi görünür (dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile aklı başka bir yerde gibi görünür).
- d.** Çoğu kez, verilen yönergeleri izleyemez ve okulda verilen görevleri, günlük işleri veya işyerindeki sorumlulukları tamamlayamaz (ör: işe başlar ama hızla odaklanmasını kaybeder ve dikkati başka yöne dağılır).
- e.** Çoğu kez üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker (ör: sırayla yapılması gereken görevleri düzenlemede zorlanır, kendisine ait eşyaları düzenlemekte zorlanır, dağınık çalışır, zaman yönetimi iyi değildir, işlerinin teslim tarihine uyamaz).

- f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, sevmez, bu tür işlere katılmak istemez (okuldaki görevler veya ev ödevleri; daha büyük ergenler ve yetişkinler için, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek)
- g. Çoğu kez, görevler veya etkinlikler için gerekli olan eşyaları kaybeder (ör: okul gereçleri, kalemler, kitaplar, cüzdan, anahtar, yazılar, gözlük, cep telefonu).
- h. Çoğu kez, dış uyaranlar ile dikkati kolayca dağılır (ör: daha büyük ergenler ve yetişkinler için alakasız düşünceleri içerebilir)
- i. Çoğu kez günlük etkinliklerde unutkanır (ör: sıradan günlük işlerde; daha büyük ergen ve yetişkinlerde, telefon aramalarına geri dönmek, hesap ödemek, randevulara uymak).

2. Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal, okula/işle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyen, en az altı aydır devam eden aşağıdaki belirtilerden en az altısının olması: **Not:** Belirtiler, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın yalnızca bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında veya daha büyük olanlarda) en az beş belirtinin olması gerekir.

- a. Çoğu kez, oturduğu yerde kıpırdanır ya da ellerini ve ayaklarını vurur
- b. Çoğu kez, yerinde oturması beklenen durumlarda oturduğu yerden kalkar (ör: sınıfta, iş yerinde, oturması beklenen diğer durumlarda)
- c. Çoğu kez, uygun olmayan durumlarda ortalıkta koşturur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Ergenlerde ya da yetişkinlerde huzursuzluk hissi ile sınırlı olabilir).
- d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e. Çoğu zaman hareket halindedir, “motor takılmış gibi” davranır (ör: uzun bir süre boyunca restoranlarda, toplantılarda hareketsiz kalamaz veya rahatsızlık duyar; başkaları tarafından rahatsız veya izlenmesi güç olan kişiler olarak görülebilirler).

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan sorular tamamlanmadan cevabı yapıştırır (ör: insanların cümlesini tamamlar, konuşurken sırasını bekleyemez).

h. Çoğu kez sırasını beklemekte zorlanır (ör: kuyrukta beklerken)

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (ör: konuşmalarda, oyunda veya etkinliklerde araya girer, izin almadan başkalarının eşyalarını kullanır).

B. Birkaç dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi on iki yaşından önce vardır.

C. Birkaç dikkatsizlik veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki veya daha çok ortamda mevcuttur.

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da kalitesini düşürdüğüne dair açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni veya başka bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (ör: duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, disosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu, madde intoksikasyonu veya yoksunluğu)

Olup olmadığını belirtiniz.

Bileşik görünüm: Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 tanı ölçütü karşılanmıştır.

Dikkatsizlik baskın görünüm: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın görünüm: Son 6 ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Kısmi remisyon: Daha önceden tüm tanı ölçütlerinin karşılanmış olmasına rağmen son altı ay boyunca bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler hala toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Hafif: Tanı koymak için gereken kriterlerden biraz fazlasını karşılamakla birlikte bu semptomlar toplumsal veya işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır.

Orta: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma hafif ile ağır arasındadır.

Ağır: Tanı koymak için gereken kriterlerin çoğunu karşılamakla birlikte bu belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği belirgin şekilde bozmaktadır

2.1.6. Ayırıcı Tanı ve Eş Hastalanım

Yazında DEHB ile ilgili yapılmış olan birçok araştırmada DEHB tanısı almış bireylerin %75'inde ek bir psikiyatrik hastalık bulunmakta olduğu, yaklaşık %60'ında ise birden fazla psikiyatrik hastalığın eşlik etmekte olduğu belirtilmektedir (66,67). Alanyazın ışığında eştanılar incelendiğinde DEHB'ye en sık olarak karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (%40,6), major depresif bozukluk (%21,6), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (%15,2) ve herhangi bir anksiyete bozukluğu (%32,2) eşlik etmekte olduğu gözlenmektedir (68). Özellikle okul öncesi dönemdeki aşırı hareketliliğin ve kısa dikkat süresinin DEHB'in bir belirtisi mi yoksa çocuğun

içinde bulunduğu bilişsel gelişim döneminin normal bir özelliği mi olup olmadığının ayırt edilmesi önemlidir. Eğer mevcut şikayetler sebat ediyor ve işlevsellikte bozulmaya yol açıyorsa DEHB'in bir belirtisi olduğu yönünde değerlendirilmektedir (18).

Yazında öğrenme bozukluklarıyla DEHB birlikteliği sık olmakla birlikte, özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) belirtileri kendisini özellikle akademik başarısızlıkla gösterirken DEHB'in daha geniş bir belirti kümesine sahip olduğu belirtilmektedir (69). Bunun yanında depresyon ve anksiyete bozukluklarında da dikkat süresinde kısılma, iritabilite ve konsantrasyon sorunları olabilmektedir. Depresyonda depresif duygudurum, anhedoni gibi belirtiler ayırıcı tanıda öne çıkarken anksiyete bozukluklarının ayırıcı tanısında ise anksiyete bozukluklarıyla ilgili bilişsel özellikler öne çıkmaktadır (70). Ayırıcı tanıda psikiyatrik bozuklukların yanında tıbbi durumlar göz ardı edilmemelidir. Örneğin absans nöbetler dalgınlık ve dikkatsizlikle karışabileceği gibi hipertiroidi de huzursuzluk ve hiperaktivite gibi belirtileriyle DEHB tanısı ile karışabilmektedir (18).

2.1.7. Gidiş

Yazında DEHB'in süregelen gidişli bir sorun olduğu ve DEHB tanısı alan çocukların %80'inin ergenlik döneminde, %30-60'nın ise erişkinlik döneminde DEHB belirtilerini taşımaya devam ettiği, çocukluk döneminde hareketlilik ve dikkatsizlik belirtileri daha ön plandayken ergenlik döneminde özellikle akademik sorunların ve organizasyon sorunlarının daha ön planda olduğu belirtilmektedir (71). Ergenlerde DEHB belirtileri ile ilgili yapılan bir çalışmada ergen DEHB tanılı örneklemde sağlıklı gelişim gösteren gruba göre suça karışma, davranım sorunları ve alkol madde kullanımı gibi sorunların daha fazla olduğu saptanmıştır (72). Yetişkin döneminde DEHB tanısının devam etmesinde çocukluk çağındaki belirti şiddeti, eşlik eden bozukluk sayısı, davranım bozukluğu eş tanısı, düşük zeka düzeyi, ailesel ve çevresel özelliklerin rolü olduğu bildirilmektedir (73). Yazında özellikle DEHB tanısına eşlik eden karşıt olma karşı gelme bozukluğunun DEHB tanısının yetişkinlikte devamı açısından daha yordayıcı olduğu öne sürülmektedir (74).

2.1.8. Tedavi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde ilaç tedavisi ve davranışsal müdahaleler kullanılmaktadır. Yazında ilaç ve davranışsal müdahale seçeneğinin birlikte kullanılması en etkin tedavi şekli olarak belirtilmektedir (75). İlaç tedavisi stimülan ve stimülan dışı ajanlar olmak üzere iki kategoride toplanmaktadır ve en sık kullanılan ilaç grubu psikostimülan ilaçlardır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından DEHB tedavisi için onaylanan ilaçlar: Metilfenidat, deksmetilfenidat, amfetaminler, atomoksetin, klonidin ve guanfasindir (76). Ülkemizde DEHB tedavisi için stimülanlar arasında sadece metilfenidatın onayı bulunmaktadır. Greenhill ve arkadaşlarının DEHB tanılı hastalarda yaptığı çift kör randomize kontrollü çalışma incelendiğinde hastaların %65-75'nin psikostimülanlara cevap verdiği saptanmıştır (77).

Yazında DEHB tedavisinde kullanılan stimülan dışı ilaçların en başında atomoksetinin geldiği belirtilmektedir. Presinaptik noradrenalin taşıyıcısını inhibe edip noradrenalin geri alımını azaltarak etki eden atomoksetinin stritaum ve nükleus akumbensteki dopamin seviyesini değiştirmediği için bağımlılık potansiyelinin bulunmadığı ileri sürülmektedir (78). Ayrıca DEHB tanısına eşlik eden tik, anksiyete bozukluğu, madde kötüye kullanımı gibi eşlik eden bozukluğun olduğu durumlarda ve stimülanlarla ortaya çıkabilen duygusal labilite durumunda atomoksetini ilk tercih olarak öneren yayınlar bulunmaktadır (79). İlaç tedavisinde diğer seçenekler arasında alfa 2 agonistler (klonidin, guanfasin), bupropion, modafinil ve venlafaksin bulunmaktadır (80).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde kılavuzların önerdiği psikososyal müdahaleler; aile eğitimleri, tutum yönetimleri, okul odaklı görüşmeleri ve bilişsel davranışçı teknikleri içermektedir. Ancak yazında DEHB belirtileri üzerine davranışsal müdahalelerin etki boyutunun medikal tedaviden daha düşük olduğu belirtilmektedir (81). Davranışsal müdahalelerin hedefi çocuğun ve ailenin çocuktaki DEHB belirtileriyle baş etme becerilerini artırmaktır. Bunun yanında yapılmış bir meta analizde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) bireylerde sosyal becerileri artırdığı gösterilmiştir (82).

2.2. Yavaş Bilişsel Tempo

2.2.1. Tanım

Yavaş bilişsel tempo (YBT) yavaş hareket etme, durgunluk, uyuşukluk, şaşkınlık, kendi düşüncelerinde kaybolma ve zihin bulanıklığı gibi özelliklerle karakterize bir belirti kümesidir (83). Yazında henüz bir tanı grubunda yer almayan YBT için kullanılan herhangi bir tanı ölçütü belirlenmemiştir (8). Her ne kadar bir tanı ölçütü belirlenmemiş olsa da Barkley çalışmasında YBT tanısı için en önemli belirtileri aşağıdaki gibi tariflemiştir (84):

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

Yukarıda bahse konu belirtileri ile ilgili yapılan analizler sonucunda son 2 belirtinin (Görev tamamlamada yavaşlık ve düşük girişimcilik, çaba göstermeme) çocuk ve ergenlerde DEHB ile de ilişkisi olabileceği ifade edilmiş ve YBT tanı ve ayırıcı tanısında kullanılmaması önerilmiştir. Geri kalan 12 belirtinin YBT'ye özgü olduğu vurgulanmış ve ölçeğinin son sürümünde bu maddeleri kullanılmıştır (84,85). Daha sonra Becker tarafından 2016 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında YBT'nin tanımlanmasında kullanılabilecek 13 belirti dizisi

tariflenmiş ve yapılan faktör analizlerinde bu belirtilerin YBT tanısı için güçlü sonuç verdiği ileri sürülmüştür (7).

Alanyazın incelendiğinde YBT ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda YBT'nin DEHB dikkat eksikliği baskın görünümünün bir alt tipi olduğu görüşünün yaygın olduğu görülmektedir. Bu nedenle yapılan çalışmaların büyük bir bölümü DEHB-YBT ilişkisini ve YBT'nin DEHB'in bir alt tipi olup olmadığını araştırmıştır (7). Çalışmalar incelendiğinde YBT'nin sersemlik/letarjik olma ve hayallere dalıp gitme/uykulu görünüm olmak üzere iki farklı alt boyuttan oluştuğu, bu iki boyutun da DEHB dikkat eksikliği baskın tipten farklı olduğu ifade edilmiştir (84,86). Ayrıca yazında YBT'nin hayallere dalıp gitme alt boyutunun bilişsel belirtileri temsil ettiği, yavaşlık/hareketsizlik belirtilerinin ise motor boyutu temsil ettiği belirtilmektedir (87).

Yavaş bilişsel temponun içe yönelim bozukluklarıyla birlikte görülebilmesi ve mevcut olan ilişkisi nedeniyle depresyon, anksiyete gibi içe yönelim bozukluklarına dahil olup olmadığını araştıran çalışmalar da mevcuttur. Smith ve arkadaşlarının 2019 yılında yayınladıkları bir çalışmada YBT'nin depresyon, anksiyete ve gündüz uykululuğundan farklı yapıda bir belirti kümesi olabileceği vurgulanmıştır (88). Dikkatsizlik belirtileri mevcut olan bir çocukta hiperaktivite belirtilerinin olmaması, bunun yerine yavaşlık, kafa karışıklığı, içe çekilme gibi belirtilerin olması YBT tanısını düşündürmelidir (85). Barkley ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Barkley Çocuk Dikkat Anketi'nde (BÇDA) mevcut 12 belirtiden üç veya daha fazla sorunun ebeveyn tarafından "sık sık" veya "çok sık" olarak işaretlenmesinin ve bu belirtilerin en az bir önemli alanda işlevselliği bozmasının YBT tanısı açısından anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu ölçütleri karşılayan çocukların ise YBT belirtileri açısından 93 persantilin üzerinde yer aldığı gösterilmiştir (84).

2.2.2. Yavaş Bilişsel Tempo-Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

Alanyazın incelendiğinde DEHB ile YBT'nin birbiriyle ilişkili fakat birbirinden bağımsız iki bozukluk olduğu fikrinin hakim olduğu görülmektedir (85). Bununla birlikte DEHB-YBT ilişkisi depresyon ve anksiyete bozuklukları arasında olan, birbirinin alt tipi olmayan fakat birbiriyle sık bir arada görülen iki bozukluk arasındaki ilişkiye benzer olduğu belirtilmektedir.

Barkley'in yaptığı bir çalışmada YBT tanısını karşılayan çocukların %59'unda DEHB tanısının olduğu, iki tanı arasındaki bu örtüşmenin DEHB dikkatsizlik baskın görünümde daha fazla olduğu saptanmıştır (84). Alanyazındaki birçok çalışma DEHB ile YBT arasındaki ilişkinin dikkatsizlik belirtilerinden kaynaklandığını, hiperaktivite-dürtüsellik baskın görünümü ile YBT arasında bir ilişkinin olmadığını doğrulamaktadır (89,90). Bunun yanında YBT ile hiperaktivite belirtileri arasında negatif ilişkinin olduğu ifade edilmektedir (91). Yazında, YBT belirtilerinin kendi içerisindeki korelasyonunun, DEHB belirtileri ile korelasyonundan daha fazla olduğu (91) ve YBT'nin DEHB'in bir alt tipi veya görünümü değil bağımsız bir belirti kümesi olduğu belirtilmektedir (92,93).

2.2.3. Etiyoloji

Yavaş bilişsel tempo etiyolojisi henüz tam olarak bilinmemektedir. Alanyazın incelendiğinde buna ilişkin yapılan çalışmaların çok az olduğu görülmektedir. Genetik faktörler ile YBT belirtilerini araştıran bir ikiz çalışmasında YBT'nin genetik arka planının %50 sinin DEHB ile ortak olduğu lakin genetik geçişin DEHB'e göre daha az olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada hastalık patogenezinde çevresel faktörlerin genetikten daha etkili olduğu saptanmıştır (94). Çevresel etkenlerle YBT belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada prenatal alkol maruziyeti olan bebeklerde YBT gelişimi riskinin arttığı gösterilmiştir (95). Bu alanda yapılmış başka bir araştırmada lösemili çocukların tedavisinde kullanılan ajanların YBT ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (96). Bir başka çalışmada ise gebeliği sırasında sigara içen annelerin çocuklarında YBT belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (97). Yazında akut lenfoblastik lösemi tanısı olan çocukların sağlıklı çocuklara göre daha fazla YBT belirtileri gösterdiği ve bu belirtilerin düşük zeka seviyesi ve düşük akademik seviye ile ilişkili olduğu, aynı zamanda lösemi tanısıyla tedavi olan çocuklarda kullanılan ajanların YBT gelişimi riski ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (96).

Sosyodemografik özellikler ile YBT ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde ailelerdeki düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyinin çocuktaki YBT belirtileriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (84).

Alanyazında YBT etiyolojisi ile ilgili yapılmış nörogörüntüleme çalışmaları yok denecek kadar azdır. Yapısal ve fonksiyonel MRI bulgularının değerlendirildiği YBT belirtileri olan çocuklarla yapılan bir çalışmada YBT belirtileri daha fazla olan çocukların sağ hemisferlerinde baskın olmak üzere presantral sulkusun önündeki dorsal frontal bölgede hacim artışı bulunmuştur (98). Bununla birlikte aynı çalışmada YBT belirtileri ile beyaz cevher yapısı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Başka bir çalışmada YBT belirtilerinin kortikal bölgelerdeki değişikliklerle ilgili olduğu, DEHB belirtilerinin ise frontal bölge ile bazal gangliyon arasındaki devrelerin subkortikal yapılarındaki yapısal değişikliklerle ilgili olduğu saptanmıştır (98).

2.2.4. Eş Hastalanım

Yazında YBT'nin, hastalığa özgü belirtiler yanında sosyal zorluklar, nörokognitif problemler, akademik becerilerde eksiklikler ve bazı psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (7). Ayrıca YBT belirtileri gösteren bireylerin sosyal içe çekilme belirtileri gösterdikleri, sosyal ilişkilerinde zorlandıkları ifade edilmektedir (99). Mikami ve arkadaşları YBT ile sosyal beceriler arasındaki ilişkiyi DEHB ile karşılaştırılmış ve anlamlı fark saptamıştır (100,101). Erken çocukluk dönemindeki YBT ve DEHB dikkatsizlik belirtilerinin ergenlerdeki sonuçlarının incelendiği, on yıllık bir takip çalışmasında yalnızca YBT belirtilerinin içe dönüklük, anksiyete ve depresyon için öngörücü olduğu, DEHB'deki dikkatsizlikten bağımsız olarak daha az dışa yönelim davranışlarını yordadığı, hem YBT hem dikkatsizliğin birbirinden bağımsız olarak sosyal zorluklara yol açtığı bildirilmiştir (102). Barkley'in çalışmasında DEHB ve YBT'nin birlikte görülmesi birçok bozukluğun gelişimi açısından yalnız görülmelerine göre daha riskli bulunmuş, birlikte görüldüklerinde olumsuz etkilerinin güçlendiği ifade edilmiştir (84). İçe yönelim bozukluklarıyla YBT ilişkisini araştıran bir başka çalışmada, DEHB+YBT, sadece YBT ve sadece DEHB olan çocuklar çalışmaya alınmış ve başta depresyon ve anksiyete olmak üzere içe yönelim bozukluklarının en sık DEHB+YBT grubunda sonrasında da sırayla sadece YBT ve sadece DEHB grubunda olduğu bildirilmiştir (92). Yakın zamanda yayımlanmış bir çalışmada YBT'nin eşlik eden depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak intihar davranışıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (103). Yazında dışa yönelim belirtileri ile YBT arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda YBT'nin davranım bozukluğu, karşıt olma karşı

gelme bozukluğu (KOKGB), madde kötüye kullanım bozuklukları gibi dışa yönelim bozuklukları ile ilişkisi DEHB’den farklı olarak negatif ilişkili veya ilişkisiz olarak saptandığı belirtilmektedir (104). Otizm ile YBT ilişkisini araştıran çalışmalarda OSB’lilerde YBT belirtiliştir arttıkça sosyal yetersizlikler ve ie yönelim bozuklukları görölme oranları arttığı fakat OSB’lilerdeki YBT belirti şiddetinin dışa yönelim belirtileri, akademik fonksiyonlar ve işlemeleme hızına etkisiz olduğı belirtilmektedir (105).

2.3. Bağılanma

2.3.1. Bağılanma Kuramı

Bağılanma anne, baba ya da birincil bakım verene karşı gelişen; bağlanılan kişinin varlığını duyumsama ve bu duyumsamayla gelişen rahatlama duygusunu içeren güçlü bir bağ olarak nitelendirilmektedir. Bu bağ aynı zamanda bebekte güven duygusunu geliştirmektedir. (106). Bowlby, bebeğın bakım veren ile kurduğu duygusal ilişkinin biyolojik temelleri olduğunu vurgulamış ve bebeklerin bağlanılan kişiden kaynaklı duygusal rahatlama sağlamaya çalıştığını ileri sürmüştür (107). Bowlby’ye göre bebek beslenme gereksiniminden bağımsız olarak bir bakım verenin varlığına ihtiyaç duymaktadır. Bowlby bebeğın bakım vereni (çoğı durumda annesi) ile duyduğu gereksinim etrafında kurduğu ilişkinin niteliğı doğrultusunda bağlanmanın güvenli veya güvensiz şeklinde iki alt gruba ayrıldığını belirtmiştir (108). Bebek çevreyi keşfederken bakım veren tarafından sağlanan bir “güvenli üs” varlığına ihtiyaç duymaktadır. Böylece stres anında ulaşabileceğı bakım veren, bebeğı rahat bir keşif imkanı sağlamaktadır. Çevreye karşı olan merak ve keşfetme arzusunu her zaman ulaşılabilir bir bakım veren ile geçiren bebekte duyu düzenleme, özgüven ve problem çözme becerileri gelişmektedir (109). Kazanılan bu beceriler çocuğın sosyal çevre uyumunu artırmaktadır ve bu kazanımlar yaşam boyu uyum süreci mekanizmalarında görev almaktadır. Eğer birincil bakım veren çocuğın ihtiyaçlarına karşı duyarsız ve tutarsız olursa, çocuk bakım verenle iletişim kurma ve ayrılık karşısında kaygı duymaya yatkın hale gelmektedir. Bu nedenle güvensiz bağlanma sosyal duygusal gelişimi bozmakta ve yaşam boyu problem çözme becerilerini negatif etkilemektedir (12).

Ainsworth ve arkadaşları Bowlby'nin geliştirdiği bağlanma kuramını deneylerle geliştirmiştir. Ainsworth'un geliştirdiği yabancı durum testi ile çocuğun bağlanma biçiminin belirlenebildiğini gösterilmiştir. Deney sırasında çocuk farklı ortamlarda gözlenerek bu durumlara verdiği tepkiler incelenmekte ve bu bilgilerle bağlanma biçimi belirlenmektedir. Bu deneydeki olaylara verdikleri tepkilere dayanarak çocuklar güvenli bağlanan, kaygılı-kararsız bağlanan, kaçınan bağlanan olarak üç farklı sınıfa ayrılmaktadırlar (110). Alanyazında bu alanda yapılmış çalışmalarda bazı çocuklardaki bağlanma örüntülerinin bu sınıflamalardan hiçbirine uymadığı belirtilmektedir. Bundan dolayı Main ve Solomon tarafından dağınık (dezorganize) bağlanma olarak adlandırılan yeni bir bağlanma örüntüsü tanımlanmıştır (111). Bağlanma ve psikopatoloji ile ilgili çalışmalarda kaygılı bağlanmanın anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla, kaçınan bağlanmanın davranış bozukluğu ve diğer dışa vuran bozukluklarla, dezorganize bağlanmanın ise dissosiyatif bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmektedir (112).

2.3.2. Bağlanmanın Gelişimi

Anne ile bebek arasındaki bağlanmanın ilk tohumları doğum öncesinde oluşmaktadır. Annenin doğum öncesi gebelik döneminde bedeninde meydana gelen fiziksel değişimleri benimsemesi ve olumlu duyguları bebeğe aktarabilmesi ile bağlanmanın temelleri atılmaktadır. Bebeğin doğum sonrası 8-12 haftadan sonra çevresindekilerle ilgili farkındalığının oluşmaya başlaması ile ilk belirtiler gözlenmekte, 6 ile 24 aylar arasında anneye yakın olma isteği belirlemek ve annenin yokluğunda huzursuzluk gerginlik şeklinde belirtiler gözlenmeye başlamaktadır (112). Bowlby'e göre erken çocukluk döneminde bağlanma figürü olan anne ve babaların çocuğa karşı tekrarlayan davranış örüntülerinin çocuğun zihinsel şemalarının gelişimine katkı sağlamaktadır (113).

2.4. Mizaç ve Karakter

2.4.1. Tanım

Cloninger mizaç ile karakterin birbirinden farklı kavramlar olduğunu; mizacın bireyin duyuşal uyarılara karşı doğuştan gelen kişisel farklılıkları sebebiyle ne şekilde tepki vereceğini belirleyen bir yapı olduğunu, karakterin ise bireyin nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen deneyimlerinden oluştuğunu ifade etmektedir (14,114).

2.4.2. Mizaç

Yazında mizacın bireyin gelişim dönemleri boyunca değişmediği, kalıcı olduğu belirtilmektedir (115). Cloninger, mizacın kalıtılabilir olduğunu, erken gelişim döneminde ortaya çıktığını ve yaşam boyu sebat ettiğini belirtmiş, bu nedenle mizacın kişiliğin biyolojik yönü olduğunu ifade etmiştir (114). Cloninger'e göre yenilik arayışı, ödöl bağımlılığı, zarardan kaçınma ve sebatkarlık olmak üzere dört temel mizaç boyutu ve kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç temel karakter boyutu bulunmaktadır (114).

Mizaç üzerine yapılmış çalışmalarda insan davranışları ile nörotransmitterler arasında bir ilişki olduğunu belirtilmektedir. Yazında mizaç alt boyutlarından olan sebatkarlığın glutamaterjik aktivite, zarardan kaçınma boyutunun yüksek seratonerjik, yenilik arayışının düşük dopaminerjik, ödöl bağımlılığının ise düşük nöroadrenerjik aktivite ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (116,114). Yazında mizacın genetik faktörlerden etkilendiği ve %40-60 oranda kalıtılabilir olduğu fakat tek bir genetik faktöre bağılı olmadığı belirtilmektedir (117).

2.4.2.1. Yenilik Arayışı

Yenilik arayışı dürtüsellik, keşfetme ve araştırmaya yönelik aktivitelerde bulunma, ödöl alma ihtimaline karşı aşırı davranışlar ve engel ile karşılaşılınca kaçınan davranışlar sergileme ile ilişkilidir. Yeni durumlara çabuk alışabilen bu bireyler engellenme karşısında aşırı öfke tepkileri gösterebilirler. Cloninger'in Mizaç-Karakter ölçeği "yenilik arayışı" mizaç alt

boyutundan yüksek puan alan bireyler düşünmeden hareket eden, meraklı, hevesli, heyecanlı, çabuk sinirlenen, karar vermekte zorluk çeken ve hızlı fikir değiştiren kişilerdir. Dikkatleri dağınıktır ve çabuk sıkılırlar. Yenilik arayışı mizaç alt boyutundan düşük puan alan kişiler ise uzun karar aşamaları olan, ilgisiz, isteksiz, çekingen ve yeniliklere karşı ilgi duymayan, değişime karşı dirençli olan bireyler olarak ifade edilmektedir (14).

2.4.2.2. Zarardan Kaçınma

Zarardan kaçınma, korkulu, kötümser, utangaç ve çabuk yorulan bireylerin özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Diğer insanlara göre daha kaygılı ve normal durumlarda dahi daha dikkatlidirler. Zarardan kaçınma mizaç alt boyutundan yüksek puan alan bireyler kaygılı, gergin ve güvensiz bir örüntü sergilemektedirler. Bu kişiler eleştirilmeye karşı hassastırlar ve tehlike beklentileri daha yüksek olarak tariflenmektedir (14). Cloninger'in Mizaç-Karakter ölçeği “zarardan kaçınma” mizaç alt boyutundan düşük puan alan bireylerise özgüvenleri yüksek tehlike durumunda dahi kaygısız ve rahat olmaya meyilli kişiler olarak ifade edilmektedir (118).

2.4.2.3. Ödül Bağımlılığı

Ödül bağımlılığı bireyin diğer kişilerin onayına bağımlılık göstermesi eğilimi olarak nitelenmektedir. Cloninger'in Mizaç-Karakter ölçeği “ödül bağımlılığı” alt boyutundan yüksek puan alan bireyler yardım etmekten hoşlanan, merhametli ve aşırı duygusal kişiler olarak tarilenmektedir. Cloninger'in Mizaç-Karakter ölçeği “ödül Bağımlılığı” mizaç alt boyutundan düşük puan alan bireylerise, kayıtsız, bağımsız ve sosyal mükâfatlara duyarsız olarak nitelendirilmektedir (14,118).

2.4.2.4. Sebat Etme

Sebat etme mizaç alt boyutu Cloninger'in modelinde daha öncesinde ödül bağımlılığı içerisinde yer almasına rağmen daha sonra ayrı bir boyut olarak yer almıştır. Cloninger'in Mizaç-Karakter ölçeği "sebat etme" alt boyutundan yüksek puan alan bireyler herhangi bir ödül beklentisi olmaksızın davranışlarını sürdürebilirler. Bu bireyler engellenme durumlarında dahi kararlı ve devamlı olma eğilimindedirler (114).

2.4.3. Karakter

Karakter kişinin bulunduğu kültürden ve yaşantılardan etkilenen, yetişkin dönemde olgunlaşan bir yapıdır. Karakter, kişinin savunma mekanizmalarına, mizacına ve çevresel etmenlere bağlı olarak gelişmektedir. Cloninger karakteri üç alt boyutta incelemiştir (114):

1. Kendini yönetme
2. İş birliği yapma
3. Kendini aşma

2.4.3.1. Kendini Yönetme

Kendini yönetme kişinin bağımsız karar alabilmesi ve bu kararların sonuçlarının sorumluluğunu kabul etmeyi içerir. Kendini yönetme özellikleri yüksek olan kişiler kendisine yetebilen özgüvenli kişilerdir. Bu kişiler kendi hedeflerine uyan davranışlar sergilerler (114,118).

2.4.3.2. İş birliği Yapma

İş birliği yapma diğer bireylerin kişisel farklılıklarını kabullenme ile ifade edilmektedir. İş birliği yapma özellikleri yüksek olan başkalarının duygularını kavrayabilen şefkatli ve toleranslı adil kişilerdir. Diğer insanlarla iş birliğine açık ve diğer insanların tercihlerine saygılıdırlar. Başkalarının gereksinimlerine ve tercihlerine saygılıdırlar (114).

2.4.3.3. Kendini Aşma

Kendini aşma her şeyin bu bütün ile parça-bütün ilişkisi içerisinde olduğu birleştirici bilinç durumunu da içerisinde barındırır. Kendisini evrenle bir bütün içinde algılayan birey diğer yapılarla da ilişkisinin farkındadır. Kendini aşma özellikleri yüksek olan başarı veya başarısızlığı kabullenen, hoşgörülü sabırlı kişilerdir (114,118).

2.4.4. Mizaç ve Psikopatoloji

Yazında mizaç ve psikopatoloji üzerine yapılmış çeşitli çalışmalar olduğu gözlenmektedir. Anksiyete bozuklukları ve Cloninger'in mizaç boyutları arasındaki ilişkinin incelendiği 2014 yılında yapılmış bir meta-analiz çalışmasında “zarardan kaçınma” boyutu ile sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) arasında kesin ve net bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada “zarardan kaçınma” alt boyutu ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve panik bozukluk (PB) arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. “Yenilik arayışı” ile SAB ve OKB arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. “Ödül bağımlılığı” ise PB ile pozitif ilişkili olarak gösterilmiştir. Bu çalışmada, “sebat etme” boyutu herhangi bir anksiyete bozukluğuyla ilişkili bulunmamıştır (119). Başka bir meta-analiz çalışmasında ise “dışa dönüklük” tüm anksiyete bozuklukları ile negatif yönde ilişkili saptanmıştır (120). Yazında çocuk ergenlerde yapılmış mizaç çalışmalarında yüksek “yenilik arayışı” özelliklerinin dışa yönelim sorunları ve erken başlangıçlı antisosyal davranışlar ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (121,122). Diğer çalışmalar incelendiğinde ise düşük “sebat etme” düzeyleri yıkıcı davranışlar ve dikkat problemleri ile ilişkili bulunmuştur (123). Bunun yanında “zarardan kaçınma” özellikleri yüksek olan çocuklarda yetişkinlerde yapılmış çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde içe yönelim sorunları olduğu ifade edilmektedir (124).

3. AMAÇ VE HİPOTEZLER

3.1. Çalışmanın Amacı

Yazın incelendiğinde, şimdiye kadar DEHB tanılı çocuklarda YBT ile bağlanma ve mizaç arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bizim çalışmamızdaki ana amacımız DEHB tanısı olan çocukların yavaş bilişsel tempo belirtilerinin yaşamın erken döneminde kazanılan ve etkileri uzun dönemde de devam eden bağlanma ve biyolojik yönü olan mizaç özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesidir. Çalışmadaki ikincil amacımız ise farklı mizaç ve bağlanma türlerinin YBT belirtileri ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

3.2. Çalışmanın Hipotezleri

- 1.Yavaş Bilişsel Tempo'nun eşlik ettiği DEHB grubunda sebat etme mizaç özelliği daha düşük olacaktır,
- 2.Yavaş Bilişsel Tempo'nun eşlik etmediği DEHB grubunda sebat etme mizaç özelliği daha fazla olacaktır,
- 3.Yavaş Bilişsel Tempo'nun eşlik ettiği DEHB grubunda güvenli bağlanma özellikleri daha düşük olacaktır,
- 4.Yavaş Bilişsel Tempo'nun eşlik etmediği DEHB grubunda güvenli bağlanma özellikleri daha fazla olacaktır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Örneklem

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne 01 Ekim 2020 – 30 Eyl 2021 tarihleri arasında başvuran 9-12 yaş arasındaki çocuk ve ergenler DSM-5 tanı kriterlerine göre ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) tanı koyma görüşme çizelgesine göre değerlendirilmiş ve DEHB tanısı alan, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan YBT'nin eşlik ettiği 32 DEHB olgusu ve YBT'nin eşlik etmediği 50 DEHB olgusu çalışmaya alınmıştır. 2 maddeden oluşan ve 4'lü likert yapıdaki Barkley Çocuk Dikkat Anketi ölçeğine göre, ev yaşamı, arkadaş ilişkileri, okul ve boş zaman etkinlikleri alanlarından en az ikisinde işlevsellikte bozulmaya neden olan en az 3 maddeden 3 veya 4 puan alan ve klinik görüşme ile YBT tanısına uygun olduğu düşünülen olgulara YBT tanısı konulmuştur. Çalışmaya katılmak için onam formunu dolduran 2 katılımcı daha sonrasında çalışmaya katılmak istemediğini belirttiği için çalışma örnekleminde çıkarılmıştır.

4.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

-Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- Olgunun 9-12 yaş arasında olması
- Nörolojik hastalığının olmaması
- Olguların ve ebeveynlerinin psikiyatrik değerlendirmeyi kabul etmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu (BGOF) imzalamış olmaları

-Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu dışında herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsünün olmaması

-Olgunun zihinsel yetersizliğinin olmaması

-Olgunun ebeveynlerinin çalışmada kullanılacak olan ölçekleri okuyup anlayabilecek ve doldurabilecek sosyokültürel ve zihinsel gelişim düzeyinde olması

-Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

-Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu dışında herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsünün olması

-Nörolojik hastalık öyküsünün olması

-Olgunun veya ebeveynlerinin zihinsel yetersizliğinin olması

-Bilişsel fonksiyonu bozacak bir tıbbi hastalığının olması

-Yaşamı boyunca psikotrop ilaç kullanım öyküsünün olması

-Olgunun ebeveynlerinin çalışmada kullanılacak olan ölçekleri okuyup anlayabilecek ve doldurabilecek sosyokültürel ve zihinsel gelişim düzeyinde olmaması

4.2. Veri Toplama Araçları

4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form ebeveynlerden ve çocuklardan alınan bilgilere göre yine araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Form sosyodemografik (çocuğun adı soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, yaşadığı yer, beraber yaşadığı kişiler, anne-babanın medeni durumu,

yaşları, eğitim durumları, gebelik ve doğum bilgileri, gelişim özellikleri) ve klinik bilgileri içermektedir. (EK-1)

4.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY)

Çocuk ve ergenlerin DSM – III – R ve DSM – IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. ‘Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi’ 200 kadar özgül belirti ve davranış değerlendirmektedir. Görüşme içerisinde her bir belirtiyi değerlendirmek için belirti tarayıcı sorular ve sonrasında değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi sonrası belirtiler saptanırsa tanıyı doğrulamak için beş tanı alanında ek sorular ile puanlama yapılmaktadır. Bu alanlar: Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer Bozukluklar. Her bir ek belirti listesi, bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır bulgularını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu tanı ölçütleri bu bölümlerde sorgulanmaktadır. Türkçe çeviri ve geri çevirisi ile birlikte güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Görüşme formunun Türkçe çeviri ve geri çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (125). (EK-2)

4.2.3. Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö)

Turgay tarafından geliştirilmiş ve Ercan ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış yıkıcı davranış bozukluklarını tarayan bir ölçektir (126). Ölçekte yer alan toplam 41 sorudan eşik puanı geçmek için 9 dikkat eksikliğini sorgulayan maddenin en az 6’sının, 9 aşırı hiperaktivite/dürtüsellliği sorgulayan maddenin en az 6’sının, 8 karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan maddenin en az 4’ünün, 15 davranım bozukluğunu sorgulayan

maddenin en az 2'sinin 2 ya da 3 olarak puanlanması gerekmektedir. Bileşik tip DEHB için dikkat eksikliği ve hiperaktiviteyi sorgulayan maddelerden 12 tanesini 2 ya da 3 olarak puanlanması gerekmektedir. Her bir maddenin şiddeti dörtlü Likert tipi puanlama ile ölçülmektedir. (EK-3)

4.2.4. Barkley Çocuk Dikkat Anketi

Russell Barkley tarafından yavaş bilişsel tempo (YBT) belirtilerini ölçmesi amacıyla 2013 yılında geliştirilen bu ölçek 12 maddeden ve 2 alt ölçekten oluşmaktadır. 4'lü likert tipi sorulardan oluşan ankette puanlama şu şekildedir: 1: asla ya da nadiren, 2: bazen, 3: sık sık, 4: çok sık. Yavaş bilişsel temponun yavaşlık alt ölçeğini 7 madde ölçmektedir. Bunlar, azalmış hareket, letarji ve davranışlarda yavaşlamadır. Hayale dalıp gitme alt ölçeği ise hayale dalıp gitme, aklı başka yerde gibi görünme ve zihin bulanıklığı gibi 5 maddeyi içermektedir. Ebeveyn veya öğretmen tarafından doldurulabilen bu ölçekte herhangi bir maddeden üç puan ve üzerinde alınması o madde için anlamlı kabul edilmektedir. Ek olarak, Barkley'nin çalışmasında 12 YBT belirtisinin üç veya daha fazlasından üç veya üzeri puan alınması YBT tanısı için anlamlı kabul edilmiştir (84). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Fırat ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (127). (EK-4)

4.2.5. Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği

Kerns ve arkadaşlarının (1996) Güvenli Bağlanma Ölçeği'nin 15 maddesi üzerinde anne ve baba formları için ayrı ayrı ana bileşenler (faktör) analizi yapılmıştır (128). Varimax rotasyon kullanılarak anneye bağlanma maddeleri üzerinde yapılan analizde önce özdeğeri 1'in üzerinde dört faktör elde edilmiştir. Ancak, ilk faktörün baskın olması, diğer faktörlerdeki madde ağırlıklarının az olması ve çoğu maddenin birinci faktörden yüksek düzeyde çapraz yük almaları ve "screeplot" testinin de tek faktörü işaret etmesi dikkate alınarak tek faktörlü çözüm sınanmıştır. Varyansın %34'ünü açıklayan tek faktörlü çözümün uygun olduğu ve 6. madde dışındaki bütün maddelerin bu faktörden 42'nin üzerinde yük aldıkları bulunmuştur. Babaya bağlanma maddeleri

üzerinde yapılan analizlerde de birinci serbest çözümün iki faktör ürettiği gözlenmiştir. Birinci faktör açıklanan varyansın %40'ını ikinci faktör ise %6'sını açıklamıştır. Anne formunda yapılan işleme benzer şekilde tek faktörü öneren ölçütler dikkate alınarak tek faktörlü çözüm denenmiş ve bütün maddelerin .41'in üzerinde yüklerle birinci faktörde toplandığı gözlenmiştir. Özetle, faktör analizi sonuçları hem anne hem de baba formu için KGBÖ'nün tek boyut üzerinden ebeveynlere güvenli bağlanma düzeyini ölçtüğüne işaret etmektedir. Anne ve baba formları için hesaplanan iç tutarlık katsayıları da tek boyutu destekler şekilde sırasıyla .84 ve .88 olarak bulunmuştur (129). (EK-5)

4.2.6. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri

Bu ölçek, Luby, Svrakic, McCallum, Przybeck ve Cloninger (1999) tarafından Cloninger'in kişilik modelini 8-13 yaş arası çocuklarda ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 125 maddeden oluşmaktadır ve çocuk tarafından doldurulan ölçek 5'li likert tipindedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği 2017 yılında Samet ve arkadaşları tarafından yapılmış olup 8-15 yaş arasındaki 1129 çocuk ve ergende yapılan çalışmada daha önce yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmada test-tekrar test güvenirliği yenilik arayışı için .60, zarardan kaçınma için .58, ödül bağımlılığı için .58, sebat etme için .64, kendini yönetme için .72 ve iş birliği yapma için .67 olarak bulunmuştur. Cronbach alpha ile ölçülen iç tutarlılık katsayısı ise yenilik arayışı için .60, zarardan kaçınma için .61, ödül bağımlılığı için .60, sebat etme için .66, kendini yönetme için .79 ve iş birliği yapma için .75 olarak belirtilmiştir (130). (EK-6)

4.3. Uygulama

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, DSM-5'e göre yapılan klinik görüşme ile DEHB ölçütlerini ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan toplam 80 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Çocuk ve ergenler ile ebeveynleri çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm çocuk ve ailelerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya alınan bütün çocuk ve ergenler ÇDŞG-ŞY-T tanı görüşme çizelgesi ile diğer psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veri

formu, çocuklar ve ebeveynleri ile yapılan yüz yüze görüşme ile klinisyen tarafından doldurulmuştur. Yüz yüze yapılan klinik değerlendirme sonrasında ebeveynlerden Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) anne-baba formu, Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA)'ni doldurmaları istenmiştir. Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanlarına göre YBT olan ve olmayan DEHB olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Değerlendirmeye alınan çocuk ve ergenlerden Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ve Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'ni öz bildirime dayalı olarak doldurmaları istenmiştir.

4.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki veriler SPSS 22 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım kriterleri; Kolmogrov-Smirnov testi, çarpıklık-basıklık değerleri ve histogram grafikleri ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki sosyodemografik ve klinik değişkenlerdeki farklılıkların incelenmesinde kategorik değişkenler için Pearson Ki-Kare testi, sayısal değişkenler için normal dağılım kriterleri göz önünde bulundurularak Student's T Testi veya Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde normal dağılıma uyan değişkenler için Pearson Korelasyon Testi, uymayanlar için Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır. Sonrasında, her iki grup arasında bağımsız değişkenlerin etkilerinin belirlenmesi amacıyla "enter" metodu ile çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin sayısal olan bağımlı değişkenler üzerindeki etkisinin belirlenmesi için "backward" metodu ile çoklu lineer regresyon analizleri kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizler için $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.5. Etik

Araştırma T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 01.10.2020 tarih ve 2020/189 protokol numarası ile onay almıştır (EK-7). Çalışmaya katılan bütün ocuk ve gençler ile ebeveynlerine Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak araştırma hakkında bilgi verilmiştir.



5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışmamıza 48 DEHB tanısı olan olgu ve 32 YBT'nin eşlik ettiği DEHB'li olgu olmak üzere toplam 80 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Kategorik değişkenler incelendiğinde (Tablo II), DEHB tanısı olan grupta çocuk ve ergenlerin %25'nin kız (n=12), %75'nin erkek olduğu (n=36), YBT'nin eşlik ettiği DEHB'li grubundakilerin ise %37,5'inin kız (n=12), %62,5'inin erkek (n=20) olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.232). DEHB ve YBT'nin eşlik ettiği DEHB grupları arasında yaşadığı yer, yaşadığı kişiler, ailesinin medeni durumu, ebeveynlerin eğitim düzeyleri, doğum şekli ve doğum zamanı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Her iki grup DEHB görünümüne göre incelenmiş DEHB grubunun %43,8'nün (n=21) bileşik, %39,6'sının (n=19) dikkatsizlik baskın görünüm %16,7'nin (n=8) ise hiperaktivite baskın görünüm; YBT'nin eşlik ettiği DEHB'li grubun %59,4'nün (n=19) dikkatsizlik baskın görünüm, %37,5'nin (n=12) bileşikgörünümve %3,1'nin (n=1) hiperaktivite baskın görünüm olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında DEHB görünümüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo II. Gruplar Arasındaki Kategorik Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler	DEHB n=48	DEHB+YBT n=32	İstatistiksel Analiz		
	S (%)	S (%)	X ² *	df	p
Cinsiyet			1.429	1	.232
Erkek	36 (75)	20 (62.5)			
Kız	12 (25)	12 (37.5)			
Yaşadığı Yer			2.762	1	.097
İl merkezi	24 (50)	10 (31.3)			
İlçe	24 (50)	22 (68.8)			
Yaşadığı Kişiler			.070	1	.791

Değişkenler	DEHB n=48	DEHB+YBT n=32	İstatistiksel Analiz		
Çekirdek aile	41 (85.4)	28 (87.5)			
Geniş aile	7 (14.6)	4 (12.5)			
Ailenin medeni durumu			3.077	1	.079
Birlikte	42 (87.5)	23 (71.9)			
Boşanmış	6 (12.5)	9 (28.1)			
Anne Eğitim Durumu			.511	2	.774
İlköğretim	16 (33.3)	13 (40.6)			
Lise	19 (39.6)	12 (37.5)			
Üniversite	13 (27.1)	7 (21.9)			
Baba Eğitim Durumu			.110	2	.947
İlköğretim	24 (50)	15 (46.9)			
Lise	12 (25)	9 (28.1)			
Üniversite	12 (25)	8 (25.0)			
Doğum Şekli			.040	1	.842
Normal doğum	34 (70.8)	22 (68.8)			
Sezeryan	14 (29.2)	10 (31.3)			
Gebelik Süresi			**	-	.256
Miad	45 (93.8)	27 (84.4)			
Erken doğum	3 (6.3)	5 (15.6)			
DEHB Görünümü			4.895	2	.087
Dikkatsizlik baskın	19 (39.6)	19 (59.4)			
Hiperaktivite baskın	8 (16.7)	1 (3.1)			
Bileşik	21 (43.8)	12 (37.5)			

*Ki-Kare Testi **Fischer'in kesin testi

Gruplar arasındaki sosyodemografik ve bazı klinik sayısal değişkenler arasındaki farklılıklar Tablo III'de gösterilmiştir. Sadece DEHB tanısı olan çocukların yaş ortalaması 10.18 ± 1.04 iken YBT'nin eşlik ettiği DEHB'li grupta yaş ortalaması 10.53 ± 1.04 saptanmış olup iki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.147$). Sadece DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin doğumdaki yaşları, doğum ağırlıkları, yürüme zamanları ve anne sütü alım sürelerinde YBT'li gruba göre anlamlı farklılık saptanmaz iken konuşma

zamanının sadece DEHB tanısı olan çocuklarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.036$). Gruplar ebeveyn bildirimine dayalı Turgay Dikkatsizlik, Turgay Hiperaktivite ve YBT Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA) puanları açısından karşılaştırıldığında hem YBT BÇDA hem de Turgay Dikkatsizlik puanlarının YBT tanısı olan çocuklarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0.0001$, $p<0.0001$, sırasıyla), YBT BÇDA puan ortalamasının YBT eştanılı DEHB grubunda 27.84 ± 6.35 , Turgay dikkatsizlik ortalamasının ise 21.06 ± 3.25 olduğu saptanmıştır.

Tablo III. Gruplar Arasındaki Sayısal Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler	DEHB n=48	DEHB+YBT n=32	İstatistiksel Analiz	
	Ort. (SS)	Ort. (SS)	t*/U**	P
Yaş	10.18 (1.04)	10.53 (1.04)	627.5**	.147
Annenin doğumdaki yaşı	27.20 (4.85)	26.56 (5.08)	1.441*	.154
Babanın doğumdaki yaşı	30.47 (6.23)	31.40 (6.01)	678.5**	.378
Doğum Ağırlığı (kg)	3.32 (0.64)	3.37 (0.89)	.261*	.795
Yürüme zamanı (ay)	11.91 (1.64)	12.21 (1.84)	723.0**	.625
Konuşma zamanı (ay)	13.66 (3.14)	12.59 (3.00)	583.0**	.036
Anne sütü alım süresi (ay)	14.68 (10.04)	15.71 (10.25)	742.5**	.801
YBT BÇDA Puanı	16.75 (2.75)	27.84 (6.35)	9.314*	<.0001
Turgay Dikkatsizlik Puanı	16.37 (4.31)	21.06 (3.25)	5.234*	<.0001
Turgay Hiperaktivite Puanı	16.35 (6.93)	14.25 (7.84)	-1.261*	.211

*Student's T Testi **Mann-Whitney-U Testi

YBT BÇDA: Yavaş Bilişsel Tempo Barkley Çocuk Dikkat Anketi

5.2. Grupların Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması

Grupların Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması Tablo IV'de gösterilmiştir. Dikkat eksikliği tanısı olan grubun Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği (KGBÖ) toplam puan ortalaması 49.52 ± 5.67 , YBT eştanılı DEHB'li grubun KGBÖ toplam puan ortalaması ise 45.96 ± 6.70 saptanmıştır. Her iki grup KGBÖ toplam puanlarına göre

karşılaştırıldığında YBT tanılı DEHB'li grubun toplam puanı ortalamasının DEHB grubundan istatistiksel olarak anlamlı düşük çıktığı saptanmıştır (p=0.13).

Dikkat eksikliği tanısı olan grubun Çocuklar İçin Mizaç Karakter Envanteri (ÇMKE) – Yenilik Arayışı ölçeği puan ortalaması 11.72±6.69, YBT'li grubunun ÇMKE-Yenilik Arayışı puan ortalaması ise 15.18±7.73 saptanmıştır. Her iki grup ÇMKE-Yenilik Arayışı puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında YBT tanılı DEHB'li grubun ÇMKE-Yenilik Arayışı puan ortalamasının DEHB grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıktığı saptanmıştır (p=0.040).

Dikkat Eksikliği tanısı olan grubun Çocuklar İçin Mizaç Karakter Envanteri (ÇMKE) – Zarardan Kaçınma ölçeği puan ortalaması 12.10±4.42, YBT tanılı DEHB'li grubun ÇMKE-Zarardan Kaçınma puan ortalaması ise 16.25±4.38 saptanmıştır. Her iki grup ÇMKE-Zarardan Kaçınma puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında YBT tanılı DEHB'li grubun puan ortalaması DEHB grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p<.0001).

Tablo IV. Gruplar Arasındaki Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	DEHB n=48	DEHB+YBT n=32	İstatistiksel Analiz	
	Ort. (SS)	Ort. (SS)	t*/U**	P
KGBÖ-Toplam Puan	49.52 (5.67)	45.96 (6.70)	-2.549*	.013
ÇMKE-Yenilik Arayışı	11.72 (6.69)	15.18 (7.73)	559.0**	.040
ÇMKE-Zarardan Kaçınma	12.10 (4.42)	16.25 (4.38)	4.120*	<.0001
ÇMKE-Ödül Bağımlılığı	16.09 (5.91)	16.35 (6.06)	-.190*	.850
ÇMKE-Sebat Etme	13.81 (6.98)	14.72 (5.62)	-.648*	.519
ÇMKE-Kendini Yönetme	24.12 (8.74)	22.43 (7.56)	-.891*	.376
ÇMKE-İş Birliği Yapma	19.31 (7.49)	18.15 (8.75)	-.632*	.529

*Student's T Testi **Mann-Whitney-U Testi

KGBÖ: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ÇMKE: Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri

Her iki grup ÇMKE-Ödül Bağımlılığı, ÇMKE-Sebat Etme, ÇMKE-Kendini Yönetme ve ÇMKE-İş birliği Yapma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo V. YBT'nin Eşlik Ettiği DEHB'li Grubu Belirleyen Etkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	B	SE	Exp (β)	P
Sabit	8.203	3.734	3650.095	.028
Dikkatsizlik	-.432	.119	.649	<.0001
KGBÖ-Toplam Puan	.068	.050	1.070	.177
Yenilik Arayışı	.010	.052	1.010	.854
Zarardan Kaçınma	-.209	.073	.812	.004

**Nagelkerke R²=0.551 **Doğru klasifikasyon yüzdesi=%82,5 (DEHB=%87.5, DEHB+YBT=%75.0)*

KGBÖ: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği

İki grup arasındaki anlamlı düzeyde farklılık gösteren klinik değişkenlerin YBT'nin eşlik ettiği DEHB grubunun belirleme etkisinin saptanması için binominal lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Turgay Dikkatsizlik puanı, YBT BÇDA, KGBÖ-Toplam Puanı ÇMKE-Yenilik Arayışı puan ortalaması ve ÇMKE-Zarardan Kaçınma puan ortalamaları analize dahil edilmiştir. Yedi basamaklı olarak, Backward-elimination metoduyla uygulanan hiyerarşik binominal lojistik regresyon analizi sonucunda dikkatsizliğin ($p<0.0001$) ve ÇMKE-Zarardan Kaçınma puanının ($p=0.004$) YBT tanılı DEHB'li grubunun belirlemede anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Yedi basamaklı olarak uygulanan hiyerarşik binominal lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo V'de gösterilmiştir.

5.3. Katılımcıların Cinsiyetler Arasındaki YBT, Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması

Çalışmamızdaki erkek katılımcıların Turgay Hiperaktivite puan ortalaması 17.67 ± 6.87 , kız katılımcıların Turgay Hiperaktivite puan ortalaması 10.45 ± 5.82 saptanmış olup iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .0001$). Turgay Dikkatsizlik, YBT-BÇDA, KGBÖ-Toplam Puan ÇMKE-Yenilik Arayışı, ÇMKE-Zarardan Kaçınma, ÇMKE-Ödül Bağımlılığı, ÇMKE-Sebat Etme, ÇMKE-Kendini Yönetme, ÇMKE-İşbirliği Yapma ölçekleri puan ortalamaları ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo VI)

Tablo VI. Cinsiyetler Arasındaki YBT, Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Erkek n=56	Kız n=24	İstatistiksel Analiz	
	Ort. (SS)	Ort. (SS)	t*/U**	P
YBT BÇDA Puanı	20.67 (6.64)	22.37 (8.05)	601.50**	.458
Turgay Dikkatsizlik	18.44 (4.77)	17.79 (3.97)	.590*	.557
Turgay Hiperaktivite	17.67 (6.87)	10.45 (5.82)	286.50**	< .0001
KGBÖ-Toplam Puan	47.96 (5.80)	48.41 (7.49)	597.50**	.433
ÇMKE-Yenilik Arayışı	14.01 (7.79)	11.00 (5.50)	522.50**	.116
ÇMKE-Zarardan Kaçınma	13.44 (4.70)	14.50 (5.14)	-.892*	.375
ÇMKE-Ödül Bağımlılığı	16.01 (6.17)	16.79 (5.54)	-.529*	.598
ÇMKE-Sebat Etme	13.89 (6.36)	15.45 (5.68)	-1.040**	.302
ÇMKE-Kendini Yönetme	23.10 (7.91)	24.25 (9.22)	-.563	.575
ÇMKE-İş Birliği Yapma	18.37 (8.04)	19.95 (7.90)	577.00**	.318

*Student's T Testi **Mann-Whitney-U Testi

YBT: Yavaş Bilişsel Tempo BÇDA: Barkley Çocuk Dikkat Anketi KGBÖ: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ÇMKE: Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri

5.4. Yavaş Bilişsel Tempo, Dikkatsizlik ve Hiperaktivitenin Yaş, Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi

Tüm örnekleimde yapılan korelasyon analizleri sonrasında (Tablo VII) yavaş bilişsel tempo ile yaş ($p=.022$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, zarardan kaçınma ($p=.001$) ile arasında pozitif yönde orta düzeyde ve bağlanmayla ($p=.001$) arasında ise negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Yavaş bilişsel tempo ile yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği yapma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Dikkatsizlik ile yaş, bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hiperaktivite ile kendini yönetme ($p=.034$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki saptanmış olup; yaş, bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme ve iş birliği yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo VII).

Tablo VII. Tüm Örnekleimde YBT, Dikkatsizlik ve Hiperaktivitenin Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi ($n=80$)*

	Yavaş Bilişsel Tempo (R,p)	Dikkatsizlik (R, p)	Hiperaktivite (R, p)
Yaş	.256, .022	.142, .210	-.003, .976
Bağlanma	-.330, .003	-.147, .194	-.194, .085
Yenilik Arayışı	.186, .099	.177, .116	.028, .809
Zarardan Kaçınma	.354, .001	.175, .121	-.120, .288
Ödül Bağımlılığı	-.097, .392	.044, .700	-.106, .350
Sebat Etme	-.080, .481	.042, .714	-.015, .892
Kendini Yönetme	-.101, .374	.044, .697	-.238, .034
İş Birliği Yapma	-.076, .505	.037, .745	-.165, .142

*Spearman Korelasyon Testi YBT: Yavaş Bilişsel Tempo

Her iki grubun da dahil olduğu tüm örnekleme (n=80) kapsayan analizler sonrasında katılımcıların KGBÖ Toplam Puan ortalamasının ödül bağımlılığı (p=.001) ile pozitif yönde orta düzeyde, sebat etme (p=.033) ile pozitif yönde zayıf düzeyde, kendini yönetme (P<.0001) ile pozitif yönde orta düzeyde ve iş birliği yapma (p=.004) ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu; yenilik arayışı (p=.014) ve zarardan kaçınma (p=.0.15) ile negatif yönde zayıf düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo VIII).

Tablo VIII. Tüm Örnekleme Bağlanma ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi (n=80)

	KGBÖ-Bağlanma	
	R	p
Yenilik Arayışı	-.274	.014**
Zarardan Kaçınma	-.272	.015*
Ödül Bağımlılığı	.360	.001*
Sebat Etme	.239	.033*
Kendini Yönetme	.407	<.0001*
İş Birliği Yapma	.322	.004*

*Pearson Korelasyon Testi **Spearman Korelasyon Testi

KGBÖ: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği

YBT tanılı DEHB'li grupta (n=32) Yavaş Bilişsel Tempo ile ödül bağımlılığı (p=.031) arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu; yaş, bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği yapma arasında istatistiksel bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Yapılan analizlerde YBT tanılı DEHB'li gruptaki (n=32) dikkatsizlik ve hiperaktivite puanları ile yaş, bağlanma, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği yapma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo IX).

Tablo IX. YBT'nin Eşlik Ettiği DEHB'li Grupta YBT, Dikkatsizlik ve Hiperaktivitenin Bağlanma, Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İlişkisi (n=32)*

	Yavaş Bilişsel Tempo (R, p)	Dikkatsizlik (R, p)	Hiperaktivite (R, p)
Yaş	.322, .073**	-.213, .241**	-.238, .241**
Bağlanma	-.004, .983*	.163, .373*	-.121, .511*
Yenilik Arayışı	-.194, .287*	.088, .632*	.177, .333*
Zarardan Kaçınma	-.111, .546*	-.345, .053*	-.252, .164*
Ödül Bağımlılığı	-.382, .031*	.000, .999*	.035, .849*
Sebat Etme	-.109, .552*	-.035, .849*	.006, .976*
Kendini Yönetme	-.258, .154*	-.047, .798*	-.320, .074*
İş Birliği Yapma	-.254, .161*	-.009, .959*	-.223, .221*

*Spearman Korelasyon Testi YBT: Yavaş Bilişsel Tempo

YBT tanılı DEHB'li grupta (n=32) KGBÖ Toplam Puan ortalaması ile yenilik arayışı (p=.028) arasında negatif yönde orta düzeyde; ödül bağımlılığı (p=.031) kendini yönetme (p=.048) ve iş birliği yapma (p=.032) arasında ise pozitif yönde orta düzeyde ilişkili saptanmış olup bağlanma ile zarardan kaçınma ve sebat etme arasında istatistiksel bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo X).

Tablo X. YBT'nin Eşlik Ettiği DEHB'li Grupta Bağlanma ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin İlişkisi (n=32)

	KGBÖ-Bağlanma	
	R	p
Yenilik Arayışı	-.388	.028*
Zarardan Kaçınma	-.155	.396*
Ödül Bağımlılığı	.383	.031*
Sebat Etme	.297	.099*
Kendini Yönetme	.352	.048*

	KGBÖ-Bağlanma	
	R	p
İş Birliği Yapma	.379	.032*

*Pearson Korelasyon Testi **Spearman Korelasyon Testi

KGBÖ: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği

5.5. Yavaş Bilişsel Tempo ve Bağlanma Özellikleri Üzerinde Etkisi Olan Değişkenlerin Belirlenmesi

Tüm örnekleme yapılan çoklu lineer regresyon analizi sonrasında yaş ($p=.019$), Turgay Dikkatsizlik puanı ($p=.001$) ve ÇMKE-Zarardan Kaçınmanın ($p=.014$) yavaş bilişsel tempoyu belirlemede anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo XI).

Tablo XI. Yavaş Bilişsel Tempo Üzerinde Etkisi Olan Değişkenlerin Belirlenmesi için Yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizlerinin Sonuçları (n=80)*

	B	SE	β	P	VIF ^a
Bağımlı değişken: YBT BÇDA*					
Sabit	-10.207	7.244	-	.163	-
Yaş	1.595	.663	.237	.019	1.041
Turgay Dikkatsizlik	.542	.157	.346	.001	1.077
KGBÖ-Toplam Puan**	-.171	.113	-.152	.135	1.107
ÇMKE-Zarardan Kaçınma	.366	.145	.250	.014	1.050

(Adjusted $R^2=0.265$) (Dubin-Watson Test=1.382)

VIF^a: VarianceInflationFactor; YBT: Yavaş Bilişsel Tempo; BÇDA: Barkley Çocuk Dikkat Anketi; KGBÖ: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği; ÇMKE: Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri

*İki basamaklı Backward Lineer Regresyon Analizi **Yalnızca ilk basamağa dahil edilmiştir

Tüm örneklemede yapılan çoklu lineer regresyon analizi sonrasında ÇMKE-Zarardan kaçınma puan ortalamasının ($p=.001$) ve ÇKME- Kendini Yönetmenin ($p=.036$) bağlanmayı belirlemede anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo XII).

Tablo XII. Güvenli Bağlanma Üzerinde Etkisi Olan Değişkenlerin Belirlenmesi için Yapılan Çoklu Lineer Regresyon Analizlerinin Sonuçları (n=80)*

	B	SE	β	P	VIF ^a
Bağımlı değişken: KGBÖ-Toplam Puan*					
Sabit	45.041	2.477	-	.000	-
ÇMKE-Zarardan Kaçınma	-.443	.129	-.339	.001	1.045
ÇMKE-Ödül Bağımlılığı	.269	.135	.255	.050	1.755
ÇMKE-Kendini Yönetme	.204	.096	.268	.036	1.697

(Adjusted $R^2=0.265$) (Dubin-Watson Test=1.806)

VIF^a: VarianceInflationFactor; YBT: Yavaş Bilişsel Tempo; BÇDA: Barkley Çocuk Dikkat Anketi; KGBÖ: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği; ÇMKE: Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri

*Beş basamaklı Backward Lineer Regresyon Analizi (5. Basamak) Son modelden çıkarılan değişkenler: YBT, yenilik arayışı, sebat etme, iş birliği yapma

6. TARTIŞMA

Çalışmamızda YBT tanısının eşlik ettiği DEHB tanısı olan çocuklar YBT tanısının eşlik etmediği DEHB tanılı çocuklarkla karşılaştırmalı olarak güvenli bağlanma ve mizaç karakter özellikleri açısından karşılaştırılmış olup eldelenen bulgular ilgili alan yazın eşliğinde aşağıda tartışılacaktır.

Aydın Adnan Menderes Üniversite Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvurusu olup çalışmamıza katılan, 9-12 yaş arasındaki 48 DEHB ve 32 YBT'nin eşlik ettiği DEHB tanılı çocuk yaş ve cinsiyet açısından incelendiğinde DEHB tanısı olan grupta çocuk ve ergenlerin %25'nin kız, %75'nin erkek olduğu, YBT'nin eşlik ettiği DEHB grubundakilerin ise %37,5'inin kız, %62,5'inin erkek olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yazında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu görülme sıklığı ile ilgili yapılan toplum tabanlı değerlendirmelerde E:K oranı 1:1-3:1 olabilirken, klinik başvurularında oran 9:1'e kadar arttığı belirtilmektedir (29,131). Çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetle YBT ilişkisini araştıran çalışmalarda ise DEHB'in aksine YBT ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (89,132).

Yazında YBT ile ilgili çalışmalar incelendiğinde yaş ile arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar olduğu gözlenmektedir (92,104,133). Dr. Emine Bilgen Doğan'ın 2020 yılında yaptığı tez çalışmasında 132 DEHB tanılı çocuk incelenmiş ve YBT tanısının eşlik ettiği grupta daha yüksek yaş ortalaması olduğu bildirilmiştir (134). Çalışmamızda iki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda YBT eşlik eden grubun yaş ortalaması her ne kadar anlamlı olmasa da DEHB olanlardan daha yüksek saptanmıştır. Bauermeister ve arkadaşları hem YBT hem de DEHB dikkatsizlik belirtilerinin diğer faktörler kontrol edildiğinde yapılan testlerde birbirlerinden bağımsız olarak daha düşük akademik performansla ilişkili olduğu, hiperaktif ve dürtüsel belirtilerin bu direkt ilişkiyi göstermediğini bildirmiştir (135). Akademik ve sosyal beklentilerin arttığı okul çağı çocuklarında YBT belirtileri daha fazla soruna sebep olduğu belirtilmektedir (97). Okul çağı çocuklarda akademik yıl artışı ile akademik ve sosyal sorunların artışı buna bağlı olarak YBT belirtilerinin tespit edilmesini kolaylaştırıyor

olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamasının örneklem büyüklüğünden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda anne-baba eğitim düzeyleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ancak her iki gruptaki ebeveynlerin çoğunun ilköğretim mezunu olduğu (YBT'nin eşlik ettiği grupta annelerin %40,6'sı, babaların %46,9'u; YBT'nin eşlik etmediği grubun annelerinin %33,3'ü babalarının %50'si ilkokul mezunu) saptanmıştır. Yazında YBT ve DEHB olgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada YBT olgularının daha düşüksosyo-ekonomik seviyeye sahip ailelerden geldiği, olguların anne ve baba eğitim düzeylerinin DEHB tanılı olan çocukların anne ve babalardan daha düşük olduğu ve yıllık gelirlerinin daha az miktarda olduğu belirtilmektedir (89). Katılımcıların anne baba birliktelik durumları ve yaşadıkları yer ve kişiler incelenmiş ancak gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda bu faktörler arasında herhangi bir ilişki bulunmasının sebebinin çalışmaya dahil edilen her iki grubun benzer sosyoekonomik özellikteki ailelerin başvurduğu hastanemiz çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine gelen olgular arasından seçilmiş olması olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaher iki grupta yer alan çocukların anne ve babalarının doğumdaki yaşı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yazında çocuklarda DEHB belirtilerinin görülmesinin baba yaşından daha çok anne yaşının küçük olmasıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (136). Çalışmamızın bulgularına benzer şekilde 6-17 yaşları arasındaki YBT, DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarının katılımıyla yapılan bir çalışmada anne ve baba yaşı ile YBT belirtilerinin sıklığı arasında herhangi bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (137). Bu durum YBT'nin psikopatolojisinin DEHB'den daha farklı ailesel özelliklere sahip olması sonucu geliştiği düşünülmüştür. Alanyazın incelendiğinde YBT'li çocuklarda gelişimsel özellikleri araştıran bir çalışmaya rastlanılmamış olup DEHB ve YBT ilişkisini inceleyen bir çalışmada konuşmaya başlama zamanının hem YBT hem de DEHB grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha geç olduğu belirtilmiştir (84). Yakın zamanda Sevinçok'un yaptığı tez çalışmasında çalışmamızla uyumlu olarak DEHB grubunun konuşmaya başlama zamanının, YBT'nin eşlik ettiği DEHB grubuna oranla anlamlı olarak daha geç bulunduğu saptanmıştır. Çalışmamızda YBT'nin eşlik ettiği DEHB olgu grubunda konuşmaya başlama zamanının daha erken saptanması YBT'nin DEHB'den daha farklı gelişimsel özelliklere sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda yer alan olgularımızın gebelik öncesi öykü, doğum öyküsü ve gelişim basamakları incelenmiş olup iki grup arasında doğum şekli, gebelik süresi, doğum ağırlığı, yürüme zamanı ve anne sütü alım süresi yönünden anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Hem ailesel hem de gelişimsel özelliklerdeki bu farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda bu alanlarda yapılmış daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcılar DEHB alt görünümleri açısından karşılaştırıldığında, DEHB'li olguların %39,6'sının dikkat eksikliği baskın görünüm, %16,7'sinin hiperaktivite baskın görünüm ve %43,8'inin bileşik görünüm olduğu; YBT'nin eşlik ettiği olguların ise %59,4'nün dikkat eksikliği baskın görünüm %3,1'nin hiperaktivite baskın görünüm ve %37,5'nin bileşik görünüm olduğu saptanmıştır. Yavaş bilişsel temponun eşlik ettiği DEHB'li olgularda dikkat eksikliği alt görünümünün daha fazla olduğu saptanmış ancak gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır. Diğer yandan olguların ebeveyn bildirimine dayalı Turgay Dikkatsizlik, Turgay Hiperaktivite ve YBT Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA) puanları karşılaştırıldığında hem YBT BÇDA hem de Turgay Dikkatsizlik puanlarının YBT grubunda DEHB grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yazında çalışmamıza benzer şekilde YBT ile ilişkili olan DEHB alt görünümünün dikkatsizlik olduğu, hiperaktivitenin ise YBT ile ilişkili olmadığı hatta dikkatsizlik belirtileri kontrol edildiğinde YBT ve hiperaktivitenin ters ilişkili hale geldiği belirtilmektedir (97,138).

Cloningerin mizaç ve karakter özelliklerinin DEHB ve diğer çeşitli psikiyatrik hastalıklarda incelendiği yazında görülmektedir (119). Ancak yazın incelendiğinde YBT ile mizaç ve bağlanma arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yakın zamanlı 6-12 yaş arasında 113 çocukla yapılmış bir çalışmada zarardan kaçınma mizaç özelliğinin içselleştirici bozukluklarla yüksek yenilik arayışının ise dışsallaştırıcı bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (139). Cloninger, yenilik arayışını dürtüsellik, keşfetme ve araştırmaya yönelik aktivitelerde bulunma, ödül alma ihtimaline karşı aşırı davranışlar ve engel ile karşılaşılınca kaçınan davranışlar sergileyen; zarardan kaçınmayı ise korkulu, kötümser, utangaç ve çabuk yorulan bireyler olarak tanımlamıştır (14). Mizaç ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda DEHB'li çocukların sağlıklı çocuklara göre daha yüksek yenilik arayışı ve daha düşük kendini yönetme özellikleri gösterdiği belirtilmektedir (140,141). Çalışmamızda

YBT'nineşlik ettiği DEHB grubunda yenilik arayışı ve zarardan kaçınma mizaç özelliklerinin DEHB grubundan anlamlı yüksek çıktığı saptanmıştır. Yazında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan olgularda içe yönelim ve dışa yönelim sorunları DEHB'ye sıklıkla eşlik ettiği (142), anksiyete / depresyon gibi içe yönelim sorunları dikkatsizlik belirtileri ile daha çok ilişkiliyken yıkıcı ve saldırgan davranışlar ise hiperaktivite ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (143). Bununla birlikte YBT'li bireylerin DEHB'li bireylerin aksine sosyal zorluklar yaşadıkları sosyal içe çekilme belirtileri gösterdikleri, sosyal ilişkilerinde zorlandıkları daha içe dönük oldukları belirtilmektedir (7,99). Yavaş bilişsel temponun içe dönüklük ve sosyal içe çekilme belirtileri göz önüne alındığında YBT'li bireylerde zarardan kaçınma mizaç özelliğinin daha yüksek olması beklenen bir bulgu olarak düşünülmüştür. Bununla birlikte YBT'li grupta yenilik arayışı mizaç özelliğinin yüksek çıkması dikkat çekici bir bulgudur. Her ne kadar belirtili kümesi depresyon ve anksiyete gibi içselleştirici bozukluklarla benzer olsa da YBT'nin mizaç özelliklerindeki bu farklılık YBT'nin herhangi bir psikiyatrik bozukluğun alt tipi değil ayrı bir bozukluk olduğu fikrini güçlendirmektedir. Çalışmamız YBT ve mizaç özelliklerini inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle alanyazına katkı sunacağını öngörmekteyiz.

Çalışmamızda YBT'nin eşlik ettiği DEHB'li çocuk ve ergenlerin YBT'nin eşlik etmediği gruba göre anlamlı olarak daha çok güvensiz bağlanma özellikleri taşıdıkları saptanmıştır. Yazında YBT ile bağlanma ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yazında YBT ve bağlanma özelliklerini inceleyen herhangi bir çalışma bulunmaması nedeniyle verilerimiz alanyazın ile karşılaştırılamamıştır. Ancak DEHB ve bağlanma özellikleri üzerine yapılan araştırmalar ışığında tartışılmıştır. Clarke ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı bir araştırmada DEHB tanısı alan çocukların sağlıklı kontrollere göre güvensiz bağlanma eğiliminde olduklarını bildirilmiştir (144). Bunun yanı sıra Franke ve arkadaşlarının 2017 yılında 5-9 yaş arasındaki çocuklar ile yaptıkları bir çalışmada DEHB tanısı olan olguların kontrollerden daha yüksek oranda dezorganize-güvensiz bağlanma özellikleri gösterdikleri ve güvensiz bağlanmanın daha çok dışa dönük davranım problemleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (145). Diğer bir çalışmada DEHB ve toplum örnekleminde aldıkları kontrol grubu çocuk ve annelerden güvenli bağlanma öykülerinin senaryolaştırılması istenmiş ve kontrol grubunda anne ve çocukların senaryoları arasında olumlu yönde bir ilişki saptanırken, DEHB grubunda olumlu yönde bir ilişki görülmemiştir (146). Başka bir çalışmada ise güvensiz bağlanma biçimi olan kaygılı bağlanma,

anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla; kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışa vurum bozuklukları ile dezorganize bağlanmanın ise dissosiyatif bozukluklarla daha sık bir birlikte olduğu bildirilmiştir (112). Bizim çalışma sonuçlarımız ve alanyazın ışığında DEHB'ye eşlik eden YBT'nin varlığında çocukların güvensiz bağlanma özelliklerinin daha belirgin hale gelebileceğini öngörmekteyiz. Bunun yanı sıra DEHB'e eşlik eden YBT varlığında daha fazla güvensiz bağlanma özelliklerinin görülmesinin daha fazla içe yönelim bozukluğu eş tanısıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın DEHB'li çocuklarda YBT belirtileri ile bağlanma özelliklerini inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle alanyazına katkı sağlayacağını öngörmekteyiz.

Yukarıda tartışmış olduğumuz çalışma verilerimizden YBT'nin eşlik ettiği ve etmediği DEHB grupları arasında anlamlı farklılık gösteren "Dikkatsizlik" KGBÖ-Toplam puanı" "ÇMKE-Yenilik arayışı" ve "ÇMKE-Zarardan Kaçınma" değişkenlerin dahil edildiği lojistik regresyon analizi sonucunda zarardan kaçınma mizaç özelliğinin ve dikkatsizlik puanlarının YBT tanısını predikte ettiği saptanmıştır. Diğer yandan bağlanma özellikleri ve yenilik arayışı mizaç özelliği için bu bulgu saptanmamıştır. Bu durum her ne kadar bağlanma ve yenilik arayışı mizaç özelliği YBT'nin eşlik ettiği grupta daha yüksek olsa da zarardan kaçınma mizaç özelliğinin ve dikkatsizlik puanlarının YBT grubunu ayırmada daha önemli bir etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda her iki grup dikkatsizlik, YBT-BÇDA, KGBÖ-Toplam Puan ÇMKE-Yenilik Arayışı, ÇMKE-Zarardan Kaçınma, ÇMKE-Ödül Bağlılığı, ÇMKE-Sebat Etme, ÇMKE-Kendini Yönetme, ÇMKE-İş birliği Yapma ölçekleri puan ortalamaları ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yakın zamanlı bir meta-analiz çalışmasında yüksek YBT belirtileri olan bireylerde kadın cinsiyet cinsiyetin hafif düzeyde daha yüksek olduğu ancak genel olarak çalışmalarda tutarlı bir sonucun olmadığı bildirilmiştir (7). Bizim çalışmamız bulgularına benzer şekilde Jacobson ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada YBT belirtileri ile cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiş ve her iki cinsiyet arasında bir fark saptanmadığı bildirilmiştir (133). Benzer şekilde Garner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada YBT ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (147). Bu veriler ışığında YBT ve cinsiyet

ilişkisini arştıran daha geniş örneklem içeren olgularla yapılmış yeni çalışmalar ihtiyaç olduğunu öngörmekteyiz.

Yazında DEHB tanılı bireylerde aşırı hareketlilik ve dürtüsellikğin erkeklerde daha belirgin olduğu belirtilmektedir (148). Çalışmamızda benzer şekilde erkek olgularımızda hiperaktivite belirti puanlarının kız olgulardan anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde yapılmış olan ÇMKE Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında normal popülasyonda cinsiyetin mizaç ve karakter alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (130). Salgado ve arkadaşlarının 296 erişkin DEHB tanılı katılımcıyla yaptığı çalışmada kadınlarda zarardan kaçınma ve ödöl bağımlılığı mizaç özelliğinin erkeklerden anlamlı daha yüksek çıktığı belirtilmiştir (149). Alanyazın incelendiğinde DEHB tanılı çocuk ergen olgularda Cloninger'in mizaç karakter özellikleri ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Daş'ın 2020 yılında yaptığı tez çalışmasında 8-12 yaş DEHB'li olgu ve sağlıklı kontrol grubunda Buss'un tanımladığı mizaç özellikleri incelenmiş DEHB tanısı olan erkek olgularda mizacın aktivite alt ölçek puanının kızlardan daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (150). Buss aktivite mizaç boyutunu motor tepkilerinin yoğunluğu ve sıklığı ile tanımlanmakta olup (151) yazında Buss'unaktivite mizaç boyutu ile Cloninger'in (14) kötümser, utangaç olma ve çabuk yorulma özellikleri ile tanımladığı zarardan kaçınma mizaç özelliğinin negatif yönde ilişkisi olduğu bildirilmektedir (152). Çalışmamızda mizaç ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamış ancak yazınla uyumlu olarak zarardan kaçınma mizaç özelliğinin kızlarda; dürtüsellik, keşfetme ve araştırmaya yönelik aktivitelerde bulunma özellikleri ile tanımlanan yenilik arayışı mizaç özelliğinin ise erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (14). Çalışmamızdaki bu sonuçların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bireylerde hiperaktivite belirtilerinin erkeklerde daha çok görülmesi ve kızlarda daha çok dikkatsizlik problemlerinin ön planda olması nedeniyle saptandığını düşünmekteyiz. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda mizaç-karakter ve cinsiyet ilişkisini inceleyen daha büyük örneklemli daha çok çalışma yapılmasının alanyazına katkı sağlayacağını öngörmekteyiz.

Çalışmamızda yer alan tüm katılımcıların YBT BÇDA puanları ile yaş, bağlanma ve mizaç karakter özellikleri spearman korelasyon testi ile incelenmiş olup YBT ile yaşın pozitif yönde zayıf korele, bağlanmanın negatif yönde orta düzeyde korele ve zarardan kaçınma mizaç

özelliğinin pozitif yönde orta düzeyde korele olduğu saptanmıştır. Yazın incelendiğinde YBT ile ilgili yapılmış çalışmalarda bulgularımızla benzer şekilde yaş ve dikkatsizliğin YBT belirtileri üzerine pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (92,104,133). Barkley'in 2013 yılında yaptığı çalışmasında YBT ile yaş arasında pozitif yönde korelasyon olduğu bildirilmiştir (84). Yakın zamanlı diğer bir meta-analizde de YBT ile yaş arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu bildirilmiştir (7). Yazında çalışmamız bulgularıyla uyumlu olarak YBT belirtileri ile yaş ve dikkatsizlik arasında ilişki olduğu belirtilmiş ancak yazında YBT ve mizaç karakter ilişkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle YBT ve mizaç karakter özellikleri inceleme sonuçlarımız yazın ışığında tartışılmamıştır. Diğer yandan bizim çalışmamızda saptadığımız zarardan kaçınma mizaç özelliği ile YBT belirtileri arasındaki pozitif yönde orta düzeydeki ilişkinin yazına katkı sağlayacağını öngörmekteyiz.

Dikkatsizlik puanları ile yaş bağlanma ve mizaç karakter özellikleri arasında herhangi bir korelasyon saptanmamış olup hiperaktivite puanları ile sadece kendini yönetme mizaç özelliği ile negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Cloninger kendini yönetme mizaç özellikleri yüksek olan kişileri kendisine yetebilen özgüvenli kişiler olarak tanımlamaktadır. Ayrıca bu kişilerin kendi hedeflerine uyan davranışlar sergileyen ve hedefleri konusunda çalışma azmine sahip olan bireyler olduğunu belirtmektedir (114). Alan yazın incelendiğinde hiperaktivite baskın alt görünümüne sahip olan çocuk ve gençler, daha çok dışa dönük, karar verme güçlüğü yaşayan, dürtüsellliği daha fazla olan bireyler olarak betimlenmektedir (69). Alanyazında DEHB tanılı çocuklarda mizaç karakter özelliklerini inceleyen çalışmalarda DEHB tanısı olan bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre kendini yönetme karakter özelliklerini anlamlı olarak daha az gösterdikleri belirtilmektedir (140,153). Bir başka çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde DEHB olan çocuklarda hiperaktivite belirtilerinin kendini yönetme karakter özellikleri ile negatif yönde düşük düzeyde korele olduğu bildirilmiştir (141). Bu bilgiler ışığında bulgularımızın yazınla uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yer alan tüm DEHB olgularının yaş, bağlanma, zarardan kaçınma ve YBT puanları arasında bir korelasyon bulmuş olmamıza rağmen sadece YBT'nin eşlik ettiği olgular ile korelasyon analizleri yaptığımızda bu değişkenler ile herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte sadece YBT'nin eşlik ettiği DEHB tanılı grupta yapılan korelasyon analizlerinde ise YBT

puanları ile ödül bağımlılığı mizaç özelliği arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yazında yüksek ödül bağımlılığı özelliklerinin güvenli bağlanma, onaya bağımlılık ve emosyonel duyarlılık ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (154). Yoo ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı çalışmada DEHB tanısı olan olgularla sağlıklı çocuklar arasında ödül bağımlılığı mizaç özelliği açısından bir fark saptanmamış ancak çalışmada DEHB dikkatsizlik belirtileri ile ödül bağımlılığı mizaç özelliği arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptandığı belirtilmiştir (141). Diğer bir çalışmada DEHB tanılı çocukların sağlıklı kontrol grubu mizaç özellikleri incelenmiş; sağlıklı kontrol grubunda ödül bağımlılığı puanlarının DEHB tanılı çocuklardan daha yüksek çıktığı bildirilmiştir (140). Yazında nörobiyolojik çalışmalar incelendiğinde azalmış nöroadrenalin fonksiyonları ile ilişkisi olduğu bildirilen ödül bağımlılığı sisteminin lokus cereloustan hipotalamus, amigdala, hipokampus ve neokortekse olan bağlantılarda görev aldığı; bu bağlantıların bireyin ödül ve cezanın hafifletilmesi yoluyla öğrenmesine aracılık ettiği bildirilmiştir (155). YBT belirti şiddeti ile ödül bağımlılığı mizaç özelliğinin negatif yönde korelasyonu YBT'nin ödül ve ceza yollarındaki nörobiyolojik özelliklerinin DEHB ile benzer olduğunu düşündürmektedir.

Cloninger, yenilik arayışını dürtüsellik, keşfetme ve araştırmaya yönelik aktivitelerde bulunma, ödül alma ihtimaline karşı aşırı davranışlar ve engel ile karşılaşılınca kaçınan davranışlar sergileme; zarardan kaçınmayı, korkulu, kötümser, utangaç ve çabuk yorulma; ödül bağımlılığını yardım etmekten hoşlanma, merhametli ve aşırı duygusal olma; sebat etmeyi herhangi bir ödül beklentisi olmaksızın engellenme durumlarında dahi kararlı ve devamlı olarak davranışlarını sürdürme; kendini yönetmeyi bağımsız karar alabilme ve bu kararların sonuçlarının sorumluluğunu kabul etme ve iş birliği yapmayı başka insanlarla birlikte çalışabilme bu kişilerin duygularını kavrayabilme, şefkatli, toleranslı ve adil olma olarak tanımlamıştır (14). Çalışmamızda yer alan DEHB tanılı olguların KGBÖ puanları ile mizaç karakter özellikleri pearson korelasyon testi ile incelenmiş olup bağlanma ile yenilik arayışı ve zarardan kaçınmanın negatif yönde zayıf, sebat etmenin pozitif yönde zayıf, ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve iş birliği yapmanın pozitif yönde orta düzeyde korele olduğu saptanmıştır. Alan yazındaki çalışmalar incelendiğinde; güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak bildirilmektedir (12). Güvensiz bağlanma biçimleri olan çocuklarda, kaygılı bağlanma anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla; kaçınan

bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışa vurum bozuklukları ile dezorganize bağlanmanın ise dissosiyatif bozukluklarla birlikteliği bildirilmektedir (112). Çalışmamızda yazında içselleştirici bozukluklarla pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilen zarardan kaçınma ve dışsallaştırıcı bozukluklarla pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilen yenilik arayışı mizaç özelliklerinin bağlanma ile negatif yönde olan korelasyonu güvensiz bağlanmanın çok sayıda psikiyatrik bozukluğa eşlik ettiği göz önüne alındığında beklenen bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Çalışmamızda yer alan DEHB olgularının tüm mizaç ve karakter alanları ve KGBÖ puanları arasında bir korelasyon bulmuş olmamıza rağmen sadece YBT'nin eşlik ettiği DEHB'li olgular ile korelasyon analizleri yaptığımızda bağlanma ile yenilik arayışı arasında negatif yönde orta düzeyde; ödül bağımlılığı kendini yönetme ve iş birliği yapma mizaç özelliği ile ise pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Ancak çalışma bulgularımız alanyazında YBT, bağlanma ve mizaç özelliklerini inceleyen herhangi bir çalışma bulunmaması nedeniyle yazın ışığında tartışılamamıştır. Yukarıda bahsetmiş olduğumuz DEHB ile ilgili çalışmalar ışığında güvenli bağlanma ve ödül bağımlılığı arasındaki ilişki beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızdaki DEHB'li olguların YBT belirtileri ile arasında anlamlı ilişki olan değişkenlerin YBT tanısı üzerindeki etkisini belirleyip belirlemediğini saptamak için çoklu lineer regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonrası yaşın, turgay dikkatsizlik puanının ve zarardan kaçınma mizaç özelliklerinin YBT'yi belirlemede anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Bağlanma özelliklerinin her ne kadar YBT ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi olsa da YBT'yi belirlemede anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Bağlanma özelliklerinin çok sayıda psikiyatrik bozuklukta rol oynadığı yazında belirtilmektedir. Ancak çalışmamızda bağlanma özelliklerinin doğrudan YBT belirtileri ve tanısı üzerine etkisi bulunmamıştır. Bundan dolayı bağlanma ve YBT ilişkisini ortaya koyacak yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Yazında bulgularımızla uyumlu olarak YBT ile yaş arasında bir ilişki olmadığına ya da pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirtilmekte olup Becker ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınladığı bir meta-analizde YBT ile yaş arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkiyi olduğu bildirilmiştir (7). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile YBT birlikteliğinin sık görüldüğü ve YBT ile ilişkili olan DEHB alt görünümünün dikkatsizlik olduğu aynı ilişkinin hiperaktivite/dürtüsellikte olmadığı yazında belirtilmektedir (97,138). Çalışmamızda da yazın ile uyumlu olarak korelasyon

analizlerinde YBT belirtileri DEHB-dikkatsizlik puanları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuş ve dikkatsizlik belirtilerinin YBT'yi doğrudan belirlemede anlamlı bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızın en önemli bulgularından birisi DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerde zarardan kaçınma mizaç özelliğinin YBT üzerinde doğrudan belirleyici etkisinin olmasıdır. Bu durumun DEHB tanısı olan çocuklarda erken dönemde mizaç özelliklerinden biri olan zarardan kaçınma özelliği varlığının yaş ve dikkatsizlik belirtileri ile birlikte YBT belirtilerini yordayıcı olabileceğini öngörmekteyiz. Çalışmamızın mizaç ve YBT arasındaki ilişkiyi inceleyen bildiğimiz ilk çalışma olması sebebiyle bu bulgumuzun alanyazına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Yazında YBT ile bağlanma özelliklerinin inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamış olup bulgularımız yazın eşliğinde tartışılmamıştır. Finzi ve arkadaşlarının 2006 yılında 7-15 yaş arasındaki 65 DEHB tanılı çocukta bağlanma ve mizaç özelliklerini incelediği bir çalışmada DEHB'li çocuklarda güvensiz bağlanma biçimleri olan anksiyöz ve kaçınan bağlanmanın ön planda olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada güvensiz bağlanma biçimleri Buss ve Plomin tarafından tanımlanan mizacın duygulanım ve aktivite boyutu ile ilişkili bulunmuştur (156). Yazında Cloninger'in ve Buss'un mizaç özelliklerini inceleyen çalışmalarda duygulanım mizaç özelliğinin zarardan kaçınma ve yenilik arayışı mizaç özellikleriyle pozitif yönde, sosyallik boyutunun bir türevi olan utangaçlık alt boyutu ile kendini yönetme karakter özelliği arasında negatif yönde ve aktivite boyutunun ise zarardan kaçınma mizaç özelliği ile negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (152). Çalışmamızda güvenli bağlanma ile arasında anlamlı ilişki olan değişkenlerin bağlanmayı üzerindeki doğrudan etkisini belirleyip belirlemediğini saptamak için çoklu lineer regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonrası zarardan kaçınma mizaç özelliği ve kendini yönetme karakter özelliğinin güvenli bağlanmayı belirlemede anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Zarardan kaçınma mizaç özelliğinin hem güvenli bağlanmayı hem de YBT belirtilerini etkilemekte olduğu gösterilmiştir. Ancak YBT ile güvenli bağlanma arasında benzer bir etkileşim ortaya konulamamıştır. Daha önce yazında pek çok psikopatolojinin oluşmasında güvensiz bağlanmanın rolü olduğunu belirtmiştik. Ancak çalışmamızda doğrudan YBT ile güvenli bağlanma ilişkisinin ortaya konulamamış olması YBT'nin etiopatogenezinde farklı risk etkenlerinin olabileceğini düşündürmektedir. Bu risk etmenlerini ortaya koymaya yönelik yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu öngörmekteyiz.

Çalışmanın kısıtlılıkları

-Çalışmamızın kesitsel nitelikte olması sebebiyle çalışmamızdaki ilişkiler nedensellik ilişkisi açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Benzer örneklem üzerinde yapılacak boylamsal çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

-Çalışmamızın örneklem sayısının Covid-19 pandemisi nedeniyle poliklinik başvurularının azalması sonucu beklenenden az olması ve çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunun olmaması önde gelen kısıtlılıklar olarak değerlendirilebilir.

-Yavaş Bilişsel Tempo'nun tanısal sınıflama sistemlerinde henüz yer almaması ve kesin olarak belirlenmiş tanısal kriterlerinin olmaması, çalışmamızın YBT ile ilişkili sonuçlarının tekrarlanması ve güvenilirliğine ilişkin bir kısıtlılıktır.

-YBT anketinin sadece ebeveyn tarafından doldurulması, öğretmenlerden YBT'ye ilişkin bilgi alınmaması bu konuda ebeveynlerin verdiği bilgilerin doğrulanmasını zorlaştırmıştır.

Çalışmamızın Güçlü Yönleri

-Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla YBT ile bağlanma ve mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır.

-Yavaş bilişsel temponun yeni bir araştırma alanı olması sebebiyle uluslararası ve ulusal alanyazında az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bizim çalışmamızın da bu alanda yapılan az sayıda çalışmalardan biridir.

-Çalışmadaki bütün katılımcılara çalışmaya dahil edilmeden önce alanında eğitimli klinisyen tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme yöntemi olan ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır ve eşanların karıştırıcı etkisi dışlanmıştır.

-Çalışmamızdaki değişkenlerin çok boyutlu incelenmesi bu alanda değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmuş olabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamızın sonuçları YBT'nin eşlik ettiği DEHB'li çocuk ve ergenlerin YBT'nin eşlik etmediği gruba göre YBT BÇDA ve Turgay Dikkatsizlik puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir.
- Konuşmaya başlama zamanının YBT'nin eşlik etmediği grupta YBT eşlik eden gruba göre anlamlı olarak daha geç olduğu saptanmıştır.
- YBT'nin eşlik ettiği DEHB'li çocuk ve ergenlerin YBT'nin eşlik etmediği gruba göre KGBÖ puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Zarardan kaçınma ve yenilik arayışı mizaç özelliklerinin YBT'li grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Çalışmamızda uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda Turgay dikkatsizlik puanı ve zarardan kaçınma mizaç özelliğinin YBT tanısını predikte ettiği saptanmıştır. Bu bulgumuz DEHB tanısı olan bireylerde dikkatsizlik belirtilerinin ve zarardan kaçınma mizaç özelliğinin YBT'nin eşlik ettiği ve etmediği grupları ayırmada önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.
- Tüm DEHB'li olgular cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında erkeklerde Turgay hiperaktivite puanlarının kızlardan anlamlı olarak daha fazla çıktığı görülmüştür.
- Çalışmamızda tüm DEHB'li olguların YBT belirtilerinin yaş ve zarardan kaçınma mizaç özelliği ile pozitif yönde, güvenli bağlanma özellikleri ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

- Çalışmamızda tüm DEHB'li olguların Turgay hiperaktivite puanlarının kendini yönetme mizaç özelliği ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Tüm DEHB'li olguların bağlanma özellikleri ile yenilik arayışı ve zarardan kaçınma mizaç özelliklerinin negatif yönde, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği yapma mizaç karakter özelliklerinin pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.
- Yavaş Bilişsel Tempo'nun eşlik ettiği DEHB'li olgularda YBT BÇDA puanları ile ödül bağımlılığı mizaç özelliği arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.
- Yavaş Bilişsel Tempo'nun eşlik ettiği DEHB'li olgularda bağlanma özellikleri ile yenilik arayışı mizaç özelliği arasında negatif yönde, ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve iş birliği yapma mizaç karakter özellikleri arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.
- Çalışmamızda YBT belirtileri üzerinde etkisi olan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla lineer regresyon analizleri yapılmıştır. Yaşın, Turgay dikkatsizlik puanlarının ve zarardan kaçınma mizaç özelliğinin YBT üzerinde doğrudan/bağımsız bir etkisi olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamızda bağlanma özellikleri üzerinde etkisi olan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla lineer regresyon analizleri yapılmıştır. Zarardan kaçınma ve kendini yönetme mizaç karakter özelliklerinin bağlanma üzerinde doğrudan/bağımsız bir etkisi olduğu saptanmıştır.

8. ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç İlişkisinin Değerlendirilmesi

Giriş: Bu çalışmada YBT'nin eşlik ettiği ve etmediği DEHB'li olgularda bağlanmanın ve mizaç karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, DSM-5'e göre yapılan klinik görüşme ile DEHB ölçütlerini ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan toplam 80 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Sosyodemografik veri formu ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) klinisyen tarafından yüzyüze klinik görüşme ile doldurulmuştur. Eş tanısı olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Ebeveynlerden Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) anne-baba formu, Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA)'ni doldurmaları istenmiştir. Barkley Çocuk Dikkat Anketi puanlarına göre YBT eşlik eden ve etmeyen DEHB olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Değerlendirmeye alınan çocuk ve ergenlerden Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ve Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'ni doldurmaları istenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda YBT'nin eşlik ettiği grupta YBT'nin eşlik etmediği gruba göre YBT BÇDA, Turgay Dikkatsizlik puanları, zarardan kaçınma ve yenilik arayışı mizaç özellikleri anlamlı olarak daha yüksek, KGBÖ puanları ve konuşma zamanı anlamlı olarak daha düşük saptandı. Regresyon analizlerinde dikkatsizliğin ve zarardan kaçınma mizaç özelliğinin YBT grubunu belirlemede önemli etkisi olduğu bulundu. Çalışmamızda tüm DEHB'li olguların YBT belirtilerinin yaş ve zarardan kaçınma mizaç özelliği ile pozitif yönde, güvenli bağlanma özellikleri ile negatif yönde; Turgay hiperaktivite puanlarının kendini yönetme mizaç özelliği ile negatif yönde ve bağlanma özellikleri ile yenilik arayışı ve zarardan kaçınma mizaç özelliklerinin negatif yönde, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği yapma mizaç karakter özelliklerinin pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edildi. Yavaş Bilişsel Tempo'nun eşlik ettiği DEHB'li olgularda YBT BÇDA puanları ile ödül bağımlılığı mizaç özelliği arasında negatif

yönde; bağlanma özellikleri ile yenilik arayışı mizaç özelliği arasında negatif yönde, ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve iş birliği yapma mizaç karakter özellikleri arasında pozitif yönde ilişki saptandı. Regresyon analizlerinde yaşın, Turgay dikkatsizlik puanlarının ve zarardan kaçınma mizaç özelliğinin YBT belirtileri üzerinde, zarardan kaçınma ve kendini yönetme mizaç karakter özelliklerinin ise bağlanma özellikleri üzerinde bağımsız bir etkisi olduğu tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın YBT tanısı olan DEHB’li çocuklarda bağlanma ve mizaç karakter ilişkisini değerlendiren ilk çalışma olması nedeniyle alanyazına katkı sunacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda YBT’nin eşlik ettiği DEHB’li grubun daha güvensiz bağlanma özellikleri gösterdiği ve ödül bağımlılığı mizaç özelliği ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda zarardan kaçınma mizaç özelliği ve dikkatsizlik belirtilerinin hem YBT’nin eşlik ettiği DEHB grubunu belirlemede hem de YBT belirti şiddeti üzerine doğrudan etkisi olduğu saptanmıştır. Yavaş bilişsel tempo, bağlanma ve mizaç karakter ilişkisinin inceleyen geniş örneklemli daha çok çalışma yapılmasının yazına katkı sağlayacağını öngörmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Yavaş Bilişsel Tempo, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Bağlanma, Mizaç, Karakter

9. ABSTRACT

Evaluation Of The Relationship Among Sluggish Cognitive Tempo, Attachment And Temperament In Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Objective: This study aimed to evaluate the relationship between attachment and temperament-character properties in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) diagnosed, 9-12 years old children with and without Sluggish Cognitive Tempo (SCT).

Method: A total of 80 voluntarily children diagnosed with ADHD based on DSM-5 were included in the study. Sociodemographic data form and Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (KID-SADS-PL) were filled in by the clinician through a face-to-face semi-structured clinical interview. Cases with psychiatric comorbidity were not included in the study. In addition the parents of the children in the case group were asked to fill out a list of Turgay Disruptive Behavior Rating Scale for Parents (T-DSM-IV) and Barkley Child Attention Scale (BCAS). According to the BCAS scores, the participants were divided into two groups as ADHD with and without SCT. Children were accepted for in the study were asked to fill out Kerns Security Scale (KSS) and Junior Temperament and Character Inventory.

Results: In our study, the group with ADHD with SCT had significantly higher BCAS, Turgay Inattentiveness scores, harm avoidance and novelty seeking temperament characteristics than ADHD without SCT group. Kerns Security Scale scores and start speaking time were significantly lower in ADHD with SCT group than the group ADHD without SCT. According the regression analysis, we found that inattentiveness and harm avoidance temperament characteristics had a significant effect on determining the YBT group. According the correlation analyses for all ADHD cases we found that; SCT symptoms positively correlated with age and harm avoidance temperament, and negatively correlated with secure attachment characteristics and Turgay hyperactivity scores negatively correlated with self-directedness temperament. In addition, for all ADHD cases we found that secure attachment characteristics negatively correlated with novelty seeking and harm avoidance temperament traits and positively correlated with

reward dependence, persistence, self-directedness and cooperativeness temperament traits. According to correlation analyses for ADHD with SCT cases we found that SCT symptoms negatively correlated with reward dependence temperament. We also found that secure attachment characteristics positively correlated with reward dependence, self-directedness and cooperativeness temperament traits and negatively correlated with novelty seeking temperament traits. In the regression analyzes, it was determined that age, Turgay's inattention scores and harm avoidance temperament had an independent effect on SCT symptoms. Also we found that harm avoidance and self-directedness temperament traits had an independent effect on attachment traits.

Discussion and Conclusion: We believe that our study will contribute to the literature because it is the first study that evaluates the relationship between attachment and temperament-character properties in ADHD diagnosed with SCT. In the results of our study, it was found that ADHD with SCT group showed more insecure attachment characteristics and SCT symptoms in this group was negatively associated with the temperament feature of reward dependence. In addition, it was determined that harm avoidance temperament and inattention symptoms had a direct effect on both the determination of the ADHD group accompanied by SCT and the severity of SCT symptoms. We predict that more studies with large samples examining the relationship between SCT, attachment and temperament will contribute to the literature.

Keywords: Sluggish Cognitive Tempo, SCT, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, Temperament, Character

10. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013.
2. Polanczyk G. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164:942.
3. Hodgins JB, Cole J, Boldizar J. Peer-Based Differences among Boys with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2000; 29:443–52.
4. Breen MJ, Barkley RA. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol* 1988; 13:265–80.
5. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: A community-based study. *Eur J Pediatr* 2012; 171:271–80.
6. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Abnorm Psychol* 2012; 121:978–90.
7. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, McBurnett K, Waschbusch DA, Willcutt EG. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55:163–78.
8. Becker SP. Topical Review: Sluggish Cognitive Tempo: Research Findings and Relevance for Pediatric Psychology. *J Pediatr Psychol* 2013; 38:1051–7.
9. Thompson RA. Attachment and life history theory: A rejoinder. *Child Dev Perspect* 2010.
10. Williams A. Adolescents' relationships with parents. *Journal of Language and Social Psychology*. 2003.
11. Minnis H, Marwick H, Arthur J, McLaughlin A. Reactive attachment disorder - A theoretical model beyond attachment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006.

12. Mikulincer, M. And P.R. Shaver, an attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 2012. 11(1): p. 11-5.
13. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: Treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23:68–73.
14. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:573–88.
15. Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Ansseau M. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res* 1999; 33:31–6.
16. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: A reply to commentaries. *Psychiatr Dev* 1988; 6:83–120.
17. American Psychiatric Association. Cautionary Statement for Forensic Use of DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. 2014.
18. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In Çetin FÇ, editor. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları*: 3, 2008, p. 293–311.
19. Barkley RA, Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard’s Description in 1775 of “Attention Deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *J AttenDisord* 2012; 16:623–30.
20. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (Inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and “mental restlessness” (1798). *Child Psychol Psychiatry Rev* 2001; 6:66–73.
21. Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children’s book. *Eur Psychiatry* 2004; 19:303–6.
22. GF S. Some abnormal physical conditions in children. *Lancet* 1902; 1008-1012, 1077-1082.
23. Barney SJ, Allen DN, Thaler NS, Park BS, Strauss GP, Mayfield J. Neuropsychological and behavioral measures of attention assess different constructs in children with traumatic brain injury. *Clin Neuropsychol* 2011; 25:1145–57.

24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II. American Psychiatric Association, 1968.
25. Association, A.P.c., Diagnostic And Statistic Manual Of Mental Disorders. 1980, Washington: American Psychiatric Association.
26. Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd~ ed-revised). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
27. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th Edition (DSM-IV) Washington DC: APA, 1994.
28. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder a cross the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:386–92.
29. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics* 2012; 9:490–9.
30. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:354–61.
31. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, Aydin C, Rohde LA. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child Adolescent Psychiatry MentHealth* 2013; 7:1–10.
32. Karacetin, G., Arman, A. R., Fis, N. P., Demirci, E., Ozmen, S., Hesapcioglu, S. T., ... & Tekden, M. (2018). Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *Journal of affective disorders*, 238, 513-521.
33. Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*, 166(2), 117-123.
34. Ercan, E. S. "Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler." *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatric Sciences* 6.2 (2010): 1-5.

35. LOGE D V., STATON RD, BEATTY WW. Performance of Children with ADHD on Tests Sensitive to Frontal Lobe Dysfunction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:540–5.
36. Levy F, Swanson JM. Timing, space and ADHD: The dopamine theory revisited. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35:504–11.
37. Asherson PJ, Curran S. Approaches to gene mapping in complex disorders and their application in child psychiatry and psychology. *Br J Psychiatry* 2001; 179:122–8.
38. Faraone, S.V., et al., Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 2005. 57(11): p. 1313-1323.
39. Akgün GM, Tufan E, Yurteri N, Erdoğan A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Boyutu. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3:15–48.
40. SPRICH S, BIEDERMAN J, CRAWFORD MH, MUNDY E, FARAONE S V. Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1432–7.
41. Li Z, Chang S, Zhang L, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: A review. *Psychiatry Res* 2014; 219:10–24.
42. Maher BS, Marazita ML, Ferrell RE, Vanyukov MM. Dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Psychiatr Genet* 2002; 12:207–15.
43. Arias-Vásquez A, Altink ME, Rommelse NNJ, Slaats-Willemse DIE, Buschgens CJM, Fliers EA, Faraone S V., Sergeant JA, Oosterlaan J, Franke B, Buitelaar JK. CDH13 is associated with working memory performance in attention deficit/hyperactivity disorder. *Genes, Brain Behav* 2011; 10:844–51.
44. Salatino-Oliveira A, Genro JP, Polanczyk G, Zeni C, Schmitz M, Kieling C, Anselmi L, Menezes AMB, Barros FC, Polina ER, Mota NR, Grevet EH, Bau CHD, Rohde LA, Hutz MH. Cadherin-13 gene is associated with hyperactive/impulsive symptoms in attention/deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet* 2015; 168:162–9.
45. Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, Van Den Bree M, Thomas H, Harold G, Hay D. Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1985–9.

46. Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, Mouren M-C. Iron Deficiency in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:1113.
47. Milberger S, Biederman J, Faraone S V., Guite J, Tsuang MT. Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: Issues of gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* 1997; 41:65–75.
48. Amso D, Scerif G. The attentive brain: insights from developmental cognitive neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2015; 16:606–19.
49. Park S, Cho S-C, Kim J-W, Shin M-S, Yoo H-J, Min Oh S, Hyun Han D, HoonCheong J, Kim B-N. Differential perinatal risk factors in children with attention-deficit/hyperactivity disorder by subtype. *Psychiatry Res* 2014; 219:609–16.
50. Huizink AC, Mulder EJH. Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30:24–41.
51. Clements CC, Castro VM, Blumenthal SR, Rosenfield HR, Murphy SN, Fava M, Erb JL, Churchill SE, Kaimal AJ, Doyle AE, Robinson EB, Smoller JW, Kohane IS, Perlis RH. Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Mol Psychiatry* 2015; 20:727–34.
52. Şair YB, Sevinçok D, Kutlu A, Çakaloğlu B, Sevinçok L. The affective temperament traits and pregnancy-related depression in mothers may constitute risk factors for their children with attention deficit and hyperactivity disorder. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* 2019;1–6.
53. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, Sarfatti SE, Vauss YC, Snell JW, Lange N, Kaysen D, Krain AL, Ritchie GF, Rajapakse JC, Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:607–16.
54. Mostofsky SH, Cooper KL, Kates WR, Denckla MB, Kaufmann WE. Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2002; 52:785–94.

55. Greven CU, Bralten J, Mennes M, O'Dwyer L, Van Hulzen KJE, Rommelse N, Schweren LJS, Hoekstra PJ, Hartman CA, Heslenfeld D, Oosterlaan J, Faraone S V., Franke B, Zwiers MP, Arias-Vasquez A, Buitelaar JK. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:490–9.
56. Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, Walter JM, Sharp W, Tran T, Vaituzis AC, Blumenthal JD, Nelson J, Bastain TM, Zijdenbos A, Evans AC, Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:289–95.
57. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, vanHulzen KJE, Medland SE, Shumskaya E, Jahanshad N, Zeeuw P de, Szekely E, Sudre G, Wolfers T, Onnink AMH, Dammers JT, Mostert JC, Vives-Gilabert Y, Kohls G, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry* Elsevier Ltd, 2017; 4:310–9.
58. Durston S, Casey BJ. What have we learned about cognitive development from neuroimaging? *Neuropsychologia* 2006; 44:2149–57.
59. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, Clasen L, Evans A, Giedd J, Rapoport JL. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007; 104:19649–54.
60. PLISZKA SR, McCracken JT, MAAS JW. Catecholamines in Attention-DeficitHyperactivity Disorder: Current Perspectives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:264–72
61. Solanto M V. Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: a review and integration. *Behav Brain Res* 1998; 94:127–52.
62. Spencer TJ, Biederman J, Madras BK, Faraone S V., Dougherty DD, Bonab AA, Fischman AJ. In vivo neuroreceptor imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder: A focus on the dopamine transporter. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1293–300.
63. Biederman J, Spencer T. Attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd) as a noradrenergic disorder. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1234–42.

64. Kieling C, Goncalves RRF, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008, p. 285–307.
65. Ivanov, I., Newcorn J. No Title Attention-deficit/Hyperactivity Disorders. In Sexson S.B (Ed). In *Child and Adolescent Psychiatry* 2005, p. 91–104.
66. Pliszka SR. The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2005, p. 1385–90.
67. Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nation wide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38.
68. Elia, J., P. Ambrosini, and W. Berrettini, ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2008. 2(1): p. 15.
69. Mukaddes NM. Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar. Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar. Nobel Tıp Kitabevleri, 2015, 1–13 p.
70. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007; 32:631–42.
71. Tahiroğlu YAUT. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri, Eşlik Eden Bozukluklar ve Tedavi Yaklaşımları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fak.
72. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, Van Den Bree M, Harold G, Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2010; 196:235–40.
73. Caye A, Swanson J, Thapar A, Sibley M, Arseneault L, Hechtman L, Arnold LE, Niclasen J, Moffitt T, Rohde LA. Life Span Studies of ADHD—Conceptual Challenges and Predictors of Persistence and Outcome. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18:111.
74. McAuley T, Crosbie J, Charach A, Schachar R. The persistence of cognitive deficits in remitted and unremitted ADHD: A case for the state-independence of response inhibition. *J Child Psycho Psychiatry Allied Discip* 2014; 55:292–300.

75. Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, Schluchter M, Gerry Taylor H, Flannery D, Klein N, Borawski E. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics* 2004; 114:932–40.
76. JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Rey JM & Martin A (eds). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2019.
77. Greenhill LL, Findling RL, Swanson JM. A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Modified-Release Methylphenidate in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2002; 109:e39–e39.
78. Bymaster, F. P., Katner, J. S., Nelson, D. L., Hemrick-Luecke, S. K., Threlkeld, P. G., Heiligenstein, J. H., ... & Perry, K. W. (2002). Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology*, 27(5), 699-711.
79. Biederman J, Spencer T, Wilens T. Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004; 7:77–97.
80. Hirota T, Schwartz S, Correll CU. Alpha-2 Agonists for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis of Monotherapy and Add-On Trials to Stimulant Therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53:153–73.
81. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*. 2009, p. 129–40.
82. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, Buonanno C. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther* 2015; 75:60–71.
83. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42:1-6.
84. Barkley RA. Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment, and Comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013; 42:161–173

85. Saxbe C, Barkley RA. The second attention disorder? Sluggish cognitive tempo vs. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Update for clinicians. *J Psychiatr Pract* 2014; 20:38–49.
86. Fenollar Cortés, J., Servera, M., Becker, S. P., & Burns, G. L. (2017). External validity of ADHD inattention and sluggish cognitive tempo dimensions in Spanish children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 21(8), 655-666.
87. Barkley RA. *Barkley Sluggish Cognitive Tempo Scale—Children and Adolescents (BSCTS-CA)*. New York, NY, US: The Guilford Press, 2018.
88. Smith, Z. R., Eadeh, H. M., Breaux, R. P., & Langberg, J. M. (2019). Sleepy, sluggish, worried, or down? The distinction between self-reported sluggish cognitive tempo, day time sleepiness, and internalizing symptoms in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological assessment*, 31(3), 365.
89. Garner AA, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgins B. Dimension and Correlates of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *J Abnorm Child Psychol* 2010; 38:1097–107.
90. Skirbekk B, Hansen BH, Oerbeck B, Kristensen H. The Relationship Between Sluggish Cognitive Tempo, Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Anxiety Disorders. *J Abnorm Child Psychol* 2011; 39:513–25.
91. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: Content validity, factor structure, and reliability. *Psychol Assess* 2009; 21:380–9.
92. Burns, G. L., & Becker, S. P. (2019). Sluggish cognitive tempo and ADHD symptoms in a nationally representative sample of US children: Differentiation using categorical and dimensional approaches. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-14.
93. Servera, M., Sáez, B., Burns, G. L., & Becker, S. P. (20). Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of abnormal psychology*, 127(8), 818.
94. Moruzzi, S., F. Rijdsdijk, and M. Battaglia, A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. *J Abnorm Child Psychol*, 2014. 42(1): p. 63-75.

95. Graham, D.M., et al., Prenatal alcohol exposure, attention-deficit/hyperactivity disorder, and sluggish cognitive tempo. *Alcohol Clin Exp Res*, 2013. 37 Suppl 1: p. E338-46.
96. Reeves, C.B., et al., Brief report: sluggish cognitive tempo among pediatric survivors of acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Psychol*, 2007. 32(9): p. 1050-4.
97. Camprodon-Rosanas, E., Ribas-Fitó, N., Batlle-Vila, S., Persavento, C., Alvarez-Pedrerol, M., Sunyer, J., & Forns, J. (2017). Sluggish cognitive tempo: Sociodemographic, behavioral, and clinical characteristics in a population of Catalan school children. *Journal of attention disorders*, 21(8), 632-641.
98. Camprodon-Rosanas E, Pujol J, Martínez-Vilavella G, Blanco-Hinojo L, Medrano-Martorell S, Batlle S, Forns J, Ribas-Fitó N, Dolz M, Sunyer J. Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019; 58:256–66.
99. Marshall S.A., Evans S.W., Eiraldi R. B., Becker S., Power T.J. (2014): Social and academic impairment in youth with ADHD, predominantly inattentive type and Sluggish Cognitive Tempo.
100. Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C. L., Pfiffner, L. J., McBurnett, K. & Hangai, D. (2007). Social skills differences among attention-deficit/ hyperactivity disorder types in a chatroom assessment task. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 509 –521.
101. Willcutt, E. G., Chhabildas, N., Kinnear, M., De Fries, J. C., Olson, R. K., Leopold, D. R. et al. (2014). The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM–IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 21 –35.
102. Becker SP, Burns GL, Leopold DR, Olson RK, Willcutt EG. Differential impact of trait sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in early childhood on adolescent functioning. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2018; 59:1094–104.
103. Becker SP, Holdaway AS, Luebke AM. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. *J Adolesc Heal* 2018; 63:181–8.
104. Lee S, Burns GL, Snell J, McBurnett K. Validity of the Sluggish Cognitive Tempo Symptom Dimension in Children: Sluggish Cognitive Tempo and ADHD-Inattention as Distinct Symptom Dimensions. *J Abnorm Child Psychol* 2014; 42:7–19.

105. Reinvall O, Kujala T, Voutilainen A et al. Sluggish cognitive tempo in children and adolescents with higher functioning autism spectrum disorders: Social impairments and internalizing symptoms. *Scand J Psychol.* 2017; 58:389-99.
106. Soysalı Ş. A., Bodur Ş., İşeri E, Şenol S. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. (Klinik Psikiyatri 2005; 8:88-99.
107. Bowlby, J., Attachment and loss: Vol.1. Attachment (2nd ed.). 1969-1982.
108. Holmes J. John Bowlby and Attachment Theory. Routledge, London 1993;pp 61-78.
109. Bowlby, J., Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger.1973.
110. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* 2015.
111. Soysal A, Özçelik A, Arhan E, İşeri E, Gücüyener K. Bir olgu sunumu eşliğinde tepkisel bağlanma bozukluğunun gözden geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 2009; 18:248-252.
112. Kesebir Ş, Özdoğan S, Üstündağ M F, Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2):321-342.
113. Bowlby J. Attachment and Loss, 1st Ed. London, Hogarth Press, 1969.) (Bowlby J. The Making and Breaking of Affectional Bonds. London, Tavistock Publications, 1979.
114. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:975–90.
115. Pedlow R, Sanson A, Prior M, Oberklaid F. Stability of Maternally Reported Temperament From Infancy to 8 Years. *Dev Psychol* 1993; 29:998–1007.
116. Köse, S., Sayar, K., Ak, İ., Aydın, N., Kalelioğlu, Ü., Kirpinar, I., & Cloninger, C. R. (2004). Mizaç ve karakter envanteri: Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14(3).

117. Cloninger CR, Silk KR. The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. In *Biology of personality disorders* 1998, p. 63–92.
118. Cloninger, C.R. (1994). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 573-588
119. Kampman O, Viikki M, Järventausta K, Leinonen E. Meta-analysis of anxiety disorders and temperament. *Neuropsychobiology*. 2014, p. 175–86.
120. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychol Bull* 2010; 136:768–821.
121. Kuo PH, Chih YC, Soong WT, Yang HJ, Chen WJ. Assessing Personality Features and Their Relations with Behavioral Problems in Adolescents: Tridimensional Personality Questionnaire and Junior Eysenck Personality Questionnaire. *Compr Psychiatry* 2004; 45:20–8.
122. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting Early Onset of Male Antisocial Behavior from Preschool Behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:732–9.
123. Caspi A. The child is father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78:158–72.
124. BIEDERMAN J, ROSENBAUM JF, BOLDUC-MURPHY EA, FARAONE S V., CHALOFF J, HIRSHFELD DR, KAGAN J. A 3-Year Follow-up of Children with and without Behavioral Inhibition. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1993; 32:814–21.
125. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health*. *Turk J Child Adolesc Ment Heal* [Internet] 2004; 11:109–16. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-11929-001>.
126. Turgay A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yaşam boyu değişim. In Aysev A, editor. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü kitabı* 2001, p. 111–32.
127. Firat S, Bolat GU, Gul H, Baytunca MB, Kardas B, Aysev A, Ercan ES. Barkley child attention scale validity and reliability study. *Dusunen Adam* 2018.

128. Kerns KA, Tomich PL, Aspelmeier JE, Contreras JM. Attachment-based assessments of parent-child relationships in middle childhood. *Dev Psychol* 2000.
129. Sümer N, Şendağ MA. Orta çocukluk döneminde ebeveynlere bağlanma, benlik algısı ve kaygı. *Türk Psikol Derg* 2009.
130. Köse, S., Celikel, F. C., Akin, E., Kaya, C., Cumurcu, B. E., Etikan, I., ve Cloninger, C. R. (2017). Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Junior Temperament and Character Inventory-Revised. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 6-13.
131. Staller J, Faraone S V. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs* 2006; 20:107–23.
132. Rondon AT, Hilton DC, Jarrett MA, Ollendick TH. Sleep, Internalizing Problems, and Social Withdrawal: Unique Associations in Clinic-Referred Youth With Elevated Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Atten Disord* 2018;1087054718756197.
133. Jacobson, L. A., Murphy-Bowman, S. C., Pritchard, A. E., Tart-Zelvin, A., Zabel, T. A., & Mahone, E. M. (2012). Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. *Journal of abnormal child psychology*, 40(8), 1327-1337.
134. Doğan, E. Bilgen, Yavaş bilişsel temponun eşlik ettiği ve etmediği dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı 8-12 yaş çocuklarda empati, ebeveyn davranış biçimi ve komorbidite varlığı ile akran zorbalığı ilişkisinin karşılaştırılması. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi / İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi / Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı / Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020.
135. Bauermeister, J. J., Barkley, R. A., Bauermeister, J. A., Martínez, J. V., & McBurnett, K. (2012). Validity of the sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: Neuropsychological and psychosocial correlates. *Journal of abnormal child psychology*, 40(5), 683-697.
136. Chudal R, Joelsson P, Gyllenberg D, Lehti V, Leivonen S, Hinkka-Yli-Salomäki S, Gissler M, Sourander A. Parental Age and the Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54:487-494.e1.

137. Mikkelsen SH, Olsen J, Bech BH, Obel C. Parental age and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Int J Epidemiol* 2017; 46:409–20.
138. Lee S, Burns GL, Becker SP. Can Sluggish Cognitive Tempo Be Distinguished From ADHD Inattention in Very Young Children? Evidence From a Sample of Korean Preschool Children. *J AttenDisord* 2017; 21:623–31.
139. Kang NR, Kwack YS (2019) Temperament and character profiles associated with internalizing and externalizing problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Investig* 16:206–212.
140. Cho, S.C Hwang, J.W., Lyoo, I.K., Yoo, H.J., Kin, B.N., Kim, J.W., 2008. Patterns of temperament and character in a clinical sample of Korean children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62 (2), 160-166.
141. Yoo, H.J., Kim, M., Ha, J.H., Chung, A., Sim, M.E., Kim, S.J., Lyoo, I.K., 2006. Biogenetic temperament and character and attention deficit hyperactivity disorder in Korean children. *Psychopathology* 39 (1), 25-31.).
142. Jensen PS, Shervette RE, Xenakis SN, Richters J. Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity new findings. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1203–9.
143. Carlson CL, Mann M. Sluggish Cognitive Tempo Predicts a Different Pattern of Impairment in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002; 31:123–9.
144. Clarke, L. Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., &Steifel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 179–198.
145. Franke, S.Kissgen, R., Krischer, M., & Sevecke, K. (2017). Attachment in Children with ADHD, 497–510.
146. Guttman-steinmetz, S.Crowell, J., Doron, G., &Mikulincer, M. (2011). Associations between mothers 'and children' s secure base scripts in ADHD and community cohorts, *13*(6), 597–610.
147. Garner, A. A., Mrug, S., Hodgins, B., &Patterson, C. (2013). Do symptoms of sluggish cognitive tempo in children with ADHD symptoms represent comorbid internalizing difficulties? *Journal of attention disorders*, 17(6), 510-518.

148. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord* 2002; 5:143–54.
149. Salgado, C. A., Bau, C. H., Grevet, E. H., Fischer, A. G., Victor, M. M., Kalil, K. L., ... &Belmonte-de-Abreu, P. (2009). Inattention and hyperactivity dimensions of ADHD are associated with different personality profiles. *Psychopathology*, 42(2), 108-112.
150. Daş, Muhammet. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların VeEbeveynlerin Mizaç Özelliklerinin ve Davranışsal İnhibisyon Sistemi/ Davranışsal Aktivasyon Sistemlerinin Değerlendirilmesi. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020.
151. Buss AH, Plomin R, Willerman L. The inheritance of temperaments. *J Pers* 1973; 41:513–24.
152. Asch, M., Cortese, S., Diaz, F. P., Pelissolo, A., Aubron, V., Orejarena, S., ... &Purper-Ouakil, D. (2009). Psychometric properties of a French version of the junior temperament and character inventory. *European child & adolescent psychiatry*, 18(3), 144-153.
153. Kang, N. R., &Kwack, Y. S. (2018). Temperament and character profiles for children with ADHD with and without tic disorders. *Psychiatryresearch*, 270, 281-285.
154. Goth, K., &Schmeck, K. (2009). The Junior Temperament and Character Inventory (JTIC). Göttingen, Germany: Hogrefe.
155. Paris, J. (2005). Neurobiological dimensional models of personality: A review of the models of Cloninger, Depue, and Siever. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 156-170.
156. Finzi-Dottan R, Mannor I, Tyano S. (2006). ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatry Hum Dev*. 37(2):103-14.

11. EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

TARİH:

- 1) Adı Soyadı:
- 2) Doğum Tarihi ve Yaşı:
- 3) Cinsiyeti: a) kız b) erkek
- 4) Düzenli olarak kullandığı ilaç tedavisi:
a) var (belirtiniz.....) b) yok
- 5) Yaşadığı yer: a) İl merkezi b) İlçe c) Köy
- 6) Beraber yaşadığı kişiler:
a) Anne/baba/kardeş b) Geniş aile c) yurt/kurum d) üvey anne/baba
- 7) Anne-baba medeni durumu: a) birlikte b) boşanmış c) ayrı yaşıyor
- 8) Annenin Şu Anki Yaşı – Annenin Doğum Sırasındaki Yaşı:
- 9) Anne eğitim düzeyi:
a) okuryazar değil b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite
- 10) Babanın Şu Anki Yaşı – Babanın Doğum Sırasındaki Yaşı
- 11) Baba eğitim düzeyi:
a) okuryazar değil b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite
- 12) Gebelikte ilaç/hastalık/sigara veya alkol kullanım öyküsü:
a) var (belirtiniz.....) b) yok
- 13) Doğum şekli: a) Sezeryan b) normal doğum
- 14) Doğum ağırlığı:
- 15) Gebelik süresi:
a) çok erken doğum (<32 hafta) b) erken doğum (32-37 hafta) c) miad (>37 hafta)
- 16) Yürüme zamanı:
- 17) Konuşma zamanı:
- 18) Kaç ay anne sütü aldığı:

Ek-2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi
Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY)

GDO		c.Kansik-BB	
1.Sımdiki	-----	d.Hızlı döngülü	-----
2.Geçmiş en kötü	-----	11.a.DSM-III-R	-----
3.Geçmiş en iyi	-----	b.DSM-IV	-----
		12.Sikotimi	-----
DEPRESYON (Ek 1)		13.BB-BTA	-----
1.Chökün duygudurum	-----	14.Szoafektif-manik	-----
2.Distforik duygudurum	-----	PSİKOZ (Ek 2)	
3.Değişiklik	-----	Vananiar	-----
4.a.Uykuya dalmakta güçlük	-----	1.a.Sözel olmayan	-----
b.Blünme	-----	1.b.Komut veren	-----
c.Erken uyanma	-----	1.c.Yorum yapan	-----
d.Uyku düzeni bozulduğu	-----	1.d.Birbirine konuşan	-----
e.Dinlendirmeyen uyku	-----	1.e.Sesli düşünce	-----
f.Fazla uyuma	-----	1.f.Diğer sözel	-----
5.Enerji azlığı	-----	2.a.Kafa içi	-----
6.a.Düşüncede yavaşlama	-----	2.b.Dışardan	-----
b.Karamsılık	-----	2.c.Her ikisi	-----
7.a.Igtah azalması	-----	3.GörseI	-----
b.Kilo kaybı	-----	4.Dokunma	-----
c.Artmış iğtah	-----	5.Koku	-----
d.Kilo alma	-----	6.Yanılsama	-----
8.a.Ajıtasyon	-----	7.Kültürel kabul	-----
b.Psikomotor yavaşlama	-----	8.Süre	-----
9.a.Değensizlik hissi	-----	9.DB ile birlikte	-----
b.Suçluluk duygusu	-----	10.Travma ile birlikte	-----
10.Çaresizlik, karamsarlık	-----	11.Madde/organik ile birlikte	-----
11.Reddedilme duyarlılığı	-----	12.Tetikleyici	-----
Diğer kriterler		13.Süre>1 hafta	-----
1.Tetikleyici	-----	Sanniar	-----
2.Mens ile belirtiler	-----	1.Büyüklük	-----
3.a.Sosyal	-----	2.Suçluluk	-----
b.Aile	-----	3.Kontrol edime	-----
c.Okul	-----	4.BedenseI	-----
4.MDB	-----	4.a.Yalnızca duygulanım atağı	-----
5.a.DSM-III-R	-----	5.Nihilizm	-----
b.DSM-IV	-----	6.Düşünce yayınlanma	-----
6.Mevimsel	-----	7.Düşünce sokulma	-----
7.Atipik depresyon	-----	8.Düşünce çalınma	-----
8.Psikotik MDB	-----	9.Mesaj alma	-----
9.Szoafektif-Dep	-----	10.Zarar gömne	-----
10.Distimi	-----	11.Düşünce okunma	-----
11.Distimi primer	-----	12.Referans	-----
12.Distimi sekonder	-----	13.Diğer	-----
13.BTA-DB	-----	14.Ailesel	-----
14.Depreme uyum bozulduğu	-----	15.Birden fazla	-----
MANİ (Ek 1)		16.MDB ya da mani	-----
1.Büyüklük	-----	17.Madde/tbbi hastalık	-----
2.Başvncı konuşma	-----	18.Chökün/ kabarmış duygulanım	-----
3.Yargılama zayıflığı	-----	19.Tetikleyici	-----
4.Dikkat dağınıkldğı	-----	20.Süre>1 hafta	-----
5.Fiziksel huzursuzluk	-----	Diğer psikotik belirtiler	
6.Alkol, madde etkisi	-----	1.a.Künt duygulanım	-----
7.Süresi	-----	b.Uyumsuz duygulanım	-----
8.işlevsellikte bozulma	-----	2.a.Enkoherans	-----
a.Sosyal	-----	b.Çağırnı çözülmesi	-----
b.Ailesiyie	-----	3.Katatoni	-----
c.Okulda	-----	işlevsellik	
d.Hastanede yatma	-----	1. okul	-----
e.Diğer	-----	2.akran	-----
9.a.DSM-III-R	-----	3.aile	-----
b.DSM-IV	-----	4.öz bakım	-----
10.a.Manik-BB	-----	1.Seyir	a.Subkronik
b.Depresyon-BB	-----		b.Kronik

c.Akut-subkronik	_____	n.diğer	_____
d.Akut-kronik	_____	2.Korkunun aşınılığ	_____
e.Remisyon	_____	3.Süre (6 ay ve üstü)	_____
2.Eđlik eden özellikler	_____	4.Bozulma	a.Sosyal
			b.Aile
			c.Okul
1.Prognostik özellikler a._____ b._____ c._____		5.Tetikleyici	_____
2.Prognoz a.İyi_____ b.Orta_____		6.a. DSM-III-R	_____
c.Kötü	_____	b. DSM-IV	_____
PANİK (Ek 3)		7.a.Hayvan tipi	_____
1.Dispne	_____	b.Dođal çevre tipi	_____
2.Bađdönmesi	_____	c.Kan	_____
3.Çarpıntı	_____	d.Durumsal tip	_____
4.Titreme	_____	e.Diğer tip	_____
5.Terleme	_____	8.Agorafobi	_____
6.Bođulma hissi	_____	9.Agorafobik panik	_____
7.Bulantı	_____	YAYGIN ANKSİYETE (Ek 3)	
8.Depersonalizasyon	_____	1.Geçmiş davranış	_____
9.Kanncalanma	_____	2.Yeterlilik	_____
10.Ürperme,ateř basması	_____	3.Rahatlatılma	_____
11.Göğüs ağrıı	_____	4.Endişeleri kontrol	_____
12.Ölüm korkusu	_____	5.a.Ađn	_____
13.Kontrol kaybetme korkusu	_____	b.Huzursuzluk	_____
Diğer kriterler		c.Kolay yorulma	_____
14.Uyaran	_____	d.huzursuzluk	_____
15.Beklenmeyen atak	_____	e.dikkat	_____
16.En az belirti	_____	f.uyku	_____
17.Atak sıklığı	_____	g.tedirginlik	_____
18.Atak korkusu	_____	6.Süre	_____
19.Bađlangıç	_____	7.a.Sosyal	_____
20.Agorafobi	_____	b.Aile	_____
21.a.Sosyal	_____	c.Okul	_____
b.Aile	_____	8.Tetikleyici	_____
c.Okul	_____	9.DSM-III-R	_____
22.a.DSM-III-R	_____	10. DSM-IV	_____
b.DSM-IV	_____	OKB (Ek 3)	
23.Sınırlı belirti	_____	Kompulsyonlar	
AYRILIK KAYGISI (Ek 3)		1.a.Dokunma	_____
1.Kabuslar	_____	1.b.Sayma	_____
2.Fiziksel belirtiler	_____	1.c.Temizleme	_____
3.Aynlık beklentisi ile sınıt	_____	1.d.Kontrol etme	_____
4.Aynlıkta ağn sınıt	_____	1.e.Toplama	_____
5.Süre (en az 2 hafta)	_____	1.f.Sıralama	_____
6.Bozulma a.Sosyal	_____	1.g.Planlama	_____
b.Aile	_____	1.h.Yineleme	_____
c.Okul	_____	1.i.Diğer	_____
7.Tetikleyici	_____	2.Amaç	_____
8.DSM-III-R	_____	3.Ađılanma	_____
DSM-IV	_____	4.Zaman harcama	_____
FOBİ (Ek 3)		5.a.Sosyal	_____
1.Fobik uyaran	_____	5.b.Aile	_____
a.Yükseklik	_____	5.c.Okul	_____
b.Karanlık	_____	5.d.Ađn sınıt	_____
c.kan	_____	Obsesyonlar	
d.köpek	_____	1.a.Bulađma,somatik	_____
e.diğer hayvanlar	_____	1.b.Saldiran düşünce	_____
f.böcek	_____	1.c.Hihiliztik düşünce	_____
g.evin diğında yalnız	_____	1.d.Simetri	_____
h.kalabalık	_____	1.e.Anlamaz ses	_____
i.ađık alan	_____	1.f.Oinsel	_____
j.yokuluk	_____	1.g.Biriktirme	_____
k.asansör	_____	1.h.Dinsel	_____
l.diğer kapalı alan	_____	1.i.Diğer	_____
m.köprü	_____		

2. Anlamsız düşünce	---	---	---
3. Baskılama	---	---	---
4. Kaynak	---	---	---
5. Zaman harcama	---	---	---
6.a. Sosyal	---	---	---
6.b. Aile	---	---	---
6.c. Okul	---	---	---
6.d. Aşırı sıkıntı	---	---	---
7. DSM-III-R	---	---	---

8. DSM-IV

ADHD (E k 4)

1. Dikkatsizlik hatası	---	---	---
2. Dinlemez	---	---	---
3. Yönergeleri izleyemez	---	---	---
4. İşleri düzenleyemez	---	---	---
5. Kaçırır	---	---	---
6. Kaybeder	---	---	---
7. Unutkandır	---	---	---
8. Yerinde duramaz	---	---	---
9. Çok koşar	---	---	---
10. Motor gibidir	---	---	---
11. Sessizce oynayamaz	---	---	---
12. Söz hakkı bekleyemez	---	---	---
13. Sıra sıra bekleyemez	---	---	---
14. Söz keser	---	---	---
15. Etkinlik değiştirir	---	---	---
16. Fazla konuşur	---	---	---
17. Tehlikeli işlere girer	---	---	---
18. Süre	---	---	---
19. Başlangıç yaşı	---	---	---
20. a. Sosyal	---	---	---
b. Aile	---	---	---
c. Okul	---	---	---
21. (DSM-III-R)	---	---	---
22. (DSM-IV)	---	---	---
23. Dikkatsizlik	---	---	---
24. Hareketlilik	---	---	---
25. Bileşik	---	---	---
26. BTA	---	---	---

KARŞI GELME BOZUKLUĞU (E k 4)

1. Kolay kızar	---	---	---
2. Öfkeli	---	---	---
3. Kinci	---	---	---
4. Küfür	---	---	---
5. Bilerek kızdırır	---	---	---
6. Başkasını suçlar	---	---	---
7. Süre	---	---	---
8.a. Sosyal	---	---	---
b. Aile	---	---	---
c. Okul	---	---	---
9. Tetikleyici	---	---	---
10. a. DSM-III-R	---	---	---
b. DSM-IV	---	---	---

DAVRANIM BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Vandalizm	---	---	---
2. Zorla giriş	---	---	---
3. Hırsızlık	---	---	---
4. Yangın	---	---	---
5. Gece dışarda	---	---	---
6. Evden kaçma	---	---	---
7. Silah	---	---	---
8. Eziyet	---	---	---
9. Cinsel zorlama	---	---	---

10. Hayvanlara eziyet	---	---	---
11.a. Sosyal	---	---	---
b. Aile	---	---	---
c. Okul	---	---	---
12. Süre	---	---	---
13. Grup tipi	---	---	---
14. Tek başına	---	---	---
15. Ayrışmamış	---	---	---
16. Çocukluk başlangıcı	---	---	---
17. Ergenlik başlangıcı	---	---	---
18. DSM-III-R	---	---	---
DSM-IV	---	---	---

On yaş altı başlayan

On yaş üstü başlayan

Hafif belirtiler

Orta şiddette

Ödd belirtiler

ALKOL KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıdık	---	---	---
2. Miktar	---	---	---
3. Çok içme	---	---	---
4. Fiziksel	---	---	---
5. Tehlikeli davranış	---	---	---
6. Psikolojik	---	---	---
7. Mesleki	---	---	---
8. Sosyal	---	---	---
9. Yasal	---	---	---
10. Sarhoş	---	---	---
11. Etkinliklerin azaltılması	---	---	---
12. Zaman harcama	---	---	---
13. Tolerans	---	---	---
14. Bırakma	---	---	---
15. Çekilme	---	---	---
16. Çekilme alkol	---	---	---
17. Süre	---	---	---
18. Kötüye kullanma	---	---	---
a. DSM-III-R	---	---	---
b. DSM-IV	---	---	---
19. Alkol bağımlılığı	---	---	---
a. DSM-III-R	---	---	---
b. DSM-IV	---	---	---

MADDE KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıdık (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
2. Fazla (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
3. Fiziksel (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
4. Tehlikeli (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
5. Psikolojik (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
6. Mesleki (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
7. Sosyal (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
8. Yasal (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
9. Sarhoş (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
10. Etkinlik (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
11. Zaman (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
12. Tolerans (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
13. Bırakma (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
14. Çekilme (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
15. Çekil. madde (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
16. Süre (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
18. Kötüye kullanma (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
a. DSM-III-R	---	---	---
b. DSM-IV	---	---	---
19. Madde bağımlılığı (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	---	---	---
a. DSM-III-R	---	---	---
b. DSM-IV	---	---	---

ANOREKSİYA NERVOZA (Ek 5)

- | | | | |
|-------------------------|-------|-----|-----|
| 1. Beden imgesi | ___ | ___ | ___ |
| 2. Amenore | ___ | ___ | ___ |
| 3. DSM-III-R ve DSM-IV | _____ | | |
| Kısıtlayıcı tip | _____ | | |
| Tikanlıcasına yeme tipi | _____ | | |

BULİMİYA

- | | | | |
|------------------|-------|-----|-----|
| 1. Kontrol kaybı | ___ | ___ | ___ |
| 2. Kiloyla uğraş | ___ | ___ | ___ |
| 3. Süre | ___ | ___ | ___ |
| 4. a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |

TİK BOZUKLUĞU (Ek 5)**Basit motor**

- | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|
| 1. Göz kırpması | ___ | ___ | ___ |
| 2. Yüz | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kafa | ___ | ___ | ___ |
| 4. Omuz | ___ | ___ | ___ |
| 5. Kol | ___ | ___ | ___ |
| 6. Kollar | ___ | ___ | ___ |
| 7. Bacak | ___ | ___ | ___ |
| 8. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Karmaşık motor

- | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|
| 1. Dokunma, vurma | ___ | ___ | ___ |
| 2. Zıplama, dönme | ___ | ___ | ___ |
| 3. Ekokinezi | ___ | ___ | ___ |
| 4. Kendine zarar | ___ | ___ | ___ |
| 5. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Basit ses

- | | | | |
|------------------------|-----|-----|-----|
| 1. Burun, öksür, boğaz | ___ | ___ | ___ |
| 2. Hırlama | ___ | ___ | ___ |
| 3. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Karmaşık ses

- | | | | |
|-------------------------|-------|-----|-----|
| 1. Kendi sözcük yinleme | ___ | ___ | ___ |
| 2. Başka sözcük yinleme | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kapısalı | ___ | ___ | ___ |
| 4. Hakaret | ___ | ___ | ___ |
| 5. Diğer | ___ | ___ | ___ |
| 6. a. Sosyal | ___ | ___ | ___ |
| b. Aile | ___ | ___ | ___ |
| c. Okul | ___ | ___ | ___ |
| 7. Tourette | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |
| 8. Kronik Tik Boz. | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |
| 9. Geçici Tik Boz. | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | _____ | | |
| b. DSM-IV | _____ | | |

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

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI-TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(Anne-Baba)

1.BÖLÜM

A-DİKKATSİZLİK

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

B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

10.Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12.Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşutur ya da tırmanır (Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir.)	0	1	2	3
13.Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14.Hep hareket halindedir, yada sanki motor takmış gibi davranır.	0	1	2	3
15.Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

16.Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17. Sıraasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (Başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına bununu sokar.)	0	1	2	3
1B bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	/9			
1B bölümünde alınan toplam puan	/27			

H-F-0244

2.BÖLÜM SORUN

Sorunun Derecesi

	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19.Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20.Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21.Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22.Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23.Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24.Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25.Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26.Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
2.bölümde karşılanan ölçüt sayısı	/8			
2.bölümde alınan toplam puan	/24			

3.BÖLÜM SORUN

Sorunun Derecesi

	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
İNSANLARA VE HAYVANLARA KARŞI SALDIRGANLIK				
27.Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
28. Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29.Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca vb) kullanır.	0	1	2	3
30.İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31.Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33.Başka birisine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
MALA ZARAR VERME				
34.Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35.Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir(yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
DOLANDIRICILIK YA DA HIRSIZLIK				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37.Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak yada sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler (başkalarını atletir.)	0	1	2	3
38.Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık.)	0	1	2	3
KURALLARI CİDDİ BİÇİMDE BOZMA				
39.13 yaşından önce başlayarak ailenin yasaklarına karşı geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40. Anne- babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma(yada uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma.	0	1	2	3
3.bölümde karşılanan ölçüt sayısı	/15			
3.bölümde alınan toplam puan	/45			
1.2.3. bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı	/41			
Her üç bölümden alınan toplam puan	/123			

Ek-4. Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA)

BARKLEY ÇOCUK DİKKAT ANKETİ

Barkley Çocuk Dikkat Anketi

©Russell A. Barkley, Ph.D., 2013

Adı:

Tarih:

Cinsiyet:

Yaşı:

Sınıfı:

Dolduran (Anne,Baba,Öğretmen)

Yönerge

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

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

Ek-5. Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği (KGBÖ)

Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği (Kern's Security Scale; KSS)

Bu ölçek toplam 15 maddeden oluşmakta ve çocukların ebeveynlere karşı duyduğu güvenli bağlanma düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçekte her madde için karşıt yönlü iki ifade bulunmaktadır (Bazı çocuklar... ama Bazı çocuklar...). Katılımcılardan, öncelikle "AMA" yazan kutunun hemen sağında ve solunda tanımlanan iki çocuk tipinden hangisine daha çok benzediğine karar vermesi istenmektedir. Daha sonra da seçtiği tarafa gidip tarif edilen çocuğa ne kadar benzediğini belirtmesi istenmektedir.

Ters yönde yazılmış yedi madde yeniden kodlandıktan sonra ölçek toplam puan üzerinden (15-60 arasında değişen puanlarla) ya da madde sayısına bölünerek ortalama değerler üzerinden (1-4 arasında değişen puanlarla) değerlendirilebilir. Yüksek puanlar ebeveynlere karşı güvenli bağlanmaya karşılık gelmektedir.

Ters kodlanan maddeler: 1, 3, 4, 9, 10, 13, 15

Önemli Not: Maddelerdeki 'anne' ve 'baba' ifadeleri değiştirilerek anne ve baba için ayrı formlar oluşturulabilir.

Ölçek Maddeleri:

1.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerine kolayca güvenirler.	AMA	Bazı çocuklar annelerine güvenip güvenemeyecekleri konusunda emin değildirlir.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

2.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar yaptıkları her şeye annelerinin çok karıştığını düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar kendi başlarına bir şeyler yapmalarına annelerinin izin verdiğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

3.						
Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar için annelerinin yardım edeceğine inanmak kolaydır.	AMA	Bazı çocuklar için annelerinin yardım edeceğine inanmak zordur.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
4.						
Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onlarla yeterince zaman geçirdiğini düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onlarla yeterince zaman geçirmediğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
5.						
Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerine ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten pek hoşlanmazlar.	AMA	Bazı çocuklar annelerine ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten hoşlanırlar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
6.						
Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar her şeyde annelerine ihtiyaç duymaz.	AMA	Bazı çocuklar annelerine hemen hemen her şey için ihtiyaç duyar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
7.						
Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar "Keşke anneme daha yakın olabilseydim" derler.	AMA	Bazı çocuklar annelerine olan yakınlıklarıyla mutludurlar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
8.						
Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları gerçekten sevmediğinden endişe duyarlar.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları sevdiğinden emindirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
9.						
Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları anladığını hissederler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları anlamadığını hissederler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐

10.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları terk etmeyeceğinden gerçekten emindirler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları terk edebileceğinden bazen endişelenirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
11.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar ihtiyaç duyduklarında annelerinin yanlarında olamayacağını düşünerek endişelenirler.	AMA	Bazı çocuklar ihtiyaç duyduklarında annelerinin yanlarında olacağından emindirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
12.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin kendilerini dinlemediğini düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları gerçekten dinlediğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
13.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar üzgün olduklarında annelerinin yanına giderler.	AMA	Bazı çocuklar üzgün olduklarında annelerinin yanına pek gitmezler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
14.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar "Keşke annem sorunlarımı daha çok ilgilense" derler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onlara yeterince yardım ettiğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
15.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar anneleri etrafta olduğunda kendilerini daha iyi hissederek.	AMA	Bazı çocuklar anneleri etrafta olduğunda kendilerini daha iyi hissetmezler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐

Ek-6. Çocuklar İçin Mizaç Karakter Envanteri (ÇMKE)

Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri

Yönerge

Aşağıda sizin yaş grubunuzdaki çocuklar için tasarlanmış bir ölçek bulacaksınız. Soruları tam olarak anlayıp anlamadığınızdan emin olmak için aşağıdaki açıklamayı dikkatle okumanızı istiyoruz.

- ☞ Soruları yanıtlarken kurşun kalem ya da siyah renkli bir tükenmez kalem kullanınız. Bir soruyu yanıtlarken çok zaman harcamayınız, aklınıza gelen ilk yanıtı işaretleyiniz. Yanıtınızı değiştirmek isterseniz yanıtınızı silebilir ya da üzerine (X) işareti koyarak değiştirebilirsiniz:

Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
☐	☐	☒	☐	☒

- ☞ Aşağıda kişilerin kendileri hakkında kullandıkları ifadeler bulacaksınız. Bu ifadenin sizin için de geçerli olup olmadığına karar vermelisiniz. Yanıtınız evetse "Doğru" seçeneğini işaretleyiniz. Yanıtınız hayırsa "Yanlış" seçeneğini işaretleyiniz. Arada bir yerde ise "Çoğu kez doğru" ya da "Çoğu kez yanlış"ı işaretleyiniz. Karar veremiyorsanız, "Kararsızım!". Örneğin, çoğu çocuktan daha fazla güldüğünüzü düşünüyorsanız, aşağıdaki soruları şu şekilde yanıtlayabilirsiniz:

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Çok gülerim. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ |
| 2. Neredeyse hiç gülmem. | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- ☞ Ya da, bazen çok konuşabilir, bazen de çok konuşmayabilirsiniz. O zaman aşağıdaki gibi yanıtlayabilirsiniz:

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 3. Çok konuşurum | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ |
| 4. Genellikle sessizimdir. | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ |

- ☞ Soruyu anlamadıysanız ya da sizin yaş grubuna uygun olmadığını düşündüyseniz, SORUNUN ÜZERİNİ ÇİZİNİZ VE YANITLAMAYINIZ. Burası çok önemli! Örneğin:

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. <u>Hızlı arabaları kullanırım</u> | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- ☞ Ölçeği ne kadar sürede yanıtladığınızı kaydedin. Daha sonra bunu size soracağız.

Unutmayın, herkes birbirinden farklıdır. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur!

Başlamaya Hazırız. Öncelikle aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

	Erkek	Kız			
Erkek çocuğu mu yoksa kız çocuğu musunuz?	☐	☐			
	3.	4.	5.	6.	7.
Kaçıncı sınıfa gidiyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Karnenizi aldığınızda, çoğu kez notlarınız nasıldır? (Aşağıdaki yanıtlardan en yakın olanını seçiniz):					
Pekiyi	İyi	Orta	Geçer	Başarısız	
☐	☐	☐	☐	☐	

Başlayınız!

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
1. Her zaman elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mecbur olduğumdan fazla çalışmak istemem.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Okuldan döndüğümde, dışarıya çıkıp oynamak yerine dinlenmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Öğretmenlerim bana haksızlık yaparlar.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Olayları benim gibi görmeyen insanlardan rahatsızlık duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bazen düşünüp hareket edeceğime düşünmeden hareket ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Bir şey uydurduğumda diğer çocukları buna inandırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Riskli, tehlikeli işler yapmayı severim.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Kendim için çok para harcamaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Kendimle ilgili sırlarımı arkadaşlarımdan gizlemem.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Diğer çocuklarla oynamaktansa kendi kendime oynamayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Bir iş ne kadar kolaysa o işi yapmaktan o kadar çok hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
13. Kalabalık içinde olmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Arkadaşılarımdan daha güzel giysilerim olsun isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Bir şeyde başarısız olursam, diğerlerinin bana yardım etmeyişi yüzünden olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Karnemdeki notlarımı fazla dert etmem.	☐	☐	☐	☐	☐
17. İstedğim şeyleri beklemekten nefret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Bir şeyleri yaparken, önceki yöntemler sonuç verse bile yeni yöntemler denerim.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Hemen harcamaktansa para biriktirmekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Gelecek için fazla ümit beslemem, karamsanım.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
21. Keşke insanlar beni daha iyi anlasalar.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Diğer çocukların öğrenmelerine yardım etmekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sorunlarımdan bahsetmekten hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Yalnız kalmaktan hiç hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eğlence olsun diye diğer çocukları kandırmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Daha güzel olsun diye, ev ödevlerimi çoğu zaman yeniden yazarım.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Çok çalışmadığım için yetişkinler benim şımartılmış olduğumu düşünürler.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Başkalarına yardım etmekten gerçekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Önemli bulduğum şeyler üzerinde egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Bir çocuk tuhaf ya da alışılmadık ise, bu genellikle onun hatası değildir.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Hastalandığımda korkuya kapılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Bir şeyin yolunda gitmiyorsa mutlaka belli bir nedeni vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Çoğu soru ve bulmacanın nasıl çözüleceğini bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
34. Yeni insanlarla tanışmaktan gerçekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
35. İnsanların birbirine yardım etmesi herkesin yararına.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Başkaların önünde (öneğin sınıfta öğrencilerin önünde) konuşmak zorunda olduğumda gergin olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Başkalarının duyguları beni pek ilgilendirmez.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Başkalarının hakkımda ne düşündüklerine aldırım.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Çoğu zaman ne istediğimi bilmem.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Müzik, spor ya da beceri gerektiren işlerde ancak bana söylendiğinde egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Diğer çocuklarla oynarken onlara ayak uydurmakta zorlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Bazen hayatımdaki değişiklikleri kafama öyle takarım ki ya uykum kaçır ya da kamım ağır.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Keyifsiz olduğumda yalnız kalmayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Bir şeyi yapmadan önce ne yapacağımı düşünmeyi severim.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Eğlenceli işler tehlikeli işleri yapmaktan çekinmem.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Okulda yanlış bir şey yapmadığım halde başım çoğu kez derde girer.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
47. Ev ödevlerimi yaparken tekrar kontrol etmediğim için çoğu zaman puan kaybederim.	☐	☐	☐	☐	☐
48. Yeni çocuklarla tanıştığımda kendinden emin davranırım.	☐	☐	☐	☐	☐
49. Bir şeyi alışkanlık edindiğimde, değiştirmek istemem.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
50. Dama ya da satranç oynarken sıkılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
51. İnsanlarla ilk kez tanıştığımda hava atmaya severim.	☐	☐	☐	☐	☐
52. İşleri tam olarak doğru yapınca ya da denemeye devam ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
53. Hata yaptığımda, hatamı kabul ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
54. Günlük işleri yaparken çoğunlukla hatırlatılma gereksinimi duymam.	☐	☐	☐	☐	☐
55. İnsanlar daima beni kullanmaya çalışırlar.	☐	☐	☐	☐	☐
56. Başkalarını mutlu görmek beni de mutlu eder.	☐	☐	☐	☐	☐
57. Sevdiğim şeyleri iyi yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
58. Acıklı öykü ve şarkıları aptalca bulurum.	☐	☐	☐	☐	☐
59. Çoğu zaman kendimi çaresiz hissedirim.	☐	☐	☐	☐	☐
60. İşlerin çoğunlukla yolunda gideceğine inanırım (iyimserim).	☐	☐	☐	☐	☐
61. Kötü şeyler olacağından endişe ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
62. Çoğu kez kendimi zayıf ve güçsüz hissedirim.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
63. Kahramanlık öykülerini severim.	☐	☐	☐	☐	☐
64. Birisinin üzgün olup olmadığını çoğunlukla anlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
65. Yaptığım işte başarılı olmam için yalan söylemem ya da hile yapmam gerekebilir.	☐	☐	☐	☐	☐
66. Birisine kötü davranmış olsam bile özür dilemem.	☐	☐	☐	☐	☐
67. Bir şey çizerken istediğim gibi olmadığında kağıdı atar yeniden çizmeye başlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
68. Zorunlu olduğumdan fazlasını yapmam.	☐	☐	☐	☐	☐
69. Keşke daha fazla kendime özel şeyler olsaydı.	☐	☐	☐	☐	☐
70. Tanıdığım bir çocuğa sataşıldığında, bunu durdurmak benim görevim değildir.	☐	☐	☐	☐	☐
71. İnsanların benim iyi bir insan olduğumu düşünmeleri önemlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
72. Tartışmaktansa çekilmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
73. Ev ödevlerimde, spor yarışmalarında elimden gelenin en iyisini yapabilmek için, diğer çocuklardan daha çok çaba sarfederim.	☐	☐	☐	☐	☐
74. Yıllarca okumak zorunda kalsam da, büyüdüğümde heyecan verici bir mesleğim olsun isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
75. Bazen önemsiz şeyler, beni gergin ve sinirli yapar.	☐	☐	☐	☐	☐
76. Keşke daha akıllı olsaydım.	☐	☐	☐	☐	☐
77. Bana kötü davranmış olsa bile birisine kötü davrandığımda rahatsızlık duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐
78. İşler uzayınca çoğunlukla yarıda bırakırım.	☐	☐	☐	☐	☐
79. Sıramın gelmesini beklemekten rahatsız olmam.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
80. Arkadaşlarımdan sayısından memnunuz.	☐	☐	☐	☐	☐
81. Ev ödevimi yaparken çoğunlukla son dakikaya kadar beklerim	☐	☐	☐	☐	☐
82. Kurallara uymak için elimden geleni yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
83. Bir hata yaptığımda çoğu zaman yüzüm kızarır.	☐	☐	☐	☐	☐
84. Bazen başkalarına hükmetmeyi severim.	☐	☐	☐	☐	☐
85. Evde sorunum olduğunu arkadaşlarıma çoğunlukla söylemem	☐	☐	☐	☐	☐
86. Duyarlı bir kişiyim.	☐	☐	☐	☐	☐
87. Birisi beni bir şeyi yapmam için cesaretlendirdiğinde çoğunlukla "yaparım" derim.	☐	☐	☐	☐	☐
88. Bir grubun lideri olmak eğlencelidir.	☐	☐	☐	☐	☐
89. Öğretmenlerimin bana "aferrin" demelerinden çok hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
90. Başkalarının neler hissettiğini anlamaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
91. Bir şeyi denemeden önce daima başkalarına danışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
92. Bir şeyi kafama koyduğumda, çoğunlukla başarılı olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
93. Doğum günümde birisi 250 YTL verse, tümüyle kendime oyuncak alırdım.	☐	☐	☐	☐	☐
94. Okulda çoğunlukla hakettiğim notları alırım.	☐	☐	☐	☐	☐
95. Ağlayıp sızlayan çocuklara katlanamam.	☐	☐	☐	☐	☐
96. Anne ve babamın arkadaşlarıyla tanıştığımda utangaç davranırım.	☐	☐	☐	☐	☐
97. İnsanlar bana kötü davrandıklarında öcümü almaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
98. Tanıştığım çocukların çoğunu severim.	☐	☐	☐	☐	☐
99. İşleri daha iyi yapmanın yollarını aramaktan hoşlanırım . . .	☐	☐	☐	☐	☐
100. Diğer çocuklar hoşlanmasalar da farklı çocuklarla bir arada olmaktan rahatsız olmam.	☐	☐	☐	☐	☐
101. Bir işe başladığımda bitirinceye dek bırakmam.	☐	☐	☐	☐	☐
102. Başkalarının önderlik etmesini beklerim.	☐	☐	☐	☐	☐
103. Anne ve babamı kucaklamaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
104. Bazen fazla gergin olduğumdan hoşlandığım işleri yapamam.	☐	☐	☐	☐	☐
105. Çocukların başkalarıyla dalga geçtiğini görmek beni gerçekten rahatsız eder.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
106. Söylemiş ya da yapmış olduğum şeylerden çok endişelenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
107. Bir çocuk olarak yaptığım tercihlerin pek fazla bir önemi yok.	☐	☐	☐	☐	☐
108. Keyifsiz olduklarında arkadaşlarıma yardımcı olmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
109. Ödevlerimi yapmam için kendimi zorlamam gerekir.	☐	☐	☐	☐	☐
110. Acıklı filmler beni ağlatır.	☐	☐	☐	☐	☐
111. Karar vermeden önce beklemekten hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
112. Dış görünüşümden memnunum.	☐	☐	☐	☐	☐
113. Kendimi olduğum gibi severim.	☐	☐	☐	☐	☐
114. Ortada kurallar olmaksızın çocukların istediklerini yapmalarından hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
115. Duygularımı kendime saklarım.	☐	☐	☐	☐	☐
116. Çok kolay sinirlenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
117. Öğretmenlerim ve anne-babam gerçekten istersem okulda daha başarılı olabileceğimi düşünürler.	☐	☐	☐	☐	☐
118. Diğer çocuklar korkuya kapıldığında ben çoğunlukla sakin kalırım.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
119. Lunaparkta tehlikeli araçlara binmekten korkmam.	☐	☐	☐	☐	☐
120. Aptalca bir hata yaptığımda uzunca süre aklımdan çıkmaz.	☐	☐	☐	☐	☐
121. Konuyu bilsem bile ev ödevlerimi yaparken çoğunlukla yardıma gereksinim duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐
122. Anlayışı kıt insanlara birşeyleri açıklamaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
123. Elimde olsa çocukluk yıllarımdan kalan kısmını atlar, hemen bir yetişkin olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
124. Grup projelerinden sorumlu olmaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
125. Çoğu zaman amaca yönelik çalışmam, diğer işleri daha eğlenceli bulurum.	☐	☐	☐	☐	☐

Teşekkürler! Teşekkürler! Teşekkürler!

Ek-7. Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 06.10.2020-52207



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Hatice AKSU
Anabilim Dalı Başkanı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.10.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 4 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzadır
Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR:4

Protokol No: 2020/189

Sorumlu Yürütücü: Doç. Dr. Hatice AKSU
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hatice AKSU'nun "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç İlişkisinin Değerlendirilmesi " konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışmaya bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalanmasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) – Çocuk Formu

Araştırmanın Adı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç İlişkisinin Değerlendirilmesi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)-ÇOCUK FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmadaki ana amacımız; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda yavaş bilişsel tempo, bağlanma ve mizaç ilişkisinin değerlendirilmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 9-12 yaş arasında olmanız ve DEHB tanınızın olması, okuryazar olmanız, epilepsi dışında nörolojik bir hastalığınızın olmaması, zeka geriliğinin ve ek psikiyatrik tanınızın olmaması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çocuk psikiyatristi tarafından hem siz hem de ebeveynler ile psikiyatrik tanılarınızı saptamaya yönelik bir görüşme yapılacaktır. Bunun için doktorunuz tarafından size ve ebeveyninize sonar sorulacaktır. Size bağlanma ile ilgili 15 maddeden oluşan üç sayfalık ve mizaç özelliklerini belirlemede kullanılan 125 maddeden oluşan altı sayfalık formu doldurmanız istenecektir. Daha sonra ebeveynlerinizden dikkat eksikliği/hareketlilik, karşı olma, saldırganlık belirtilerine yönelik 41 maddeden oluşan iki sayfalık ve yavaş bilişsel tempo belirtilerini değerlendiren bir sayfalık formu işaretlemeleri istenecektir. Anketlerin nasıl doldurulacağı doktorunuz tarafından ayrıntılı bir şekilde uygulama sırasında anlatılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, doğru bilgiler vermeniz (ilaç kullanım durumu, psikiyatrik görüşme sırasında çocuğunuz ile ilgili gözlemlerinizi) sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

01 Ekim 2020 – 30 Eylül 2021 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk Psikiyatristi polikliniklerine başvuran DEHB tanısı alan ve katılma koşullarını sağlayan ve onam veren tüm hastalar çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 15 aydır.

GÖNÜLLÜLÜK BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen zamanınız 1 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrultusunda bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Bu çalışmada yer almanız için çocuğunuzda bir psikiyatrik tanının

Tarih/ Versiyon: 19.08.2020

Girişimci Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu Form 3	Rev. Tarihi / No.su: 28.05.2015/ADÜTF- GOEK06	Sayfa 1/3
--	----------------------	---	--------------

Araştırmanın Adı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yavaş Bilişsel Temp, Bağlanma ve Mizaç İlişkisinin Değerlendirilmesi

saptanmamış olması gerektiği için bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Sizin için herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÖKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr. Hatice AKSU tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05323020048 no.lu telefondan Dr.Hatice AKSU başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

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

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gerektirdiği yerine getirmeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, size ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDIR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Tarih/ Versiyon: 19.08.2020

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilme Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu Form 3	Rev. Tarihi / No.su: 28.05.2015/ADÜTF GOB006	Sayfa 2/3
--	----------------------	--	--------------

Araştırmanın Adı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırmaya yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülükle içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasalardan bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN (ÇOCUĞUN)		İMZAŞI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VAŞİNİN		İMZAŞI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZAŞI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZAŞI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/ Versiyon: 19.08.2020

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.suz.	Sayfa
	Form 3	28.05.2015/ADÜTF GOEK06	3/3

Ek-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) – Ebeveyn Formu

Araştırmanın Adı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç İlişkisinin Değerlendirilmesi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)-EBEVEYN FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmadaki ana amacımız; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda yavaş bilişsel tempo, bağlanma ve mizaç ilişkisinin değerlendirilmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çocuğunuzun 9-12 yaş arasında ve DEHB tanısının olması, okuryazar olması, nörolojik bir hastalığının olmaması, zeka geriliğinin ve ek psikiyatrik tanısının olmaması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çocuk psikiyatristi tarafından hem siz hem de çocuğunuz ile psikiyatrik tanılarınızı saptamaya yönelik bir görüşme yapılacaktır. Bunun için doktorunuz tarafından size ve çocuğunuza yönelik sorular sorulacaktır. Çocuğunuzdan bağlanma ile ilgili 15 maddeden oluşan üç sayfalık ve mizaç özelliklerini belirlemede kullanılan 125 maddeden oluşan altı sayfalık formu doldurması istenecektir. Daha sonra sizden çocuğunuzun dikkat eksikliği/hareketlilik, karşı olma, saldırganlık belirtilerine yönelik 41 maddeden oluşan iki sayfalık ve yavaş bilişsel tempo belirtilerini değerlendiren bir sayfalık formu işaretlemeleri istenecektir. Anketlerin nasıl doldurulacağı doktorunuz tarafından ayrıntılı bir şekilde uygulama sırasında anlatılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, çocuğunuz ile ilgili doğru bilgiler vermeniz (ilaç kullanım durumu, psikiyatrik görüşme sırasında çocuğunuz ile ilgili gözlemlerinizi) sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

01 Ekim 2020 – 30 Eylül 2021 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniklerine başvuran DEHB tanısı alan ve katılma koşullarını sağlayan ve onam veren tüm hastalar çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 15 aydır.

GÖNÜLLÜLÜĞÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen zamanınız 1 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Bu çalışmada yer almanız için çocuğunuzda bir psikiyatrik tanının Tanrı/ Versiyen 19 08 2020

Girilmiş Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 3	28.05.2015/ADUTF-GOEK06	1/3

Araştırmanın Adı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç İlişkisinin Değerlendirilmesi

saptanmamış olması gerektiği için bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu çalışmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çocuğunuz için herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr.Hatice AKÖZ tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05323020048 no.lu telefondan Dr.Hatice AKÖZ'ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

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

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi gemasının gerekliliklerini yerine getirmenizi, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğinizi dışında ancak bilginizi dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, size ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDIR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Tarih/ Versiyon:19.08.2020

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu Form 3	Rev. Tarihi / No.suz. 28.05.2015/ADUTF GÖEK06	Sayfa 2/3
---	----------------------	---	--------------

Araştırmanın Adı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Yavaş Bilişsel Tempo, Bağlanma ve Mizaç İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya bağlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana altı bbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülükle içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN (EBEVEYNİN)		İMZA SI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VEŞAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZA SI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZA SI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZA SI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/ Versiyon:19.08.2020

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Bilgi Kodu Form 3	Rev. Tarihi / No.su: 28.08.2015/ADUTF-GOEK06	Sayfa 3/3
---	----------------------	---	--------------