

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
VE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN TUTUM
FARKLILIĞININ İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Ezgi Seda YAYLA

Danışman
Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN

İstanbul- 2022

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI** : Ezgi Seda YAYLA
- SOYADI**
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocukların Ebeveynlerinin Tutum Farklılığının İncelenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 06/07/2022
- SAYFA SAYISI** : 94
- TEZ DANIŞMANLARI** : Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN
- DİZİN TERİMLERİ** : Otizm Spektrum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Ebeveyn Tutumu, Özel Gereksinim
- TÜRKÇE ÖZET** : Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumunu etkileyen birçok faktör vardır; bunlar çocuklara has özelliklere bağlı olabileceği gibi ebeveynlerin özelliklerine de bağlı olabilir. Bu bağlamda çalışmamızda çocuğu DEHB ya da OSB tanılı ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin çocuk yetiştirme tutumlarıyla ilişkisini ve çocuğu bu iki nörogelişimsel probleme sahip olan ebeveynler ile çocuğu normal gelişim gösteren ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları arasındaki farklılıklar incelenmesi amaçlanmıştır.

DAĞITIM LİSTESİ : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Ezgi Seda YAYLA



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
VE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN TUTUM
FARKLILIĞİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Ezgi Seda YAYLA

Danışman
Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN

İstanbul- 2022

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimseli ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ezgi Seda YAYLA

.../.../2022



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ezgi Seda Yayla'nın "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocukların Ebeveynlerinin Tutum Farklılığının İncelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza
Başkan Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN
(Danışman)

İmza
Üye Prof. Dr. Canan TANIDIR

İmza
Üye Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2022

İmzası
Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Amaç: Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumunu etkileyen birçok faktör vardır; bunlar çocuklara has özelliklere bağlı olabileceği gibi ebeveynlerin özelliklerine de bağlı olabilir. Bu bağlamda çalışmamızda çocuğu DEHB ya da OSB tanılı ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin çocuk yetiştirme tutumlarıyla ilişkisini ve çocuğu bu iki nörogelişimsel probleme sahip olan ebeveynler ile çocuğu normal gelişim gösteren ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları arasındaki farklılıklar incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma İstanbul ilinde yaşayan, DEHB ve OSB olan çocuklara ya da sağlıklı çocuklara sahip olan 25-60 yaş aralığındaki 150 ebeveynle gönüllük esasına dayalı yapılmıştır. Araştırma ilişkisel tarama modeliyle ve kesitsel olarak yürütülmüştür. Veriler araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarını ölçen Alabama Ebeveyn Davranışları Ölçeğinin yüz yüze uygulanması yolu ile toplanmıştır.

Bulgular: Verilerin normal dağılım gösterdiğinden emin olmak için Skewness/çarpıklık ve Kurtosis/basıklık değerlerine bakılmıştır. George ve Mallery (2010)'nin önerdiği değerler referans alındığında, çarpıklık ve basıklık değerlerinin +/-2 değerleri arasında bulunması normal dağılımın sağlandığı şeklinde kabul edilmiştir. Araştırmada sosyodemografik değişkenler ve ebeveyn davranışları arasındaki ilişkileri ölçmek için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farkları ölçmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış; Tamhane post-hoc analizi ile hangi grupların birbirinden farklılaştığına bakılmıştır. Sonuç olarak, DEHB'li, OSB'li ve sağlıklı çocukları olan ebeveynlerin ebeveyn davranışları sosyodemografik özelliklere göre incelendiğinde ve DEHB'li ve OSB'li çocuğa sahip anne babaların tutumları sağlıklı çocuğa sahip anne babaların tutumlarıyla karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Annelerin yaşı arttıkça ebeveyn takibinin azaldığı, babaların yaşı arttıkça çocukla daha az ilgilenme eğilimi gösterdikleri gözlemlenmiştir. Annenin eğitim seviyesi arttıkça çocukla ilgilenme oranı arasında düşük güçte pozitif bir korelasyon vardır. Aynı zaman da annenin eğitim seviyesi arttıkça tutarsız disiplin uygulamaya daha meyilli olduğu da görülmüştür.

DEHB'li ve sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarıyla OSB'li çocuğa sahip anne ve babalara göre daha çok ilgilendiği bulunmuştur. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bir diğer sonuç, DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ve OSB'li çocuğu olan ebeveynlere göre ebeveyn takibinin daha zayıf olduğu yönündedir. DEHB'li çocuğu olan ebeveynler sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere göre daha tutarsız disiplin uyguladığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Ebeveyn Tutumu, zel Gereksinim



SUMMARY

Purpose: The aim of this research is that there are many factors that affect parents' child-rearing attitudes; these may depend on characteristics unique to their children or may depend on the characteristics of their parents. In this context, the relationship between the sociodemographic characteristics of parents with ADHD or ASD and their child-rearing attitudes and the differences between the parenting attitudes of parents whose children have these two neurodevelopmental problems and those whose children are normally developing were investigated in this study.

Method: The research was carried out on a voluntary basis with 150 parents between the ages of 25-60 who live in Istanbul and have children with ADHD and ASD or healthy children. The research was conducted with the relational survey model and cross-sectional. The data were collected by face-to-face application of the Sociodemographic Information Form prepared by the researcher and the Alabama Parental Behaviors Scale, which measures parents' child-rearing attitudes.

Results: Skewness/skewness and Kurtosis/kurtosis values were checked to ensure that the data showed normal distribution. When the values suggested by George and Mallery (2010) are taken as reference, it is accepted that the skewness and kurtosis values are between ± 2 values, as a normal distribution. Pearson correlation coefficient was used to measure the relationships between sociodemographic variables and parental behaviors in the study. One-way analysis of variance (ANOVA) was applied to measure the differences between the groups; With Tamhane post-hoc analysis, which groups differed from each other was examined. As a result, when the parental behaviors of parents with ADHD, ASD and healthy children were analyzed according to sociodemographic characteristics, and when the attitudes of parents with ADHD and ASD children were compared with the attitudes of parents with healthy children, significant differences were found.

It has been observed that as the age of the mothers increases, parental follow-up decreases, and as the age of the fathers increases, they tend to be less interested in the child. As the education level of the mother increases, there is a low-power positive correlation between the rate of caring for the child. At the same time, it was observed

that as the education level of the mother increased, she was more inclined to apply inconsistent discipline.

It has been found that parents with ADHD and healthy children are more interested in their children than parents with children with ASD. Another result of our research is that parents with ADHD children have weaker parental follow-up than parents with healthy children and children with ASD. Parents of children with ADHD were found to discipline more inconsistently than parents of healthy children.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit and Hyperactivity, Parental Attitude, Special Needs



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	2
1.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanımı ve Tarihçesi	3
1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi	4
1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Etiyolojisi.....	5
1.4.1. Genetik Etmenler.....	6
1.4.2. Çevresel Faktörler	7
1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanısı	8
1.6. DEHB'in Tedavisi.....	11

İKİNCİ BÖLÜM

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu Tarihçesi.....	13
2.2. Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtileri	16
2.3. Otizmin Etiyolojisi	20
2.4. Otizmin Epidemiyolojisi	21
2.5. Otizm Spektrum Bozuklukları'nın Tanısı.....	22
2.6. Otizm Spektrum Bozukluklarında Komorbidite ve Ayırıcı Tanı.....	24
2.7. Otizm Spektrum Bozuklukları'nın Tedavisi	25

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Otistik Spektrum Bozukluğunda Sosyal Biliş Çalışmaları	29
--	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AİLE KAVRAMI VE NİTELİKLERİ

4.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle Otizm Spektrum Bozukluğunun Aileye Etkileri	44
4.2. Anne-Baba Eğitimi.....	45

BEŞİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

5.1. Araştırma Modeli	47
-----------------------------	----

5.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	47
5.3. Veri Toplama Araçları	47
5.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	47
5.3.2. Alabama Ebeveyn Davranışları Ölçeği	48
5.4. Verilerin Analizi.....	48

ALTINCI BÖLÜM

BULGULAR

6.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular	50
6.2. DEHB ve OSB Tanılı Çocukları Olan Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri İle Ebeveyn Davranışları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular	53
6.3. DEHB ve OSB Tanılı Çocukları Olan Ebeveynler İle Sağlıklı Çocukları Olan Ebeveynlerin Ebeveyn Davranışları Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular	54
TARTIŞMA VE YORUM	58
SONUÇLAR	63
ÖNERİLER	63
KAYNAKÇA	65

KISALTMALAR

DEHB	: DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OSB	: OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU
ABD	: AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ
ATX	: ATOMOKSETİ
MPH	: PSİKOSİTİMÜLAN İLAÇLAR
DSM	: DIAGNOSTIC AND STATİSTİCAL MANUAL
ICD	: INTERNATIONAL CLASSİFICATION OF DİSEASES
YGB	: YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR
ASD	: ATRİAL SEPTAL DEFEKT
TDK	: TÜRK DİL KURUMU
TOV	: TOHUM OTİZM VAKFI
AS	: ASPERGER SENDROMU
ÖÖB	: ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU
SOÖG	: SÖZEL OLMAYAN ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ
DB	: DAVRANIM BOZUKLUĞU
ZK	: ZİHİN KURAMI

KOKGB

: KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların sağlıklı kontrollerle ve Otizm Spektrum Bozukluğu tanılı çocuklarla sosyal biliş açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	34
Tablo 2: Normallik analizleri	49
Tablo 3: Tanı grubu ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlere ait demografik değişkenlerin dağılımı	52
Tablo 4: DEHB ve OSB tanısına sahip çocuklara ait değişkenlerin dağılımı.....	53
Tablo 5: Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile ebeveyn davranışları arasındaki ilişkilere ilişkin korelasyon bulguları.....	54
Tablo 6: DEHB ve OSB tanılı çocukları olan ebeveynler ile sağlıklı çocuklukları olan ebeveynlerin ebeveyn davranışları arasındaki farklara ilişkin bulgular.....	55
Tablo 7: Gruplararası farkların karşılaştırılmasına ilişkin Tamhane post-hoc Bulguları	57

ÖNSÖZ

Bu süreçte bir an olsun desteğini esirgemeyen, beni her zaman yüreklendiren sevgili eşim Mustafa YAYLA'ya, ben çalışırken anlayış ve sabırla beni beklemeye çalışan çocuklarım Mustafa Kemal ve Ata'ya, desteklerini her an hissettiren annem Elif Özbolat ve babam Durdu Özbolat'a teşekkürlerimi iletmek isterim.

Akademik hayatımın bu döneminde benim için satırlarla kıymetini ve değerini açıklamamın zor olduğu, değerli bilgilerini sürekli aktaran, sorularımı hiç yanıtızsız bırakmayan, başarılarıyla, mesleğine olan saygısıyla ve enerjisiyle örnek aldığım çok değerli danışman hocam Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN'A sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum.

Tez sürecimde benimle bilgilerini ve tecrübelerini paylaşan, sorularıma sabırla cevap veren sevgili meslektaşlarım ve arkadaşlarım Uzm. Klinik Psk. Buse MAMUR, Uzm. Klinik Psk. Sena KENAN'a ve Klinik. Psk. Yağmur ÇALLAK'a tüm destekleri için çok teşekkür ediyorum.

GİRİŞ

DEHB, dikkat eksikliği, konsantre olamama, hiperaktivite, dürtüsellik gibi belirtilerin geliştiği ve bireyin akademik ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur (Şimşek, Gökçen, Fettahoğlu,2012). OSB, erken çocukluk döneminde başlayan ve sosyal iletişim alanında belirgin eksiklikler ve sınırlı, tekrarlayıcı davranış ve ilgi alanları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB ve OSB gibi tedavisi zor ya da olmayan durumlar karşısında ebeveynlerin tutum ve davranışlarını etkileyen birçok etken gelişir.

Ebeveyn tutumu ile ilgili alan yazında birçok çalışma yapılmış olsa da DEHB ve OSB ile mücadele eden ebeveynlerin çocuklarına karşı tutum ve davranışlarını kıyaslayan çalışma sayısı sınırlıdır. Alan yazında yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu kapsamda yürütölen derleme çalışmalarının sınırlılığı ve aynı zamanda derleme yapılırken göz önünde bulundurulan kriterlerin kapsam darlığı göze çarpmaktadır (Odluyurt ve Çattık, 2018).

Bu araştırmada, OSB ya da DEHB tanısı almış çocukları olan ebeveynler ile sağlıklı çocukları olan ebeveynlerin ebeveynlik davranışları arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığı ve OSB ya da DEHB tanısı almış çocukları olan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin ebeveynlik davranışları ile ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile görülen üç temel belirti kümesinden oluşan nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB'li bireyde bu üç belirti kümesinden en az biri kişinin yaşamını ve işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Bu tanıyı alan kişilerde bu belirtiler tanı almayanlara göre daha şiddetli ve daha sık görülmektedir. Araştırmalar, DEHB tanısı olan çocukların beyin gelişiminin sağlıklı çocuklardan farklı olduğunu göstermektedir.

Dikkat Eksikliği, gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplumsal/akademik görevleri olumsuz etkileyen belirtilerle kendisini gösterir. Bu belirtiler; unutkanlık, organize olmakta güçlük, planlama ve zamanlama problemleri, ödevleri ve görevleri yetiştirememeye, ödev ve görevlerde basit hatalar yapma, yönergeleri takip edememe, çabuk sıkılma, başlanılan işi bitirememeye, bir görevde normalden fazla zaman kaybetme ya da ödevi/görevi erteleme şeklindedir (Öztürk ve Başgöl, 2015).

Dikkat eksikliği olan çocukların ebeveynleri ve öğretmenleri bu çocuklar hakkında genellikle söyledikleri şeylerin bir kulağından girip diğer kulağından çıktığını, unutkan olduklarını, eşyaları kaybettiklerini, dersi dinlemediklerini, dikkatsizce hatalar yaptıklarını ve yavaş olduklarını söylerler. Ancak dikkati sürdürmemeye ve odaklanma problemleri dikkat eksikliği tanısı almış çocuk ve yetişkinlerde yaşamın her alanında görülmemektedir. Zevk alınan, eğlenceli bulunan ve zihinsel çaba harcamayı gerektirmeyen olay ve durumlarda bireyler sıkılmadan odaklanabilmekte ve dikkatini sürdürebilmektedir (Öztürk ve Başgöl, 2015).

Dikkat eksikliği ve odaklanma sorunu olan bireylerde esas problemler; dikkat gerektiren durumlarda çevreden gelen uyarılardan fazla etkilenmeleri, ilgilerini çekmeyen şeylere odaklanamamaları, bir işle meşgulken akıllarından geçen farklı düşünceleri durduramamaları ve aynı anda birçok şeye odaklanmaya çalışmalarıdır.

Bu problemlerde bireyin dikkatini sürdürmesi gereken görevlerde odaklanamamalarına sebep olmaktadır.

Hiperaktivite belirtileri aşırı hareketlilik ile öne çıkan davranışlardır. Bu davranışlar; elin ayağın kıpır kıpır olması, oturulan yerde duramama, gereksiz yere sağa sola koşturma, eşyalara tırmanma, zıplama, atlama, sakince oynamakta güçlük çekme, sürekli hareket halinde olma, çok konuşma şeklindedir. Hiperaktivite belirtileri kişinin yaşamını olumsuz etkileyecek kadar şiddetli ve sık olmakla birlikte, yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan davranışlardır. Belirtilerin hepsi aynı anda görülmeyebilir ama kişi bu belirtilerinden birkaçından olumsuz olarak etkilenmektedir (Sürücü, 2019).

Hiperaktif çocukların ebeveynleri ve öğretmenleri bu çocuklar hakkında genellikle eli dursa ayağı durmuyor, sürekli hareket ediyor, düz duvara tırmanıyor, kıpır kıpır gibi tanımlamalar yaparlar. Öyle ki bu çocuklar uykularında bile normal çocuklara göre daha hareketlidirler. Ayrıca hiperaktif çocuklar normal çocuklara göre daha çok konuşurlar ve soru sorarlar.

Hiperaktif çocuklar sosyal hayatın içerisinde aşırı hareketli oldukları için fark edilmektedirler. Aşırı hareketliliğe bağlı olarak gerçekleşen kazalar, zarar verme durumları ebeveynlerin zorluk yaşamalarına sebep olmaktadır. DEHB tedavi ve terapisinde ebeveynlere verilen psikoeğitimler ile bu çocukların özellikleri ebeveynlere öğretilmekte ve çocuklarını daha iyi anlamaları sağlanmaktadır.

1.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanımı ve Tarihçesi

DEHB çocukluk döneminde sıklıkla rastlanan nörodavranışsal (Furman, 2005) kalıcı bozukluktur. Başlıca aşırı hareketlilik, dikkat problemleri ve dürtüsel davranışlardan oluşur (APA, 2013). Henüz net bir etiyojolojiye sahip değilse de, yapılan beyin görüntüleme çalışmaları önemli derecede fikir vermektedir (Furman, 2005)

DEHB'i ilk kez İngiliz asıllı çocuk doktoru George Frederic Still ele almıştır. 1917 senesinde ABD'de toplumda yükselen bir hastalıkta DEHB'e yakın belirtiler gözlenmesinin ardından etiyojijisi ile ilgili beyinde meydana gelen tahribatlara

dayanan fikirler oluşmuştur. Bu fikirler ‘Minimal Beyin Lezyonu’ terimi ile tanımlanmıştır. 1921 ve 1931 senelerinde kırk beş çocuk ile yapılmış çalışmalar doğrultusunda, yaklaşık üç ve dört yaşlarında aşırı motor hareketlilik gözlenmiştir. Ancak hedefe uygun planlamada eksiklikler, aşırı fiziksel hareketlilik ve sabırsız davranışlara sebep olan DEHB’in benzer belirtiler gösterdiği düşünülen ‘Minimal Beyin Lezyonu’ndan bambaşka bir bozukluk olduğu anlaşılmıştır (Soykan 1991; akt. Alpanda 2010).

18. yüzyılın bitimine doğru İskoç doktor Alexander Chircon zihinsel bozukluklar üzerine yazdığı kitabını yayınladı. Buna göre normal gelişim göstermeyen bireyleri tanımlarken, odaklanma, dikkatin dağılması ve aşırı motor hareketlilik ifadelerini kullandı (Martinez-Bada, Raga, 2005). Chircon 1798 yılında yayınladığı ‘An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement, ‘Zihinsel Bozukluğun Doğası ve Kökeni Üzerine Bir Araştırma’ isimli ilk kitabının devamına ‘Dikkat Hastalıkları Üzerine’ ismini verdiği bir bölüm ekledi. Chircon bu bölümde dikkati, normal gelişim gösteren kişiler üzerinden dikkat süresinin aralığını tanımlayarak açıkladı (Martinez-Bada, Raga, 2005).

1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’nun Epidemiyolojisi

Dikkat problemleri, dürtüsellik ve hiperaktivite gibi belirtiler genel olarak normal popülasyonda yaygın olarak görülse de, bazı bireylerin tipik bir seyri ve fonksiyonel bozukluk ile ilişkili semptomlarla olan birlikteliği, iyi bilinen risk faktörleri, anormal nöropsikolojik işlevsellikleri ve nörobiyolojik korelasyonları bulunmaktadır (Polanczyk ve ark., 2007).

DEHB’nin toplum örnekleminde yaygınlığına bakıldığında ülkemizde bu oran yaklaşık %8.6 ile %8.1; klinik örneklemlerdeki sıklığının ise %8.6 ile %29.4 arasında değiştiği bildirilmiştir (Tufan ve Yaluğ 2009).

Polanczyk ve ark. (2007), yapmış oldukları çalışmada çocuklar ve ergenler arasında DEHB’nin en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biri olduğu ve dünya çapında 18 yaşın altındaki çocuklarda yaklaşık %5 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir.

Son zamanlarda yapılan bir başka çalışmada ise DEHB'nin tüm okul çağındaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık % 2,2 ile 17,8'ini etkilediği bildirilmektedir (Ayano ve ark.2020).

Genel toplumda DEHB'nin erkek cinsiyette görülme oranı kızlara göre 3 kat daha sık bildirilmiştir (Leung ve ark., 2016)

1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Etiyolojisi

DEHB'in kesin bir nedeni olmamakla birlikte, 1917 senesinde Amerika'da tırmanan ve DEHB ile benzer özelliklere sahip "Minimal Beyin Lezyonu" salgını, bozukluğun beyinden kaynaklanabileceği fikrini oluşturmuştur (Soykan 1991; akt. Alpanda 2010). Türkiye'de 2007 yılında yapılan bir araştırmada DEHB tanılı çocukların beyin görüntüleri incelenmiştir. Buna göre incelemeler sonucunda DEHB tanılı çocukların kafa iskeletinin ön bölümünde bulunan frontal beyin lobda işlev bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın örneklemi yetersiz bulunmuş ise de, ilgili literatürde yapılan diğer çalışmalar, Türkiye örnekleminde gerçekleşen çalışmayı desteklemektedir (Yıldız Öç ve ark., 2018).

Günümüze dek yürütülen çalışmalar DEHB'i psikiyatrik rahatsızlıklar arasında en fazla genetik etiyolojiye sahip bozukluk olarak tanımlamaktadır. Tek bir nedene bağlı olmamakla birlikte çevresel ve genetik etkenlerin sonucunda oluştuğu düşünülmektedir. Araştırmalar sonucunda aile arasında genetik devamlılık bulgularına rastlansa da nesiller arasında istikrarlı bir aktarım görülmemiştir (Akgün ve ark., 2011).

Aile unsurunun DEHB üzerindeki etkinliğine yönelik Türkiye'de yapılan bir çalışmada ailenin işlevselliği incelenmiştir. Buna göre DEHB tanılı çocuğa sahip ailelerde problem çözme becerileri sağlıklı gelişen çocuklarına ailelerine oranla başarısız bulunmuştur. Kullanılan "Aile Değerlendirme Ölçeği" temel olarak "iletişim, problem çözme, karakter, duygusal cevap üretebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler" başlıkları ile ele alınmıştır ve genel fonksiyonlar yetersiz bulunmuştur (Gökçe İmren ve ark., 2012).

DEHB'in etiyojisine dair birçok çalışma yapılmışsa da günümüzde geçerliliği diğerlerine oranla en yüksek bulunan nörobiyolojik nedenlerdir. Mevcut yaklaşımlardan daha iyi bir iyileştirme yöntemi için beyin ve DEHB ilişkisi üzerine çalışmaların kapsamlı olarak yürütülmesi gerekmektedir (Austin ve ark, 2016).

1.4.1. Genetik Etmenler

DEHB, güçlü bir genetik geçiş potansiyeline sahip ailesel bir hastalıktır. Kalıtım derecesi (ilave genetik faktörlere atfedilen varyans oranı) %76 olarak tahmin edilmiştir (Faraone ve ark., 2005). Birinci derece akrabalarda 5-9 kat daha fazla risk bildirilmiştir (Anand ve ark, 2017). Bununla beraber, genetik faktörler tek başına DEHB etiyojisini açıklamakta yetersizdir. Etiyoloji multifaktöryel olarak düşünülmektedir, yani çoklu biyolojik, genetik ve çevresel faktörler hastalık riskinin artışında rol oynamaktadır (Faraone ve ark., 2005).

DEHB, bazı aday genler ile ve özellikle de katekolaminerjik sistemlerle bağlantılı genlerle ilişkilendirilmiştir; ancak her bir gen, DEHB gelişme riskini çok düşük oranda etkiliyor gibi gözükmemektedir (Faraone ve ark., 2005).

DEHB'nin genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimden kaynaklandığını bildiren çalışmalar da vardır. Buna göre, DAT1 ve DAT4 genlerinin genetik varyasyonları ve intra uterin dönemde tütün maruziyeti arasında gen-çevre etkileşimleri rapor edilmiştir (Nigg ve ark., 2019).

Davranışsal genetik çalışmalar, aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, aday gen ve moleküler genetik çalışmaları, genetik faktörlerin DEHB'nin temel nedeni olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaların sonucunda DEHB'de kalıtılabilirlik %76 oranında tahmin edilmekle beraber bu sıklığın şizofreni ve otizm gibi psikiyatrik hastalıklardaki kalımsal geçişe benzer olduğu saptanmıştır (Faraone ve ark., 2005; Biederman, 2005).

DEHB ile ilgili yapılan genetik çalışmalar sonucunda 6q12 ve 17p11 bölgeleri ve 16 kromozomun ilişkili bulunduğu, bunun yanında yapılan aile çalışmaları ise 4q13.2, 5q33.3, 8q11.23, 11q22 ve 17p11 kromozomları üzerindeki genlerin DEHB ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Arcos-Burgos ve ark., 2010; Li ve ark. 2014).

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların noradrenalin ve dopamin yollarındaki etkileşimi nedeniyle norotransmitterler sistemleri üzerinde genetik çalışmalar sürdürülmüştür. Bir çalışmada D4 dopamin reseptör geni (DRD4), dopamin taşıyıcı gen 1 (DAT1), D5 dopamin reseptör geni (DRD5), serotonin taşıyıcı gen (5HTT), sinaptik vezikül düzenleyici proteini kodlayan gen (SNAP25) ve serotonin 1B reseptör geni (HTR1B) ile DEHB arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (Gizer ve ark., 2009).

1.4.2. Çevresel Faktörler

DEHB ile ilişkili varyansın %10 ile 40'ının çevresel faktörlerden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (Sciberras ve ark, 2017). Gebelikte sigara, alkol kullanımı ve prenatal civa maruziyeti DEHB için tanımlanan çevresel risk etkenleri olarak bildirilmiştir (Binici ve Kutlu 2019).

Prenatal gelişim sırasında enfeksiyon, astım, diyabet, obezite ve otoimmün hastalık gibi çeşitli maternal hastalıklarının neden olduğu inflamasyon, artmış DEHB riski ile ilişkilendirilmiştir (Rivera ve ark., 2015; Instanes ve ark., 2017). Yine bir başka çalışmada DEHB'nin alerji ile ilişkili bulunduğu, atopik hastalığı olan kişilerin % 30-50 oran daha fazla DEHB geliştirme ihtimali olduğu bildirilmiştir.

Maternal multiple skleroz ve romatoid artrit bulunan hastaların çocuklarında % 80 ve % 70 daha yüksek oranda DEHB görüldüğü, maternal astım bulunan olgularda ise bu oranın yaklaşık %50 olduğu, yine annede hipotiroidizm ve tip 1 diyabet varlığının DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Hoekstra 2019).

Bazı yazarlar, inflamasyonla ilişkili genlerle ilgili pozitif bulgular nedeniyle DEHB ve inflamatuvar mekanizmalar yanında, sitokinlerin beyindeki dopaminerjik yollarda görev alması sebebiyle DEHB'nin etiyolojisinde de rol oynadığını bildirmişlerdir (Anand ve ark.2007).

Preterm doğum, perinatal enfeksiyonun da DEHB riskini artırdığı bilinmektedir (Rand ve ark., 2016). Düşük doğum ağırlığı, erken yaşta gebe kalmak, annede depresif bozukluk bulunması, kaygı ve stres düzeylerinin yüksek olması, ebeveynlerde

antisosyal davranışların varlığı, gebelikte enfeksiyon geçirmiş olmak, gebelik süresince folik asit düzeylerinde düşüklük, erken duygusal yoksunluklar, doğum sonrası gelişen komplikasyonlar DEHB ile ilişkili olduğu düşünülen çevresel risk faktörleri arasındadır (Schlots 2010; Galera 2011; Gurevitz 2014; Latimer 2012).

1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanısı

DEHB, çocukluk çağında hiperaktivite, dürtüsellik ve / veya dikkatsizlik belirtileri görüldüğü ve bu semptomlarla beraber bilişsel, akademik, davranışsal, duygusal ve sosyal işlevselliği de etkilendiği nörogelişimsel bir bozukluktur (APA 2013). Tanı DSM-5 kriterleri baz alınarak konulmaktadır.

DSM-5'e göre DEHB tanı kriterleri;

A. Aşağıda (1) ve/veya (2) ile belirtilen, işlev veya gelişimi bozan, kalıcı bir dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik örüntüsüdür:

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel olarak uygun olmayan ve sosyal ve okul/işle ilgili etkinlikleri doğrudan etkileyen aşağıdaki altı (veya daha fazla) semptomdan altısı (veya daha fazlası) en az altı aydır devam ediyor ise;

Not: Bu belirtiler, onaylamama, düşmanlık veya belirli bir görevi veya yönü anlayamamayı ifade etmenin ötesine geçmektedir. Yaşı daha büyük ergenler ve yetişkinler (17 yaş ve üstü) en az beş belirtiye sahip olmalıdır.

a. Bir tür, sık sık ayrıntılara dikkat etmemek veya ev ödevlerinde (derslerde), işte veya etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapmak (örneğin, ayrıntıları görmezden gelmek veya atlamak, yanlış çalışma).

b. Çalışırken veya oynarken genellikle odaklanmakta güçlük çeker (örneğin, uzun süre ders dinlerken, sohbet ederken veya okurken konsantre olmakta güçlük çeker).

c. Onunla doğrudan konuşurken, genellikle dinlemiyormuş gibi görünür (örneğin, dikkatini dağıtacak net bir dış uyaran olmasa bile aklı başka yerdeymiş gibi görünür).

d. Sıklıkla verilen talimatlara uymaz ve okul ödevlerini, günlük işleri veya iş görevlerini tamamlayamaz (örneğin, işe başlar, ancak çabucak odağını kaybeder ve dikkati dağılır).

e. Sıklıkla işleri ve etkinlikleri organize etmekte güçlük çeker (örneğin, ardışık görevleri yönetmede güçlük; ekipman ve kişisel eşyalarını düzenli tutmada güçlük; düzensiz çalışma; zayıf zaman yönetimi; zaman kısıtlamalarına ayak uyduramama).

f. Sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (okul ödevi veya ev ödevi gibi; daha büyük ergenler ve yetişkinler için rapor hazırlamak, formları doldurmak, uzun makaleleri gözden geçirmek gibi) sıklıkla kaçınır, hoşlanmaz veya bunlara katılmaya isteksizdir

g. İş veya etkinlikler için gerekli olan eşyaların sık sık kaybolması (örneğin okul malzemeleri, kalemler, kitaplar, günlük araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h. Genellikle dış uyaranlarla kolayca dikkati dağılır (yaşlı ergenlerde ve yetişkinlerde, alakasız düşünceler içerebilir).

i. Günlük aktivitelerde sık sık unutkanlık (örneğin, günlük işleri yapmak, ayak işlerini yapmak; daha yaşlı gençler ve yetişkinler, telefon görüşmelerine geri dönmek, faturaları ödemek, randevuları tutmak).

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel olarak uygun olmayan ve sosyal ve okulla/ilgili etkinlikleri doğrudan etkileyen aşağıdaki altı (ya da daha fazla) belirtiden altısı (ya da daha fazlası) en az altı aydır devam ediyor ise:

Not: Bu belirtiler, onaylamama, onaylamama, düşmanlık veya belirli bir görevi veya yönü anlayamamayı ifade etmenin ötesine geçer. Daha yaşlı ergenler ve yetişkinler (17 yaş ve üstü) en az beş belirtiye sahip olmalıdır.

a. Ellerin veya ayakların sık sık kıpırdaması veya alkışlanması veya koltukta kıvrınma

b. Genellikle oturmaları gerektiğinde kalkın (örneğin bir sınıfta, ofiste veya işyerinde ya da oturmalarını gerektiren diğer durumlarda).

c. Genellikle uygunsuz ortamlarda koşar veya tırmanır. (Not: Daha büyük ergenlerde ve yetişkinlerde bu durum sadece üzülmeyle sınırlı olabilir.)

d. Genellikle boş zaman etkinliklerine katılamama veya sessizce oynayamama.

e. Genellikle "hareket halindeyken", "kışında bir motor varmış gibi" davranma (örneğin, restoranlarda, partilerde vb. uzun süreler boyunca sessiz kalamaz veya rahatsız olur; başkaları tarafından huzursuz veya gözlemlenmesi zor olarak algılanır).

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu zaman, cevabı soru bitmeden yapıştırır (örneğin, insanların cümlelerini bitirir; konuşma sırası kendine gelemez)

h. Çoğu zaman sırada bekleyemez (örn. kuyrukta beklemek)

i. Başkalarının sözünü sık sık kesmek veya bölmek (örneğin, konuşmalara, oyunlara veya etkinliklere girme; muhtemelen başka birinin eşyalarını izinsiz veya izinsiz kullanmaya başlama; daha büyük ergenlerde ve yetişkinlerde, başkalarına karışma veya aniden başkalarının yaptığını yapmaya başlama)

B. On iki yaşından önce, çok az dikkatsizlik veya hiperaktivite belirtisi vardır.

C. Bazı dikkatsizlik veya hiperaktivite belirtileri iki veya daha fazla ortamda (örneğin evde, okulda veya işte; arkadaşlar veya akrabalarla; diğer etkinliklerde) ortaya çıkar.

D. Bu semptomların sosyal, akademik veya işle ilgili işlevselliği bozduğuna veya azalttığına dair açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler yalnızca şizofreni veya diğer psikotik bozuklukların seyri sırasında ortaya çıkmaz ve diğer psikiyatrik bozukluklarla (örneğin duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları, madde ecstasy veya yoksunluk) daha iyi açıklanamaz (APA 2013).

1.6. DEHB'in Tedavisi

Amerika ve Avrupa'da DEHB tedavisi için çeşitli tedavi kılavuzları yayınlanmıştır. DEHB'in tanı ve tedavisinde standardizasyon sağlamak amacıyla oluşturulmuş bu kılavuzlar, nörogelişimsel bir hastalık olarak kabul edilen DEHB'nin tedavisinde farmakoterapinin en önemli ve öncelikli tedavi yöntemi olduğu yönünde fikir birliği içindedirler (Pliszka 2007).

Tedavi seçenekleri farmakolojik tedavi ve psikoterapotik/psikososyal yaklaşım olarak iki başlıkta toplanmaktadır. Gerçek ve efektif bir tedavi yaklaşımı ise; farmakoterapi, psikoterapi ve psikososyal yaklaşımların bütünüdür. Metilfenidat ve dekstroamfetamin gibi SSS uyarıcısı olan ilaçlar (psikostimülanlar) farmakolojik açıdan ilk sıra tedavi seçenekleri olarak önerilmektedir. Bunun yanında uyarıcı olmayan bir noradrenalin geri alım inhibitörü olan atomoksetinin (ATX), tedavide anlamlı ölçüde bir klinik düzelme sağladığı birçok bilimsel çalışma ile kanıtlanmıştır (Jensen, 1999; Gamo ve ark., 2010).

6 yaş öncesi çocuklar için bakıldığında, Avrupa temelli kılavuzlarda ebeveyn eğitimi, psikoeğitim ve psikoterapi tavsiye edilmekte, farmakolojik tedavi bu yaş grubu için önerilmemektedir. Altı yaş üstü çocuklarda ise grup temelli psikoeğitim,

bilişsel davranışçı teknikler, öğretmenlerin davranışsal müdahale eğitimi ve sosyal beceri eğitimleri gibi seçeneklerin öncelikle uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Bu müdahalelerin yetersiz kaldığı ya da daha ağır belirtilerin görüldüğü vakalarda onaylanmış ilaç tedavisi multimodal tedavi yaklaşımının bir parçası olarak önerilmektedir (NICE 2009).

Amerikan Pediatri Birliği kılavuzunda ise, Avrupa kılavuzlarından farklı olarak altı yaşından küçük çocuklar için psikoeğitim ve psikoterapiden fayda göremeyen işlevselliğin büyük ölçüde bozulduğu olgularda metilfedinat (MPH) reçete edilebileceğini belirtilmektedir. İlaç tedavisi düzenlenirken etkinin en fazla olduğu yan etkinin de olabildiğince az olduğu uygun dozda ilaç titrasyonu yapılması gerektiği bildirilmektedir (Wolraich ve ark., 2011).

Psikositimülan ilaçlar (MPH, amfetamin, dekstroamfetamin, metamfetamin, dekstroamfetamin/amfetamin tuzları, MPH transdermal sistem, deksmetilfenidat, lisdeksamfetamin) ve özgün noradrenalin geri alım inhibitörü olan ATX başlıca kullanılan tedavilerdir. Bunun dışında alfa-2 adrenerjik ajanlar (özellikle uzatılmış guanfasin ve klonidin), antidepresanlar (bupropion, venlafaksin, nortriptilin, imipramin) ve dopaminerjik bir ajan olan modafinil de tedavide kullanılabilen diğer ilaçlar arasındadır (Pliszka 2007).

İKİNCİ BÖLÜM

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

Otizm bir iletişim sorunu olarak görülür; beyin fonksiyonlarını etkileyen nörobiyolojik bir bozukluktur. Sosyal gelişim ve iletişim sorunları, sınırlı ve olağandışı ilgi alanları ve tekrarlayan davranışlar OSB'nin başlıca belirtileridir. Otizm, bebeklik döneminde başlayan, yaşam boyu devam eden ve şiddeti hafiften şiddetliye kadar değişen, göz teması, işaret etme, ortak dikkat, çevreye ilgisizlik gibi işlevsiz davranışlarla karakterize gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanır ve çeşitli kombinasyonları vardır. (Almbaidheen 2015).

DSM-5'te psikiyatrik tanı sisteminde kullanılan OSB belirtileri; sosyal-duygusal karşılıklık, paylaşım bozuklukları, sözel ve sözel olmayan iletişim bozuklukları, tekrarlayan hareketler, aynı, sınırlı ve tuhaf ilgilere bağlı kalma, duysal uyarılara aşırı veya aşırı tepki verme. (Köroğlu 2014).

Yetersiz sosyal etkileşim ve iletişim, işlevsiz tekrarlayan davranışlar ve sınırlı ilgiler, otizm spektrum bozukluklarının başlıca özellikleridir. Bu semptomların şiddeti ve dağılımı kişiden kişiye değiştiği için DSM-5 spektrum bozukluğu olarak tanımlanmıştır. (Mançe Çalışır 2018).

2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu Tarihçesi

Otizm terimi ilk kez 1911'de Bleuler tarafından şizofrenide olduğu gibi kişinin dünyasından ve gerçekliğinden geri çekilmek anlamında kullanılmıştır. Kraepelin 1913'te otizmi erken başlangıçlı şizofreni olarak tanımladı. Kanner (1943) yaptığı çalışmada, insanlara karşı ilgisiz olan 11 çocuğun klinik özelliklerini ayrıntılı olarak incelemiş ve anormal davranış özellikleri, direnç değişiklikleri ve bozulmuş dil işlevi gibi belirtileri "bebek otizmi" (erken çocukluk çağı) olarak tanımlamıştır. Eugen Bleuler ve Kraepelin'in "Çocukluk" adlı eserlerinde "son derece yalnızlık" anlamına gelen "şizofreni" anlamına gelen "otizm" kelimesini kullanmıştır (Bleuler 1911; Kanner 1943; Folstein ve Rutter 1977).

Yaklaşık bir yıl sonra, Viyanalı doktor Hans Asperger (1944), 4 çocuğu değerlendirdiği bir çalışmada bu semptomları "çocukluk otistik psikozu" olarak tanımladı ve bu, Lorna'nın İngiliz literatürüne girmesinden sonra daha belirgin hale gelen klinik bir tezahür. 1980'lerde "Asperger Sendromu" adı olarak kullanılır (Asperger 1944; Mançe Çalışır 2018; Mukaddes ve Dursun 2018).

OSB tanısı için DSM (Diagnostic and Statistical Manual) Manual of Betimive and Quantitative Mental Disorders ve ICD (International Classification of Diseases) International Classification of Disease kriterleri kullanılmaktadır (İncekaş 2009). Otizm 1980'de psikiyatrik tanı sınıflandırma sistemine girdiğinde DSM-III'den 2013'te DSM-5'e kadar, hem tanı hem de sınıflandırmada bazı farklılıklar olmuştur.

Otizm, Kanner'ın tanımına göre şizofreniden ayrı olsa da, yıllar içinde tanısal sınıflandırma sistemlerindeki benzer özellikleri nedeniyle çocukluk şizofrenisinden tam olarak ayırt edilememekte ve birbirinin yerine kullanılmaktadır. Otizm, ICD-8'de şizofreni olarak tanımlanırken, DSM'nin ilk iki versiyonunda otizm bir şizofreni olarak kabul edildi. 1980'de yayınlanan DSM-III'de otizm, Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) başlığı altında erken bebeklik dönemi otizmi, çocuklukta başlayan YGB ve çocukluk çağı şizofrenisi ile ilişkili atipik YGB olarak sınıflandırılmıştır. Sosyal ilişkilerde bozulma, dil ve iletişim becerilerinde yetersizlik ve kimliğe bağlılıktır. Ayrı tanı kriterleri daha açıktır. DSM-III'de erken bebeklik dönemindeki otizm, semptomların 30 aylıktan önce ortaya çıkması koşuluyla, çocuklukta başlayan YGB'den ayrı olarak değerlendirilir. DSM-III'e ayrıca, vakaların başlangıçta tanı kriterlerini karşılama ancak daha sonra uygun olmayan hale gelme derecesini tanımlayan "kalan evre alt tipi" dahildir (DSM-III; Mançe Çalışır 2018).

DSM-III'e göre daha gözlemlenebilir, uygulanabilir, derecelendirilebilir ve özgül tanı ölçütleri içeren DSM-III-R'nin yayımlanmasıyla birlikte bebek otizmi, otizm bozukluğu olarak değiştirilmiş ve tanı ölçütlerinin sayısı azaltılmıştır. Tanı kriterlerinden en az ikisi yetersiz sosyal etkileşim, iletişim güçlükleri, sınırlı davranış, tekrarlayıcılık ve ilgiyle ilgili yükümlülüklerdir (Mance Çalışır 2018).

DSM-IV'te otizmin klinik belirtileri, Asperger bozukluğu, Rett bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan YGB ve çocuklukta parçalanma bozukluğu ile birlikte yaygın

gelişimsel bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. Otizm Spektrum Bozukluğu 'nun temel semptomları 3 boyutta tedavi edilmiş, toplam tanı kriteri sayısı 16'dan 12'ye, tanı için gereken minimum tanı kriteri sayısı 8'den 6'ya düşürülmüştür. (DSMIV; İncekaş 2009; Mançe Çalışır 2018; Mukaddes ve Dursun 2018).

Son olarak, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) 2013 DSM-5'inde DSM-IV'te Yaygın Gelişimsel Bozukluklar başlığı altında tanımlandığı şekliyle Rett bozukluğu, etiyojisindeki temel farklılıklar nedeniyle spektrumdan dışlanmıştır. Başka türlü atanamayan Otizm, Asperger ve YGB, tanılarındaki ayrımların geçersiz ve yararlı olduğu düşünüldüğünden OSB isimleriyle birleştirilmiştir. DSM-5'te Nörogelişimsel Bozukluklar ana başlığı altında otizm spektrum bozukluğunun ana belirti grubu 2 ana boyuta indirgenmiştir;

A) sosyal iletişim ve sosyal etkileşim sorunları,

B) sınırlı tekrarlayan davranışlar, ilgiler veya aktivite. DSM-5'te, "Sınırlı ve tekrarlayan ilgi alanları, davranışlar ve etkinlikler" (DSM5) alanına "duyusal uyaranlara karşı azalan veya artan yanıt verme veya çevrenin duyuşal yönlerine uygun olmayan dikkat" kriterleri eklenmiştir. Ayrıca semptomlar, şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılır (Almbaidheen 2015; Görmez ve Kırpınar 2015; Mance Çalışır 2018; Mukaddes ve Dursun 2018).

DSM-IV'ten DSM-5 tanı sistemine geçişle birlikte, OSB tanısının DSM-5'teki tanı kriterlerini karşılayarak daha az kişide veya daha ileri yaşlarda yapılabileceğine inanılmaktadır. OSB'si olan bireyler için erken tanı ve tedavi çok önemli olduğundan küçük çocuklar için tanı kriterleri belirlenirken duyarlılık kriterleri unutulmamalıdır (Yaylacı 2015). DSM-5'te semptomların 3 yaşından önce başlama kriterleri 3 yaşından sonra başlama kriterleri olarak değiştirilmiştir. ASD skorunda 1. seviye desteğe, 2. seviye güçlü desteğe ve 3. seviye çok güçlü desteğe ihtiyacı vardır.

DSM-5'in ortaya çıkmasıyla birlikte erken teşhis konusundaki endişeleri gidermek için, "semptomlar erken bir gelişim aşamasında başlamalıdır" kriterlerine esneklik getirildi ve teşhis edilmemiş veya teşhis edilememiş bireylerin

tanımlanmasını kolaylaştırmıştır. Çocuklukta, ancak daha sonraki sosyal beklentilerde daha belirgin hale gelmektedir (Görmez ve Kırpınar 2015).

2.2. Otizm Spektrum Bozukluğu Belirtileri

Otizmliler çocuklar, sosyal iletişim yetersizliğine dayalı birden çok belirtiyeye sahiptir. Bu başlık altında başlıca otizm belirtileri ele alınmıştır.

1. Göz Teması

Karşılıklı bakışma yaşamın ilk yıllarından itibaren sosyal etkileşim başlatmak adına temel bir beceridir (Farroni, Csibra, Simion, Johnson, 2002; akt. Austin, Sciarra 2010). Dawson ve Osterling yetkili kişilerin otizmliler çocukları değerlendirirken çocuğun göz teması kurma durumuna dikkat etmesi gerektiğini vurgulamıştır (Dawson, Osterling 1994). 2002 yılında Londra Üniversitesi tarafından yapılan bir çalışma normal gelişim gösteren bebeklerin doğumdan itibaren karşılıklı göz teması kurmaya istekli olduğunu ortaya koymuştur. (Csibra, Farroni, Simion ve Johnson, 2002; akt. Austin, Sciarra 2010). OSB'li bebekler ise bakım veren ile karşılıklı göz temasını reddederler. Bu bebeklerin erken dönemde en belirgin sosyal gelişim problemi, göz teması kuramıyor oluşudur (Austin, Sciarra, 2010).

2. Sosyal İlgi

Yaşamın ilk 3-6. aylarında görülmeye başlanan babıldama dönemi, daha sonraları tek sözcük evresine geçecek olan çocuğun sosyal iletişim temellerini atacaktır. Otizmliler çocukların söz öncesi dönemlerini (0-12 ay) incelemek üzere yapılan bir araştırmada, babıldama dönemindeki bebeklerde gelişimsel bir gecikmenin gözlenmediği ancak otizmliler bebeklerde ciddi ses bozulmaları yaşandığı belirtilmiştir (Sheinkopf ve ark., 2000)

3. Dikkat Becerisi

Dawson ve Osterling'in 11 normal gelişim gösteren ve 11 otizmliler çocuğu dahil ederek yapmış oldukları çalışmada en ayırt edici kriterlerden birinin ortak dikkat

olduğu sonucuna ulaşılmıştır (1994). Ortak dikkat, iki bireyin aynı nesne ya da olaya karşı ilgi gösterme sürecidir. Bu süreç bireyin kendisi, karşısındaki ve nesne arasında senkronizedir. Bebeklerde ilgi odağının nesne ve ebeveynler arasında değişim göstermesinin yaklaşık 2-14. aylar arasında oluşması beklenir. Ortak dikkatin bir diğer parçası, ebeveynin sunduğu dikkat unsurunun bebek tarafından takip ediliyor olmasıdır (Durukan ve Türkay, 2008). Otizmlilerin çocukların konuşma öncesi ses atipikleri üzerine yapılan başka bir araştırmada daha önce yapılanlara paralel olarak çocuklarda ortak dikkat yetersizliklerini doğrulamıştır (Sheinkopf ve ark.2000). Çocuklar genellikle ilgilerini çekebilecek nesnelere karşı (oyuncaklar, hayvanlar vs.) duyarlıdır. Normal gelişim gösteren bir çocuk işaret edilen nesneye ilgisini verir, karşısındaki ile nesne hakkında iletişim kurar. Ancak OSB'li çocuklar bu gibi ortak dikkat ve sosyal konuşma gerektiren durumlarda yetersiz kalırlar. Genellikle işaret edilen nesneye karşı ilgisizdiler. İlgileniyor gibi göründükleri durumlarda ise bu ilgi, sosyal alt temelli olmaktan çok kendi isteklerini karşılamaya yöneliktir (Austin ve Sciera, 2010).

4. Bağlanma ve Akran İletişimi

Bowlby'e göre bebekler, bakım veren kişi ile bağ kurmaya istekli olarak dünyaya gelirler. Yaşamın ilk yıllarından itibaren kendi temel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik doğuştan reflekslere sahiptirler. Reflekslerle başlayan güven duygusuna dayalı bu ilişi, zamanla gelişerek bakım veren ve bebek arasında bağlanmanın temelini oluşturacaktır. Bağlanmanın bebekte en belirgin olduğu dönem 6-24 ay aralığındadır. Normal gelişim gösteren bebeklerde güvenli bağlanma gelişir(Bowlby 1969,1979,1986; akt. Pehlivanürk, 2004). Önceki çalışmalar otizmlilerle çocuklar ile bakım veren arasında bağlanmanın gerçektelemediğine dikkat çekse de 1988 yılında otizmliler ve zihinsel engelli çocuklar ile yapılan bir araştırmada, otizmliler çocukların bağlanma davranışını geliştirdiği gözlemlenmiştir (Sigman & Mundy, 1988).

5. Oyun ve Taklit Becerileri

Amerika'da otizmlilerle çocuklarda motor becerilerin kullanımı üzerine yapılmış olduğu çalışmada, otizmlilerle çocuklar normal gelişim gösteren akranlarına göre

motor taklit yetenekleri açısından yetersiz kalmışlardır (Littleford, Ousley ve Stone, 1997). Türkiye’de yapılmış bir başka araştırmaya göre ise, söz öncesi dönemde bulunan otizmliler çocuklar nesnelere aracılığı ile (örn. oyuncaklar) model olunmuş taklit becerilerinde motor taklit becerilerine oranla daha iyi performans sergilemiştir. Sözel dil edinimi olan çocuklarda ise motor taklit becerileri nesne taklit becerilerinden yüksek bulunmuştur (Akçamuş, Acarlar, Alak, 2018). Davranışlarla ilgili öğrenmeleri çocuklar gözlem ile edinirler (örn. yemek pişiriyormuş gibi davranmak). Dolayısıyla nesne taklit becerilerinin sembolik oyunun alt yapısını oluşturduğu düşünülmektedir (Striano ve diğ., 2001; atk. Akçamuş, Acarlar, Alak, 2018). Çalışmada çocukların taklit performanslarının sembolik oyun üzerinde anlamlı derecede etkisi olduğu belirtilmiştir (Akçamuş, Acarlar, Alak, 2018).

6. Sosyal-Duygusal Gelişim

Otizm tanısı almış kişilerde sosyal duygusal alanda karşılaşılan en belirgin problem başka bireylerin duygu ve düşüncelerini anlamlandırmakta güçlük yaşamaktır. Bireylerin jest ve mimik, talep, davranış, duygu ve düşüncelerini kavrama yeteneği zihin kuramı ile açıklanmaktadır. Sağlıklı çocuklar tüm bu süreçleri yardım almadan kazanabilmektedir. Ancak otizm tanısı almış çocuklar sosyal duygusal gelişimin temeli sayılabilen becerileri edinmede aksaklıklar yaşamaktadır (Sucuoğlu 2009; akt. Eliçin, Avcıoğlu 2014). Türkiye’de 3 otizmliler çocuk ile yapılan bir çalışmada replik silikleştirme eğitiminin (replikler ile başlatılan sohbetin zamanla replikler kaldırıldıktan sonra devam etmesi) çocuğun kendini uygun yer ve zamanda ifade edebilme ve duygularını tanımlama becerilerini arttırdığı gözlemlenmiştir (Eliçin, Avcıoğlu 2014).

7. İletişim Becerileri ve Dil Gelişimi

Gelişim farklı alanlarıyla (bilişsel, fiziksel, dil gelişimi vb.) birbirinden etkilenecek bütün halinde ilerleyen bir süreçtir. Normal gelişim gösteren çocuklarda ilk beş ay aralığında iletişimin ilk belirtileri olan babıldama ve gülümseme gözlenir (Karacan, 2000). Dil gelişiminde yaşanan gecikmeler diğer bozuklukların bir belirtisi olabileceği gibi otizmin de parçasıdır (Austin Sciarra 2010). Amerikan Psikiyatri Derneği’nin DSM-V yayınına göre çocukların dil gelişim performansları otizm tanısı

kriterlerinden biri olarak yer almaktadır. Otizmin derecesi dil gelişim performansındaki düşüklük ile paralel seyretmektedir (APA,2013; Ökcün Akçamuş 2018). Bunun bir örneği olarak asperger sendromuna sahip çocuklar, otizm tanılı çocuklara oranla dil edinimini daha erken tamamlarlar (Le Couter ve ark. 1989; akt. Austin Sciarra 2010).

Zihinsel engelli ve otizimli çocuklar ile yapılan bir araştırmada, otizimli çocukların zamir kullanımlarında belirgin farklılıklar gözlenmiştir. Aynı çalışmada bu çocukların zihinsel engelli çocuklara oranla "ben" dilini önemli derecede az kullandıkları (örneğin çikolata yeme isteğini "çikolata ye" şeklinde aktarma) tespit edilmiştir. Otizimli çocukların zamir kullanımındaki farklılıkları ise düşük benlik alguları ve kişisel zamirleri öğrenme performansları ile açıklanabilmektedir (Lee, Hobson, Chiat, 1994). Otizmin temel dil gelişim problemlerinden bazıları anlaşılır konuşma ve kendini ifade etmede güçlükler, alıcı dil gelişiminde yaşanan gecikmeler, diğer bireylerle iletişim kurmada davranışsal problemlerden oluşan zorluklardır (Tager-Flusberg, Paul, Lord, 2005)

8.Obsesif Davranışlar

Otizimli çocuklar nesnelere aşırı ilgi gösterebilirler (Korkmaz, 2010). Türkiye'de yapılmış bir çalışmada söz öncesi dönemde bulunan otizimli çocuklara nesnelere ile model olduğunda taklit becerileri puanları yüksek bulunmuştur (Akçamuş, Acarlar, Alak, 2018). Otizmde nesnelere karşı olabileceği gibi nesnelere hareketlerine karşı da obsesyon gelişebilir. Örneğin ısrarla ve sıkılmadan musluğu açıp kapatma, el çırpma ve döndürme, ekolali(kelime anlamı olarak TDK'ya göre yankılı konuşma, bir kimsenin söylediklerini bilinçsizce tekrar etme durumu) davranışları görülebilir. Özellikle canlı olmayan nesnelere karşı ya da herhangi bir husus ile alakalı(örneğin harfler, matematik işlemleri gibi) fazlaca ilgi gösterebilirler (Korkmaz, 2010). Militerni ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada otizm tanılı 2-4 yaş çocuklarda daha çok motor hareketlere yönelik takıntılı davranışlar gözlenirken, büyük olan 7-11 yaş çocuklarda karmaşık olarak tanımlanan bir tablo oluşmaktadır (Militerni, Bravaccio, Falco, Fico, Palermo, 2002)

9.Otizm ve Akademik Hayat

Okul öyküsünün başlaması ile birlikte otizmliler çocuklar rutinlerinin dışında kalan alışılmadık bir durumun içerisinde bulunurlar. Bu durum çocuk için yeni bir iletişim alanı, davranışsal, akademik ve bilişsel kapsamda ise yeni beklentiler anlamına gelmektedir. İlkokul yılları normal gelişim gösteren çocuklar için dahi zorlayıcı bir yenilik iken, otizmliler çocuklarda oldukça güçtür. Birçok farklı alanda gelişimsel beklentiye karşılama durumuna, yeni bir ortama alışma süreci eklenen otizmliler çocuklar için okul hayatı oldukça karmaşık ve zorlayıcıdır (Loveland, Tunalı- Kotoski, 2005).Uzun süre bir durum ya da olaya odaklanma güçlükleri akademik hayatta yaşanan birçok problemin temelinde yatmaktadır. Bu çocuklar için ders programına uygun çanta hazırlama, verilen ödevleri yapabilme gibi dikkat gerektiren alanlar meşakkatlidir. Otizmliler bireylerin okul performansları birbirlerinden oldukça farklıdır. Bu bireyler için eğitimden maksimum verimi alabilmek, ancak bireysel farklılıkları ilke edinen bir eğitim ile mümkündür (Austin, Sciarra, 2010). Birden fazla alanda performans göstermeleri beklenen çocuklar için akran iletişimi, okul uyumu adına oldukça belirleyicidir. Okul öncesi sınıflarına devam eden 60-66 ay aralığında otizmliler 82 kaynaştırma öğrencisi ile yapılan bir araştırmada, çocukların sosyal uyum ve etkileşimleri incelenmiştir. Buna göre akranları otizmliler çocuklar ile arkadaşlık etmeyi hemen hemen hiç tercih etmemişlerdir. Ayrıca akademik ve diğer alanlarda da reddedilmişlerdir (Metin, Şenol, Yumuş, 2015). Yapılan araştırmalar ışığında, dışlanma öyküsü bulunan otizmliler çocukların okul uyumu ve akademik başarılarının olumsuz yönde etkileyeceğini söyleyebiliriz.

2.3. Otizmin Etiyolojisi

Bu alanda artan araştırmalara rağmen OSB'nin etiolojisi tam olarak ortaya konamamıştır (Mukaddes ve Tanıdır 2015). Leo Kanner otizmi ilk tanımladığında, doğuştan gelen bir yapısal bozukluk olarak kabul edilmiştir. İlerleyen yıllarda, annenin çocuğun fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamamasından otizmin ortaya çıktığı fikri ortaya çıkmıştır. 1960'dan sonra yapılan araştırmalarda bu fikir reddedilmiş ve otizm bir nörogelişimsel bozukluk olarak kabul edilmiştir. (Şenol 2006; Kadak 2011; Mukaddes 2017).

OSB'nin heterojen klinik prezentasyonu, kontrolsüz doğum öncesi ve çevresel faktörler ve etik nedenlerle çocuklarda araştırmaların kısıtlanması OSB'nin patogenezinin belirlenmesini zorlaştırmaktadır (Demirkaya 2018). Otizm tek bir nedenle açıklanamaz. Otizmin ortaya çıkmasının, birden fazla faktörün etkileşimi ile ilgili olduğu söylenir. Son zamanlarda yapılan çalışmaların ortak bir bulgusu, otizmin genetik ve bazı çevresel faktörlerin etkileşiminin sonucu olabileceğidir (Mukaddes 2017). OSB'nin etiyojisine ilişkin hakim görüş, genetik ve ailesel faktörlerin, perinatal, nörokimyasal, nörobiyolojik, nöroanatomik, nörobilişsel ve dismorfik özelliklerin etkisine dayalı bir nörogelişimsel bozukluk olduğu yönündedir (Köse 2015). Konuyla ilgili genomik ve görüntüleme çalışmaları, yaşamın ilk birkaç yılında gözlenen orta temporal lob, frontal lob ve beyin amigdalasının yanı sıra serebellum ve korpus kallozumdaki değişikliklerle birlikte genetik arka planın önemli olduğunu bildirmektedir. (Mukaddes ve Tanıdır 2015).

OSB ;kesin nedeni bilinmemekle birlikte, etiyojisi genetik bir arka planın yer aldığı, çevresel faktörlerin riski artıran ve nöroimmün mekanizmalarında rol oynayan nörogelişimsel bir bozukluktur (Demirkaya 2018). Otizm Spektrum Bozukluğu gastrointestinal patolojisi üzerine yapılan bir araştırma, bağırsak mikrobiyotası, OSB semptomlarının başlangıcı ile aynı zamana denk gelen, yaşamın ilk birkaç yılında çevresel faktörlerin etkisi altında stabilize olduğundan, OSB kişilerde probiyotik takviyeleri azaltabilir. (Kılınç ve Ünlü Söğüt 2018).

2.4. Otizmin Epidemiyolojisi

1960-1970 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da otizm sıklığı üzerine yapılan ilk çalışmalar, otizm insidansının 10.000'de 2-4 olduğunu ve erkeklerde kızlardan 3-4 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Mukaddes ve Dursun). ve diğerleri 2018). Otizm sıklığı ile ilgili daha sonraki çalışmalarda, daha önceki çalışmalara göre sıklığında artış olduğu söylenmiştir. (Mukaddes ve Dursun 2018). Hastalık Kontrol Merkezi (CDC 2018), otizm sıklığını 2006'da 150'de 1, 2008'de 88'de 1, 2012'de 68'de 1 ve 2014'te 59'da 1 olarak bildirmiştir.

Türkiye'de Tohum Otizm Vakfı (TOV 2017) tarafından taranan 44.045 çocuk üzerinde yapılan araştırmada, yaklaşık 500.000 otizmlili ve 100.000 ilkököl çağındaki otizmlili çocuğun olduğu düşünölmüştür. Şu anda Türkiye'de OSB insidansı hakkında net bir veri yok, ancak istatistiklere göre zorunlu eğitim çağındaki 16.837 çocuğa OSB tanısı kondu ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerindeki çocukların %53.2'sine Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı konmuştur. Tohum Otizm Vakfı'nın (TOV 2020) son verilerine göre 59 çocuktan biri otizmlidir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda hem çocuklukta hem de yetişkinlikte otizm spektrum bozukluğu görülme sıklığının %1'e yakın olduğu bildirilmiştir. Önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında, eşik altı vakaları içeren DSM-IV tanı kriterleri, OSB artan sosyal ve tanısall farkındalığı, çalışma metodolojisindeki farklılıklar veya gerçek OSB oranlarında artış gibi yüksek oranlar için farklı açıklamalar vardır (Korkmaz 2010; Bilgiç 2012; DSM-V; Görmez ve Kırpınar 2015; Köse 2015).

Cinsiyetler arası belirtileri inceleyen çalışmalarda kız ve erkek çocuklarda belirtilerin dağılımı konusunda çelişkili bilgiler olsa da OSB erkeklerde kızlara göre 3-4 kat daha fazla olmakla birlikte daha şiddetlidir ve zeka geriliği kızlarda daha sık görölmektedir (Şenol 2006). Bu durum zihinsel ve dil sorunu olmayan kız çocuklarının tanımı görmezden gelebileceğini düşündürebilir (Görmez ve Kırpınar 2015). Ülkemizde yapılan araştırmaların sonuçlarına göre erkek çocukların görülme sıklığının kızların yaklaşık 5 katı olduğu bildirilmektedir. (Doğangün ve Yavuz 2011). OSB prevalansı değişmeden kalma eğilimindedir ve çoğu bireyde tanı yetişkinliğe kadar devam eder (Görmez ve Kırpınar 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde beyazları, siyahları ve Latinleri karşılaştıran bir çalışmada, beyazların insidansının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır(Mukaddes 2017).

2.5. Otizm Spektrum Bozuklukları'nın Tanısı

OSB'yi teşhis etmek için laboratuvar testleri yoktur. OSB'nin nedenini araştırmak, OSB ile karıştırılan durumları (işitme sorunları gibi) ayırt etmek ve OSB'ye eşlik eden epilepsi gibi tıbbi sorunları belirlemek için testler yapılabilir. (Tufan,2015).

Aşağıda OSB tanısı için DSM 5 tanı kriterleri verilmiştir (Association,2013).

A. Aşağıda açıklandığı gibi, şimdiki veya geçmişteki farklı biçimlerde kendini gösteren, sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde kalıcı sakatlıktır.

1. Sosyo-duygusal tepkilere yanıt verememe (örneğin, olağandışı sosyal yollardan karşılıklı sohbet etme zorluğuna; ilgi alanlarını, hisleri veya hisleri paylaşamama veya sosyal etkileşimlere yanıt verememe).

2. Sosyal etkileşim için sözel olmayan iletişim davranışlarında bulunamama (örneğin, sözlü ve sözsüz iletişimin zayıf entegrasyonu, anormal göz teması, beden dilini veya jestlerini anlama ve kullanma ve yüz ifadeleri ve beden dili dahil olmak üzere belirgin eksiklikler).

3. Farklı sosyal bağlamlarda uygun davranamama, hayali oyunları paylaşamama ve arkadaş edinememe gibi semantik ilişkiler geliştirmede, sürdürmede ve anlamsal ilişkilerde zorluk, arkadaşlara ilgisizlik.

Mevcut Şiddet: Şiddet, sosyal iletişimdeki eksiklikler ve kısıtlı tekrarlayan davranışlar tarafından belirlenir.

B. Aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, şimdiki ve geçmişteki sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgi alanları veya faaliyetler:

1. Basmakalıp veya tekrarlayan motor hareketler, nesnelere veya dilin kullanımı (basit motor stereotipler, oyuncakları düzenleme veya döndürme, yankılar, özel cümleler)

2. Kalıcılık, rutin veya ritüelleştirilmiş sözlü ve sözlü olmayan davranışlara bağlılık (küçük değişikliklerle aşırı stres, geçiş zorluğu, katı düşünme, selamlama ritüelleri, her gün aynı yolu veya yemeği sevme).

3. Sınırlı, sabit ilgiler, tema veya yoğunlukta anormal (olağandışı nesnelere anormal aşırı bağlanma, aşırı tekrar veya sınırlı ilgi).

4. Çevrenin duyuşal boyutlarına aşırı duyarlılık veya aşırı duyarlılık veya aşırı dikkat (acıya/ısıya aşırı duyarsızlık, belirli ses ve dokunuşlara beklenmedik tepkiler, koku veya nesnelere dokunmaya aşırı duyarlılık, ışığa veya harekete odaklanan görme)

Mevcut Şiddet: Şiddet, sosyal iletişim alanındaki eksikliklere ve sınırlı tekrarlayan davranışlara bağlıdır.

C. Semptomlar gelişimin erken döneminde ortaya çıkmalıdır (sosyal beklentiler çizgiyi geçene veya daha sonra öğrenilen stratejilerle maskelenene kadar tanınmayabilir)

D.Semptomlar sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olmalıdır.

E. Bozukluk, zihinsel yetersizliğe veya genel gelişimsel gecikmeye bağlı olmamalıdır. Zihinsel engellilik ve OSB sıklıkla birlikte ortaya çıksa da, OSB ve zihinsel engelli teşhisi konması için sosyal etkileşimin normal gelişim düzeylerinin altında olması gerekir.

2.6. Otizm Spektrum Bozukluklarında Komorbidite ve Ayırıcı Tanı

Otizimli kişilerin %70'inden fazlasının tıbbi, gelişimsel veya psikiyatrik sorunları vardır. (Lai, Lombardo, Baron-Cohen,2014).

Ülkemizde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre otistik hastaların %94'ünde komorbidite vardır. DEHB'in %46-60'ı, obsesif-kompulsif bozukluğun %20-32'si, depresyonun %30'u, tik bozukluğunun %20'si rapor edilmiştir. (Mukaddes, Hergüner, Tanıdır,2010).

Ayırıcı tanıda dil bozukluğu, zihinsel yetersizlik, tepkisel bağlanma bozukluğu, çok erken başlangıçlı şizofreni, seçici konuşmazlık, görme ve işitme bozuklukları göz önünde bulundurulmalıdır. (Dursun,2018).

2.7. Otizm Spektrum Bozuklukları'nın Tedavisi

OSB tedavisinin temel dayanakları, yapılandırılmış eğitim müdahaleleri ve dil becerileri rehabilitasyonudur. Otizmliler 3 yaşından önce bir tedavi programına başlamaları önerilmektedir (Geoffray, Thevenet, 2016). IQ, iletişim ve sosyal iletişimde önemli değişiklikler, 5 yaşından önce haftada en az 15 saat en az 2 yıllık eğitimle başlamıştır. (Ospina, Seida, Clark, Karkhaneh,2008).

Şu anda otizmin temel semptomları üzerinde kanıtlanmış terapötik etkisi olan bir ilaç yok. ASD'de stereotipler, hiperaktivite, huysuzluk, öfke nöbetleri, tikler, anksiyete, uyku sorunları, cinsel suistimal ve hiperestezi semptomlarını tedavi etmek için psikiyatrik tedavi kullanılır. Atipik antipsikotikler arasında risperidon ve aripiprazol, sinirlilik, hiperaktivite ve tekrarlayan hareketleri azaltır. Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin tekrarlayan davranışlarda etkili olabileceği düşünülmekle birlikte bu konudaki veriler tutarsızdır. DEHB olgularında metilfenidat ve atomoksetinin etkili olduğu bildirilmiştir. (Howes, Rogdaki, Findon, Wichers, Charman,2018).

Şelasyon tedavisi, intravenöz immün globulin, hiperbarik oksijen tedavisi ve antifungal ajanların otizm tedavisinde faydalı olduğu gösterilmemiştir ve kullanılmamalıdır. (Lai , Lombardo, Baron-Cohen,2014).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

DEHB ve OSB çocuklarda en sık görülen iki nörogelişimsel bozukluktur (Musser, Hawkey, vd, 2014). OSB prevalansı %1 iken DEHB prevalansı yaklaşık %5'tir (Steijn, Richards, vd, 2012). Her iki bozuklukta da dikkat sorunları, akran iletişim güçlükleri, dürtüsellik ve değişen derecelerde hiperaktivite mevcuttur; okulda, evde ve diğer ortamlarda ciddi davranışsal, akademik, duygusal ve uyum sorunlarına neden olur (Leitner, 2014). Her iki bozukluk da erkeklerde daha sık görülmektedir (Cooper, Martin, vd, 2014). DEHB, OSB'lerin %22-83'ünde ve DEHB'li OSB'lerin %30-65'inde görülür (Steijn, Richards, vd, 2012). DEHB ve OSB'nin birlikteliği daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Mukaddes, 2015)

DSM IV-TR ve ICD-10'a göre OSB tanısı varlığında DEHB tanısı konulamaz. Bu durum, araştırmacıları belirli bir süre boyunca iki hastalığı ayrı ayrı incelemeye yöneltti. Ancak epidemiyolojik çalışmalarda OSB ve DEHB'in yüksek oranlarda birbirine eşlik ettiği gözlenmiştir (Steijn, Richards, vd, 2012). DSM 5'te DEHB tanı ölçütlerinden "OSB tanısı yok" dışlama ölçütü çıkarılmış ve her iki tanı aynı anda konulabilmektedir. DSM ve ICD için tanı kriterleri birbirinden farklılık gösterse de otizmlili çocuklarda hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtileri gözlenmiştir. Öte yandan DEHB çocukların akran ilişkileri ile ilgili sorunları vardır (Taurines, Schwenck, vd, 2012).

DEHB ve OSB, yüksek düzeyde kalıtsal geçiş gösterir. DEHB ve OSB arasındaki ilişkinin nedenleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Konuyla ilgili yapılan genetik çalışmaların sonuçlarına dayanarak, otizm ve DEHB birlikteliğinde aynı gen bölgelerinin etkilenebileceği düşünülmektedir (Ronald, Simonoff, vd, 2008). İkiz bir çalışmada, DEHB çocuklarda otistik belirtilerin arttığı ve DEHB birleşik formuna daha fazla otistik belirtilerin eşlik ettiği bulunmuştur (Reiersen, Constantino, vd, 2007). Başka bir ikiz çalışmasında DEHB çocukların kardeşlerinde sağlıklı kontrollere göre daha fazla otistik belirtiler bulunmuş ve anlamlı derecede daha yüksek stereotipik hareketler gözlenmiştir (Nijmeijer, Hoekstra, vd, 2009). Bu konuda genç yetişkinler

üzerinde yapılan ikiz çalışmaların sonuçlarına göre, otizm ve DEHB belirtileri sıklıkla birlikte ortaya çıkmaktadır (Reiersen, Constantino,vd,2008).

Risk faktörü çalışmalarından elde edilen biyolojik, nöropsikolojik ve nörogörüntüleme bulguları, DEHB ve OSB komorbiditesini desteklemektedir (Taurines, Schwenck,vd,2012; Nijmeijer, Hoekstra,vd,2009) Bir MRI çalışmasında, DEHB ve OSB'de parietal gri madde hacminde ve geçici gri madde yoğunluğunda azalma ortak bulgular olarak bulunmuştur.

DEHB alt tipleri ile OSB belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar karışık sonuçlar vermektedir. Bazı çalışmalarda DEHB ek tanısı olanlarda otizm belirtileri daha sık görülürken, bazı çalışmalarda DEHB alt grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Grzadzinski, Martino,vd,2011). DEHB'in ortak görünümünde sosyal iletişimde daha saldırgan ve müdahaleci davranışlar görülürken; dikkat eksikliğinin içselleştirilmiş semptomları ve zayıf hafıza nedeniyle düşük oyun performansı daha sık görülebilmektedir (Mikami, Huang-Pollock,vd,2007).

DEHB olan çocuklarda tekrarlayan hareketlerin sıklığında artış bulunmuştur. Bununla birlikte, sosyal ve iletişim bozuklukları, tekrarlayan hareketlerden daha yaygındır (Rommelse, Geurts,vd,2011). Başka bir çalışmada ise hiperaktivite ve dürtüselliğin tekrarlayan hareketlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Martin, Hamshire,vd,2014)

DEHB güçlü ailesel aktarım sergiler. Buna karşılık DEHB anne babaların en az bir çocuğu olan çocukların %50'si DEHB'lidir; DEHB'li çocuğu olan ailelerin %25'i DEHB'den etkilenmektedir (Hage, Banaschewski, vd, 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde OSB ve/veya DEHB tanılı çocuklar ve anneleri arasında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, annelerin ilk çocuğunda DEHB gelişme riski altı kat, OSB gelişme riski iki kat artmıştır (Howes, Rogdaki,vd,2018). Ülkemizde DEHB olan çocukların ebeveynlerini içeren bir çalışmada, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin kontrol grubu ebeveynlerine göre daha fazla psikiyatrik belirti ve daha fazla DEHB belirtisi gösterdiği bulunmuştur. DEHB olan çocukların ailelerini, DEHB semptomlarını geriye dönük olarak değerlendiren Wender Utah derecelendirme ölçeğinden daha yüksek puanlar almıştır (Şimşek,

Gökçen,ark,2012). DEHB tanısı olan çocukların aile psikopatolojisini araştıran bir çalışmada erişkin başlangıçlı psikiyatrik bozukluklar (ruhsal bozukluklar, bipolar bozukluk, depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları ve madde kullanımı) ile çocukluk çağı DEHB'i arasında ilişki bulunmuştur. Psikiyatrik bozukluklar ve nörogelişimsel bozukluklar (otizm, iletişim bozuklukları, öğrenme güçlükleri ve zihinsel engeller) değerlendirildiğinde annede OSB varlığı, babada DEHB varlığına göre çocuğun psikiyatrik tanı alması ile daha yakından ilişkilidir (Joelsson, Chudal,vd,2017).

Otizmlı bireylerin birinci derece akrabaları OSB için yüksek risk altındadır (Bora, Aydın,ark,2017). Otizmlı bireylerin akrabalarında yaygın olarak görülen eşik altı otizm belirtileri, yaygın otizm fenotipi olarak adlandırılır. Kanner'a göre, otizmlı çocukların ebeveynleri, Asperger'in genetikle ilişkilendirdiği; ilgisizlik, yüksek zeka ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi kişilik özellikleriyle işlevselliklerini sürdürürken duygusal olarak çocuklarına karşı yetersiz tepki vermektedir (Küçük, Ulaş,ark,2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, otizmlı çocuğa sahip anne-babaların, başkalarının ruhsal durumu, özellikle çocuklarının ihtiyaçları ve duyguları hakkında yetersiz muhakeme yürüttüğü belirlenmiştir (Gökçen, Bora,ark,2009)

DEHB'li çocuk ve ergenlerde duygu tanıma ve zihin kuramı alanlarında yapılan araştırmalarda sosyal bilişle ilgili çeşitli eksiklikler tespit edilmiştir. Benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB olan ergenlerde duygu tanıma ve düzenleme becerilerini değerlendiren test puanlarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ek olarak, DEHB'li denekler göz okuma testlerinde kontrollere göre daha düşük puan aldı (Şan, Köse,ark,2018). DEHB'li çocukların DEHB+OSB ve bir kontrol grubundan oluşan başka bir çalışmada duygu tanıma eksiklikleri olduğu gösterilmiştir (Sinzig, Morsch,vd,2008)

DEHB tanısı OSB tanısını geciktirebilir. OSB tanısı konan 1496 çocuk üzerinde yapılan bir araştırma, vakaların yaklaşık %20'sinin DEHB tanısı konulduktan sonra OSB tanısı aldığını göstermiştir. DEHB tanısı alanların ortalama üç yıl sonra otizm tanısı aldığını saptamıştır (Miodovnik, Harstad,vd,2015). Bu saptamayı destekleyecek şekilde Tayvan'da yapılan bir başka çalışmada da DEHB tanısı almanın OSB tanısını geciktirdiği saptanmıştır (98). Bu nedenle DEHB tanısı olan küçük çocuklarda

semptomlar değerlendirilirken DEHB'e eşlik eden OSB ya da OSB ile görülen DEHB semptomları olabileceği düşünülmelidir (Miodovnik, Harstad, vd, 2015).

3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Otistik Spektrum Bozukluğunda Sosyal Biliş Çalışmaları

OSB, erken çocukluk döneminde başlayan ve yetersiz sosyal ve iletişim gelişimi, tekrarlayan davranışlar ve sınırlı ilgi alanları ile ilerleyen nörogelişimsel bir bozukluktur (Association, 2013). Bu durum ilk olarak kişilerarası etkileşimler, yankılar, zamirlerin ters çevrilmesi, tekrarlayan ve amaçsız davranışlar ve belirli durumlarda değişime direnç ile ilgili zorluklar bildiren Leo Kanner tarafından infantil otizm olarak adlandırılmıştır (Kanner, 1943). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Hastalık Kontrol Merkezleri tarafından 2012'de yayınlanan 8 yaşındaki çocuklar üzerinde yapılan bir araştırma, OSB prevalansının 88'de 1 olduğunu bildirdi. OSB, erkeklerde (42'de 1) kızlara göre (1'de 19) (Christensen, 2016) yaklaşık 4,5 kat daha yaygındır. Aynı merkez tarafından 2016 yılında yayınlanan ve 4 yaşındaki çocuklarda yapılan bir çalışmada, OSB prevalansının 13.4/1000 olarak bildirildiği %30 azalma bulunmuştur (Christensen, Bilder, vd, 2016).

Erken çocukluk döneminde sosyal alanda en sık görülen belirtiler; göz temasının zayıf olması, sosyal oyuna ve karşılıklı sosyal etkileşime karşı ilginin azalması, duygu düzenleme için anne-babaya daha az başvurulması ve yalnız kalma kolaylığı olarak bildirilmiştir (Volkmar, Chawarska, vd, 2008).

Baron-Cohen ve ark. tarafından OSB tanılı çocuklarda yapılan çalışma ile ilk defa zihinsel durumları temsil etmede yetersizlik gösterildikten sonra OSB'de Zihin Kuramı (ZK) becerileri ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda; ZK'deki bozulmanın iletişim ve sosyal etkileşim alanlarındaki bozulma gibi hastalığın çekirdek belirtileri için önemli bir bilişsel mekanizma olduğu gösterilmiştir (Brüne, vd, 2006; Baron-Cohen, Leslie, 1985; Baron-Cohen, Swettenham, 1997). Emosyonel uyarılara, sözsüz ipuçlarına uygun olmayan yanıtlar ve zayıf yüz emosyon tanıma dâhil olmak üzere sosyal bozukluklar ile karakterizedir. 2014 yılında OSB ile ilişkili yüz tanımada bozukluğun incelendiği bir meta analizde, tipik gelişim gösteren bireylerde nörogelişimsel süreçler ve sosyal deneyimler zamanla iyileşme

göstermesine karşın OSB tanılı bireylerde bu süreçlerde aksamalar yaşanabildiği ve bunun da nöral mimaride yüz-duygu işleme sürecindeki işlevsel bozulmayı desteklediği raporlanmıştır (Lozier, Vanmeter, vd, 2014). Benzer olarak Asperger Sendromlu (AS) veya yüksek işlevli otizmi olan çocuklar ve ergenler de başkalarının niyetini anlamada zorlanmaktadır. Baron-Cohen ve ark. (1997) yaşla eşleştirilmiş normal kontrollere ve bir klinik kontrol grubuna (Tourette Sendromlu) göre, yüksek işlevli otizm ve AS grubunda ZK'nin önemli ölçüde bozulduğunu göstermişlerdir. Otizm ve AS grubu Happe'in garip öyküleri görevlerinde başarısız olmuşlar. Buna karşın, iki kontrol görevi üzerinde bozulma görülmemiş: cinsiyetin yüzün göz bölgesinden tanınması ve tüm yüzün temel duygularının farkına varılması. Bunun otistik devamlılıkta çok yüksek işlev gören bireylerde zihin okuma defisitleri açısından kanıt sağladığı vurgulanmıştır (Baron-Cohen, Jolliffe, vd, 1997).

Yirmiye ve ark. (1998), otizmliler, zihinsel engelli (MR) ve normal gelişim gösteren çocuklarda ZK becerilerini karşılaştırdıkları bir meta-analizde, otizmliler çocuklar ile MR'lı çocuklar arasında ZK becerilerinde önemli farklılıklar bulmuşlardır, $d = .84$. Aynı şekilde, otizm ve normal gelişim grupları ($d = .88$) ile MR ve normal gelişim grupları ($d = .45$) arasında anlamlı farklılıklar vardı. Bu bulgular, zihin kuramı becerilerindeki bozulmanın otizmin özelliği olabileceğini ancak sadece otizmde değil, MR gibi farklı hasta gruplarında da görüldüğünü doğrulamaktadır. Yüksek işlevli ve yüksek işlevli olmayan otizm grupları arasındaki zihin kuramı becerilerindeki farklılıklara rağmen, anlamlı bir denetleyici olmadığı bulunmuştur (Yirmiye, Erel, vd, 1998)

DEHB dikkatsizlik, impulsivite ve hiperaktivite ile karakterize heterojen gelişimsel bir bozukluktur. DEHB, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tarafından tanımlanan nörogelişimsel bozukluklar arasında yaygın olarak görülmekte ve mevcut tanı kriterleri toplumun yaklaşık %5'i tarafından karşılanmaktadır. Pek çok çocuk her iki klinik alt görünüme (hiperaktivite/impulsivite ve dikkatsizlik) sahipken, alt gruplarda sadece dikkatsizlik veya sadece hiperaktivite/impulsivite görülebilir (Association, 2013). DEHB'nin semptom şiddeti ve uzun dönem gidişi çeşitlilik göstermektedir. DEHB semptomları, özellikle hiperaktivite/impulsivite yaş arttıkça iyileşme gösterirken dikkatsizlik, dağınıklık ve emosyon düzenleyememe gibi bazı semptomlar pek çok kişide yetişkinlikte de kalıcı

olmaktadır. Ayrıca bulgular DEHB olan kişilerde bilişsel güçlükler bulunduğunu göstermektedir (Alderson, Kasper, vd, 2013; Mowinckel, Pedersen, vd, 2014). Sosyal bozulmaya katkıda bulunan bazı davranışlar, DSM'nin tanımladığı tanı ölçütleriyle (örneğin, kesme, kesintiye uğratma) ilişkili olabilirken, bu DEHB'de gözlenen uyumsuz sosyal davranışların tümünü açıklamak için yeterli değildir. Ayrıca yüksek eş tanı oranları sergileyen Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) da sosyal bozulmanın bir diğer önemli göstergesidir (Nijmeijer, Minderaa, vd, 2008). Cadesky ve arkadaşları (2000), DEHB sağlıklı kontrollerden alınan yüz ifadelerinin resimlerinden ve kayıtlarından duygusal ipuçlarını ve yorumları incelemiştir. DEHB ve DB'si olan çocuklar, sağlıklı kontrol gruplarına göre anlamlı derecede daha düşük açıklama gücüne sahiptirler. DEHB grubu sıklıkla rastgele hatalar yaparken, DB grubu korku duygusunu yanlış yorumlama eğilimindedir. Beklentilerin aksine, DEHB ve DB grubu, DEHB ve sadece DB grubundan daha iyi performans göstermiştir. (Cadesky, Mota, vd, 2000)

DEHB'li kliniklerinde ebeveynler, kardeşler, akranlar ve öğretmenler, dürtü kontrolü, dikkat ve çalışma belleği gibi diğer nörobilişsel problemlere ek olarak duyguları ve kişilerarası sorunları düzenleyemediklerini görmektedir (Barkley, Behaviora, vd, 1997; Shaw, Eckstrand, vd, 2007). Sosyal işlev bozukluğu, DEHB'in en zayıflatıcı yönlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Nijmeijer, Minderaa, vd, 2008). DEHB'li çocukların %22'sinin kontrol grubundan önemli ölçüde daha yüksek sosyal işlev bozukluğuna sahip olduğunu bulmuşlardır. DEHB'li çocuklarda sosyal işlev bozukluğu kısa ve uzun dönem sonuçları açısından çok önemli sorunlar olarak görünmektedir (Greene, Biederman, vd, 1996).

Klinik kanıtlar, DEHB ve OSB'nin sosyal işlevsellikteki bozulmada önemli örtüşmeler sergilediğini göstermektedir. Bu sorunların bir çok olası klinik ve psikososyal belirleyicisi olsa da, başkalarının duygularını tanıma yeteneği ve diğer sosyobilişsel beceriler, OSB teşhisiyle ilişkili semptomlara katkıda bulunmaktadır. DEHB, duygusal yüz tanıma ve ritim algısı da dahil olmak üzere sosyal bilişteki eksikliklerle açıkça ilişkili olsa da, ZK ve empatideki düşüşler için çok az kanıt vardır (Uekermann, Kraemer, vd, 2010). DEHB'deki bozulmuş duygu tanıma ve ZK açıklarının bilimsel olarak Otizm Spektrum Bozukluğu ile karşılaştırılabilir olup olmadığı açık değildir. Dikkat eksikliği hiperaktivitedeki sosyal bilişsel bozulmanın

nöropsikiyatrik hastalarda sosyal bilişsel görevleri etkileyen bağımsız bir anormallik mi yoksa anormal nörobilişsel becerilere ikincil mi olduğunun araştırılması önemlidir (Taylor, Charman, vd, 2013). Dikkat eksikliği hiperaktivitesinin önemli bir komorbiditesi olan davranım bozukluklarının, muhtemelen sosyal bilişsel yetersizliklerle ilişkili olduğu düşünülen bir durum olan kişilerarası sorunlarla önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Cadesky, Mota, vd, 2000).

İlginçtir ki, bazı çocuklar sağlıklı sosyal yaşamlara sahip olmalarına rağmen akademik olarak mücadele ediyorken, bazıları akranlarıyla ve diğerleri ile çok az ya da hiç iletişim kuramıyor. İkinci grubun, sosyal karşılıklılığı ve sosyal ipuçlarını anlama yeteneğini azaltmış olma ihtimali düşünülebilir. Bu özellikler, DSM IV'te tanımlanan yaygın gelişimsel bozukluğun (YGB) temel semptomlarından biri olan sosyal etkileşimle ilgili sorunlara benziyor gibi görünmektedir. Başkalarının davranışlarını algılama ve uygun sosyal tepkiler vermedeki eksiklikler, DEHB'li birçok çocuğun karakteristik uyumsuz sosyal davranışlarıdır. DEHB'li ve sosyal olarak uyumsuz olan bazı çocuklar fenomenolojik ve etiyolojik olarak Yaygın Gelişimsel Bozukluk ile ilişkili olabilmektedir (Nijmeijer, Minderaa, vd, 2008).

Bora ve Pantelis (2015) tarafından yapılan bir meta-analizde; çocuklarda ve yetişkinlerde yapılan toplam 47 çalışma, duygu tanıma ve zihin kuramı becerileri açısından DEHB ile OSB veya sağlıklı kontrolörleri karşılaştırmıştır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, DEHB grubu duygu tanıma ve ZK becerilerinde önemli bozulmalar göstermiştir. Bu sosyal bilişsel eksiklikler yetişkinlikte daha az şiddetlidir. IQ'nun etkisi kontrol edildikten sonra, DEHB grubu, OSB grubuna göre önemli ölçüde daha az ve sağlıklı kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha fazla ZK eksikliğine sahiptir. En ciddi eksiklikler öfke ve korkuyu tanımada bulunmuştur. Diğer insanlarda bu iki duyguyu tanımanın zorluğu, DEHB'li bireylere katkıda bulunan davranışsal ve kişilerarası sorunlar olarak açıklanmaktadır. DEHB'li birey ile karşılaştırıldığında, sosyal bilişsel eksiklikler, özellikle zihin kuramı becerilerindeki bozulma OSB'de anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. OSB'ye özgü beyin yapısal anormallikleri, OSB'li ve DEHB'li kişiler arasındaki sosyal bilişsel farklılıkların açıklanmasına katkıda bulunabilmektedir. Eşlik eden OSB'yi dışlayan Dikkat eksikliği hiperaktiviteli araştırmalarında, sosyal bilişsel eksiklikler yine önemli bulunmuştur. Bu meta-analizde DEHB'de davranış bozukluğu eş tanıları ile sosyal bilişsel eksiklikler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgular, yaşın bu değişikliklerde önemli bir rol

oynadığını ve dikkat eksikliği hiperaktiviteli bireylerde nörogelişimsel bir gecikme olabileceğini düşündürmektedir. Bu düşünce, dikkat eksikliği hiperaktivite tanısına sahip kişilerin, yaşlandıkça sosyal bilişsel performansta DEHB tanısı olmayan kişileri yakalayabilmeleri gerçeğiyle desteklenmektedir (Bora, Pantelis,vd,2016)

ZK görevleri DEHB tanısı olan çocuklara metilfenidatlı ve metilfenidatsız iki ayrı oturumda uygulanmış ve uyarıcıların DEHB tanılı grupta sosyal bilişsel becerileri geliştirdiğini göstermiştir (Maoz, Tsviban,vd,2013). 2016 yılında yapılan başka bir çalışmada, ilaç tedavisi görmemiş DEHB'li olan çocuklara ve sağlıklı gelişim gösteren çocuklara yüz ve duygu tanıma görevleri uygulanmış ve DEHB tanılı grup, ilk değerlendirmede sağlıklı gruptan önemli ölçüde daha düşük performans göstermiştir. DEHB'li aynı gruba metilfenidat ve atomoksetin tedavisine başlandıktan sonra yüz ve duygu tanıma görevleri uygulanmıştır. Hem metilfenidat hem de atomoksetin tedavi grupları, tedaviden sonra önceki performansı ile karşılaştırıldığında önemli iyileşme göstermiştir (Demirci, Erdogan,2016)

ZK becerilerini değerlendiren bir meta-analizde DEHB tanısına sahip ama dürtüsellik ya da hiperaktivite açısından farklı tanı alt grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Shuai, Chan, Wang,2011). DEHB'li tanı gruplarının incelenmesi sonucu yakın zamanda yapılan aile ve genetik çalışmaları, DEHB'in OSB, nörogelişimsel bozukluklar, şizofreni ve BB ile kısmen örtüştüğüne dair kanıtlar sunmaktadır (Psikiyatrik Genomik Konsorsiyumu, Kesişim Bozuklukları Grubu, 2013). Bu psikiyatrik bozuklukların tümü, önemli ölçüde sosyal bozulma ve sosyal işlev bozukluğu ile ilişkilidir (Bora, Pantelis,2013).

Tablo 1, DEHB'li çocuklarda sosyal bilişin sağlıklı kontroller ve OSB çocuklara kıyasla sonuçlarını özetlemektedir.

Tablo 1: DEHB tanılı çocukların sağlıklı kontrollerle ve OSB tanılı çocuklarla sosyal biliş açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Çalışma	Örneklem	Sosyal Biliş Yöntemi	Komorbidite	Sosyal Biliş Sonuçları
Shapiro ve ark. (1993) (153)	67 DEHB (8.9 yıl), 38 SK	YT MNTAP		Fark yok
Buitelaar ve ark. (1999) (154)	9 DEHB, 20 SK, 18 OSB (12.4 yıl) ilaçsız	YT Ekman ZK1 ZK2		DEHB ve OSB grupları arasında anlamlı fark yok
Muris ve ark. (1999) (155)	14 DEHB (8.5 yıl), 20 OSB (9.3 yıl)	ZK1 ve ZK2		OSB' de bozulma DEHB ye göre anlamlı fazla
Norman (1999) (156)	17 DEHB (10.1 yıl), 20 SK	Yanlış İnanç Happé hikâyeleri		
Cadesky ve ark. (2000) (143)	149 DEHB (9.1 yıl), 27 SK, 24 sa ilaçsız	YT DANVA	Anksiyete/Depresyon, MR dışlandı, 63 DB	DEHB grubunda bozulma var
Corbett ve Glidden (2000) (157)	37 DEHB (10.1 yıl), 37 SK, 18-24 sa ilaçsız	YT Ekman vokal emosyon tanıma	ÖÖB, MR, DB dışlandı	
Charman ve ark. (2001) (158)	22 DEHB (9.7 yıl), 22 SK, 24 sa ilaçsız	ZK Happé hikâyeleri	DB dışlandı	Fark yok
Dyck ve ark. (2001) (50)	29 DEHB (9.6 yıl), 54 OSB (9.8 yıl), 199 SK	ZK hikâyeleri YT fotoğraflar		Sadece OSB grubunda ZK'de bozulma var. Her iki grupta duygu tanımada bozulma var
Adachi ve ark. (2004) (159)	29 DEHB (9.6 yıl), 54 OSB (9.8 yıl), 199 SK	İroni görevi	MR dışlandı	Sadece YİO grubunda bozulma var

Downs & Smith (2004) (160)	16 DEHB (8.3 yıl), 10 SK, 10 OSB (7.1 yıl)	YT resim ve çizimler	Hepsi DEHB- KOKGB, ek komorbidite yok	OSB grubunda daha çok bozulma var
Sodian & Hülksen (2005) (161)	32 DEHB (8.9 yıl), 101 SK	ZK2, Happé hikâyeleri Atıf görevi		Sadece atıf yapmada bozulma var
Pelc ve ark. (2006) (162)	30 DEHB (8 yıl), 30 SK, >10 gün ilaca ara verilmiş	YT Morphing	OSB, DB, ÖÖB, MR dışlandı	Öfke ve üzüntü tanımada bozulma var
Boakes ve ark. (2007) (163)	24 DEHB (10.2 yıl), 24 SK, >20 sa ilaçsız	YT fotoğraf ve videoları	MR dışlandı	DEHB'de iğrenme ve üzüntü tanımada bozulma var
Sinzig ve ark. (2008) (164)	30 DEHB (8.5 yıl), 29 SK, 40 OSB (9.3 yıl), 24 sa ilaçsız	YT Frankfurt test	DB 53% MR dışlandı ek komorbidite yok	DEHB grubunda bozulma var
Williams ve ark. (2008) (165)	51 DEHB (13.8 yıl), 51 SK	YT fotoğrafları	MR ve madde kullanım bozukluğu dışlandı	DEHB grubunda öfke ve korku tanımada bozulma var
Da Fonseca ve ark. (2009) (166)	27 DEHB (10.2 yıl), 27 SK, 24 sa ilaçsız	YT fotoğrafları	6 KOKGB, 1 DB, MR dışlandı	DEHB grubunda bozulma var
Da Fonseca ve ark. (2009) (166)	27 DEHB (10.2 yıl), 27 SK, 24 sa ilaçsız	YT fotoğrafları	6 KOKGB, 1 DB, MR dışlandı	DEHB grubunda bozulma var
Greenbaum ve ark. (2009) (167)	30 DEHB (9.3 yıl), 34 SK, 18 çocuk ilaç+	ZK YT MNTAP	7 ÖÖB, 3 KOKGB, 2 anksiyete/depresyon	Fark yok
Lee ve ark. (2009) (168)	42 DEHB (8yıl, 9 DE, 29 Kombine, 4 HA), 45 SK, 12' si ilaç+	YT Matsumoto- Ekman	OSB, MR dışlandı	Fark yok. DE daha kötü performans gösterdi

Yang ve ark. (2009) (169)	26 DEHB (13.5 yıl, 3 DE, 17 Kombine), 30 SK, 20 OSB (15.5 yıl)	ZK Yanlış İnanç		DEHB grubunda kontrolden fark yok, OSB grubunda bozulma var
Allen (2010) (170)	10 DEHB (9 yıl), 4 SK 12, OSB (10.7 yıl)	GZOT	Diğer eksen 1 tanıları dışlandı	Diğer eksen 1 tanıları dışlandı
Bühler ve ark. (2011) (171)	84 DEHB (9.7 yıl), 86 OSB (10.8 yıl)	YT Ekman resimleri	Eksen 1 tanıları dışlandı, DB alt grubu var	OSB grubunda bozulma var
Demurie ve ark. (2011) (172)	13 DEHB (13.7 yıl), 13 SK, 13 OSB (14.3 yıl)	GZOT	MR	
Shuai ve ark. (2011) (151)	375 DEHB (10 yıl, 200 DE, 150 Kombine, 25 HA), 125 SK	ZK Yanlış İnanç	55 KOKGB/DB 39 ÖÖB	DEHB grubunda bozulma var
Azadi Sohi (2012) (173)	20 DEHB, 19 SK, 13 OSB	Happé hikayeler	MR, DB dışlandı	DEHB grubunda bozulma var
Ayaz ve ark. (2013) (174)	64 DEHB (13.2 yıl), 69 SK, 24 sa ilaçsız	GZOT	MR, OSB dışlandı	DEHB grubunda bozulma var
Bean (2013) (175)	13 DEHB (12.5 yıl), 14 SK, 19 OSB (13.3 yıl)	NEPSY ZK		Fark yok
Demopoulos ve ark. (2013) (176)	115 OSB, 276 DEHB	YT DANVA Vokal emosyon		OSB grubunda daha çok bozulma var
Schwenck ve ark. (2013) (177)	56 DEHB (12.4 yıl, 44 DE, 10 Kombine, 2 HA), 28 SK	YT Morphing	DB, OSB dışlandı	Fark yok

Seymour ve ark. (2013) (178)	38 DEHB (12.1 yıl), 41 SK	YT DANVA	MR, duygudurum/anksiyete boz dışlandı, 8 KOKGB	
Sjöwall ve ark. (2013) (179)	102 DEHB (71 Kombine, 27 DE, 4 H/D, 10' u 24 sa içinde ilaç+), 102 SK	YT NimStim	DB veya KOKGB 46% Anksiyete boz 8% MR dışlandı	Bozulma var
Aspan ve ark. (2014) (180)	22 DEHB (14.2 yıl, 72 sa ilaçsız), 22 SK	YT Ekman 60	OSB, madde kullanımı, MR dışlandı 3/22 DB, 2/22 ODB	DEHB grubunda korku ve iğrenme tanımada bozulma var
Caillies ve ark. (2014) (181)	15 DEHB (9 yıl, 24 sa ilaçsız), 15 SK	ZK2 ve İroni		DEHB grubunda bozulma var
Saeedi ve ark. (2014) (182)	30 DEHB, 30 SK	GZOT	MR dışlandı	DEHB grubunda bozulma var
Baribeau ve ark. (2015) (183)	71 DEHB, 34 SK, 118 OSB	GZOT		DEHB grubunda bozulma var OSB grubunda daha çok bozulma var
Kuijper ve ark. (2015) (184)	37 DEHB, 38 SK, 46 OSB	ZK1 ve ZK2		DEHB grubunda bozulma var, OSB grubu ve SK arasında fark yok
Mary ve ark. (2015) (185)	31 DEHB, 31 SK	Faux pas ve GZOT	OSB ve MR dışlandı	DEHB grubunda her iki ZK becerisinde de bozulma var

DEHB, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; DE, Dikkat eksikliği alt tipi; H/D, Hiperaktivite/Dürtüsellik alt tipi; OSB, Otizm Spektrum Bozukluğu; SK, Sağlıklı Kontrol; MR, Mental Retardasyon; DB, Davranım Bozukluğu, KOKGB, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; ÖÖB, Özgül Öğrenme Bozukluğu; YİO, Yüksek İşlevli Otizm; ZK, Zihin Kuramı; GZOT, Gözlerden Zihin Okuma Testi; Yüzler Testi, YT; DANVA, Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy; MASC, Movie for the Assessment of Social Cognition; NEPSY, A Developmental NEUROPSYCHOLOGICAL Assessment; MNTAP, Minnesota Test of Affective Processing

DSM 5’de nörogelişimsel bozukluklardan biri olan Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) okuma bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu ve matematik bozukluğu olarak üç tipi tanımlanmıştır (Association,2013). ÖÖB, bazı çocukların akademik alanda deneyimlediği beklenmedik problemleri tanımlamak için yaygın olarak kullanılan bir terimdir. Bu çocukların zorlukları yaşları ve genel bilişsel becerileri göz önüne alındığında “beklenen durumun” ötesindedir ve genel olarak bilişsel gelişimde gecikme ile açıklanamamaktadır. Yaş grubuna göre değişkenlik göstermekle birlikte özellikle akademik, dikkat, organize olma, sıraya koyma, sosyal duygusal alanlarda zorluklar yaşayabilmektedirler (Snowling,2005). Araştırmalar, Özgül Öğrenme Bozukluğu olan çocukların %75’inin akranları tarafından reddedildiğini göstermektedir (Wilmshurst,2008). Bu sosyal ve duygusal olarak zor çocuklar daha saf ve eleştiriye daha az toleranslı olabilirler. Sosyal rekabet ve iletişim becerileri zayıftır ve sözel olmayan ipuçlarını anlamakta ve jestleri ve yüz ifadelerini yorumlamakta güçlük çekerler. Bu sorunlar, benlik saygısını, sosyal ilişki kurma ve sürdürme becerisini olumsuz etkileyebilir ve ikincil psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilir (Kavale KA, Mostert,2004)

DSM ve ICD gibi tanı sınıflamalarında yer almamasına rağmen hastaların nöropsikolojik profillerine dayalı bir tanı olan Sözel Olmayan Öğrenme Güçlüğü (SOÖG) grubudur. Daha önce bu tanı grubu için Gelişimsel Gerstman Sendromu, Sosyal- Duygusal Öğrenme Güçlüğü, Sağ Hemisfer Sendromu gibi farklı isimlendirmeler kullanılmıştır. SOÖG, çocukların karşılıklı sosyal iletişimlerinin önemli derecede etkileyen ve sosyal işlevlerinin bozulmasına yol açan bir durumdur (Gerrard-Morris,2007). Bu çocukların sözel IQ puanları performans IQ puanlarına göre daha yüksektir. Sözel olmayan bir bozukluk olarak tanımlansa da bu çocukların okuduklarını algılamada da problemler görülmektedir. Sözel olmayan mesajları

algılayamama, değişikliklere uyum sağlayamama, görsel algı ve görsel bellekte zayıflık gibi temel sorunlar, bu çocukların yeni durumlara adapte olamamalarına ve sosyal ilişkilerde önemli zorluklara sahip olmalarına neden olmaktadır (Snowling,2005; Korkmazlar, Sürücü,2007).

Bu tanı grubunun ayrı bir sendrom olup olmadığı ya da diskalkuli veya dispraksi ile klinik olarak çakışıp çakışmadığı konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Bazı çocuklar sosyal becerilerde bozulma, değişimle başa çıkmada güçlük, sözel anlama problemleri ve dilin sosyal karşılıklılığında gerilik ile OSB'de bulunabilir. Bu durumun en şiddetli hali Asperger Sendromu olarak görülebilir. (Hall,2008).

Özen (2015) tarafından yapılan bir çalışmada 7-9 yaş arası Özgül Öğrenme Bozukluğu olan çocukların zihin kuramı becerileri sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Özgül Öğrenme Bozukluğu grubu, ZK testinin toplam ve alt boyutlarında kontrol grubundan anlamlı farklılık göstermiştir. Ek olarak, WISC-R testinden aldıkları toplam puan ile ZK testi (ikincil yanlış inançlar, ipuçları, hatalar) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Özen,2015)

Shuai ve ark. (2011) (2011) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 375 çocukta (55'i davranışsal bozukluk ve 39'u Özgül Öğrenme Bozukluğu komorbid) ve 125 sağlıklı kontrolde YT ve ZK performansını incelemiştir. DEHB grubunun YT'de daha fazla bozulduğu, komorbidite kontrolünden sonra bozulmanın devam ettiği, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu karma planlama ve çalışma belleğinin kötüleştiği, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hiperaktif/dürtüsel çalışma belleği ve zihin kuramı becerilerinin bozulduğu bulunmuştur.(Shuai, Chan,2011).

Ramon ve arkadaşları (2017), disleksi veya Sözel Olmayan Öğrenme Güçlüğü çocukları bir kontrol grubuyla karşılaştırarak pragmatik dil becerilerini ve ZK performansını incelenmiştir. Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, disleksik grubun pragmatik dil becerilerinde anlamlı olarak daha kötü performans gösterdiği ve ZK görevinde daha kötü performans gösterdiği ancak anlamlılık düzeyine ulaşmadığı görülmüştür. Sözel Olmayan Öğrenme Güçlüğü grubunun genel olarak disleksik gruptan daha iyi performans gösterdiği ve metaforik görevlerde kontrol grubundan önemli ölçüde daha düşük olduğu bildirilmiştir. (Cardillo, Garcia,vd,2017).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AİLE KAVRAMI VE NİTELİKLERİ

Toplumların nüvesi olduğu ifade edilen aile kavramı, gerek yapısı gerek oluşumuyla oldukça kompleks özellikler taşımaktadır. Aile, kavramı teşkil eden üyelerinin nitelikleri, bünyesinde meydana gelen karşılıklı etki, iletişim, nesillerin karakterleri üzerindeki etkileri ile kanunlar ve iktisattaki konumu bakımından başta sosyal bilimler olmak üzere çok farklı akademik disiplinlerin ele aldığı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanı esas alması ve baş aktörünün birey olması açısından aile kurumu çok taraflı ve değişik nitelikleri haiz olduğundan analizi kolay bir sosyal yapı değildir.

Tüm bunlara ilave olarak, ailenin değişimi ve dönüşümü çerçevesinde, çevresel faktörlerden etkilendiği, aynı zamanda çevresini etkilediği ve olumlu veya olumsuz anlamda çevresini değiştirdiği söylenebilmektedir. Anılan bu faktörlere karşın ailenin fonksiyonları, sistemi ve içinde bulunduğu toplumun kültürünü esas alan birtakım sorumlulukları bulunmaktadır. Bu bağlamda, toplumların aileye yüklediği en önemli görev ve sorumluluk ailenin topluma sağlıklı bireyler kazandırmak suretiyle toplumun sürekliliğini temin edecek katkılar sunmasıdır. Diğer yandan, aile kavramının tanımlanmasındaki sorun ailenin tarihi gelişimi, kültürel parametreler ekseninde değişen aile yapısı ve ailenin bu parametrelere bağlı olarak sorumluluklarını kapsayan evrensel bir tanım yapılmasının oldukça güç olmasında yatmaktadır (Ardıç, 2013).

Aileye ilişkin tanımlarda kanun ve yönetmeliklerle birlikte, toplum hayatında önemli bir yer tutan kamu idaresinin nitelemelerinin de önemli bir yeri bulunmaktadır. Bir dönemin aktif kurumlarından olan Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'na göre,

“Aile bir toplumda hukuki temele dayalı evlilik ve akraba bağlılığı (anne, baba, çocuklar büyükanne ve baba ile yakın akrabalar) ile oluşmuş, aynı mekânda yaşayan toplumsal kurumdur.”

Ancak, günümüzün gelişen ve değişen dünyasında başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere Türkiye’de de insanların iktisadi bağımsızlıklarını elde ederek birey

olmaya başlamaları, ailenin yukarıdaki tanımının çekirdek aileye doğru evrilmesine yol açmıştır. Hatta boşanma gibi gerekçelerle tek ebeveynli ailelerin artışı, geçim ve kariyer çabaları ile diğer nedenlerle anne ve babaların çalışmak zorunda olmalarının getirdiği aileyle kan bağı ve hukuki bağı olmayan bakıcıların çocukların yetiştirilmesinde önemli aktörler haline gelmesi de aile kavramının günümüzde değişim geçirmesine yol açmıştır (Ardıç, 2013).

Diğer taraftan, Avrupa'nın pek çok yerinde çocuksuzluk ve evlenmeme, demografik geçiş sürecinde yaygın fenomenleri arasında yer almaktadır. Bu yaklaşım 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın ilk 40 yılında doğurganlığın azalmasına katkıda bulunmuştur. Daha yakın zamanlarda, 1950'lerde ve 1960'larda doğan kadın kohortları arasında doğurganlıktaki düşüşe ve artan çocuksuzluk seviyeleri eşlik etmiştir. Son 45 yılın sosyal, ekonomik ve kültürel eğilimlerinin çoğu kadınları çocuk sahibi olmaktan uzaklaştırıyor gibi görünmektedir. İlk olarak 1990'ların sonunda kullanıma giren acil cinsel ilişki sonrası doğum kontrolü dâhil olmak üzere modern kontrasepsiyona kolay erişim, çiftlerin ebeveyn olup olmayacaklarına ve ne zaman olacaklarına karar verme yeteneklerini büyük ölçüde genişletmiş ve çocuksuz kalmak için seçim yapma olasılıklarını artırmıştır (Kreyenfeld ve Konietzka, 2017)

Geçmişte kadınların çoğunluğunun işgücü piyasasının dışında kaldığı Güney Avrupa ülkelerinde bile, kadınların hâlihazırda görece yüksek işgücü katılım oranları bulunmaktadır. Genç kadınlar artık neredeyse evrensel olarak yaşamları boyunca istihdam edilmeyi beklerken, aile politikaları ve işverenler kadınların yeni özlemlerine ancak kısmen uyum sağlamış durumdadır. 20. yüzyılın ortalarından bu yana, birçok Batı Avrupa ülkesi, kalıcı olarak çocuk sahibi olmayan kadın ve erkeklerin paylarının artması da dâhil olmak üzere, demografik davranışta radikal değişiklikler yapmıştır. Bu gelişme tamamen yeni ve "post-modern" bir fenomen olarak değerlendirmek cazip olarak görünmektedir. Zira önceki nesiller sosyal normların ve dini doktrinlerin etkisiyle ebeveynliğe zorlanırken mevcut nesillerin çocuk sahibi olup olmamayı "seçme" yeteneği, post-modern yaşam koşullarının bir başarısı gibi görülmektedir (Kreyenfeld ve Konietzka, 2017).

Her ne kadar aile kültürleri arasında farklı yaklaşımlara sahip olsa da, toplumsal olarak ailenin kıymetini ve evrenselliğini muhafaza eden en temel olgu, ailenin

nesillerin devamındaki rolüdür. Bu bağlamda, Murdock (1949) ailenin cinsellik, üreme/çoğalma, ekonomik ve eğitim gibi dört önemli fonksiyonu olduğunu ifade etmektedir (Kottak, 2008). Anılan fonksiyonların ailenin diğer işlevlerine ilişkin dini yaklaşımlar, farklı kültürler ve farklı dillerde ele alınan özelliklerinin yanında evrensel fonksiyonlardan olduğu söylenebilmektedir.

Ailenin cinsel fonksiyonu, kişilerin cinsel yaşamlarının evlilik çerçevesinde kanuni ve toplumsal biçimde teyidinde müsaade etmesinde yatmaktadır (Kottak, 2008: 164). Bu fonksiyon çekirdek ailenin ebeveynlerinin aralarındaki cinselliğin toplum tarafından tasdik edilmesini temin etmektedir. Cemiyete yeni ve sıhhatli nesillerin katılması ve böylece toplulukların sürekliliklerinin sağlanması ailenin üreme/çoğalma fonksiyonu sayesinde gerçekleşmektedir. Bu fonksiyona ilişkin farklı kültürel yaklaşımlar, fonksiyonun evrenselliğine yönelik eleştirilere yol açmaktadır (Özgüven, 2014). Öte yandan, kişilerin toplumda yer alabilmesinin ve anılan dört toplumsal fayda kapsamında faaliyetlerde bulunabilmelerinin temini de ailenin eğitici fonksiyonuyla hayata geçmektedir. Tüm bu fonksiyonların icra edilebilmesi için iktisadi kaynakların, üretim ve tüketim faaliyetleri arasındaki balansın sağlanması ailenin iktisadi fonksiyonunu teşkil etmektedir.

Türkiye özelinde ailenin fonksiyonları ele alınacak olursa, Türk toplumunda ailenin makbul fonksiyonları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün hazırladığı "Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler" başlıklı bir raporda şöyle ele alınmaktadır:

"Aile, içindeki bireylerin belirli ihtiyaçlarının karşılanmasını ve bu ihtiyaçlarla ilişkili anlamsal kod ve davranış kalıplarının nesilden nesile aktarılmasını sağlayan sosyal bir kurumdur. Diğer tüm sosyal kurumlar gibi aile kurumu da sosyal bir kurumdur. sosyal hayatta belirli ihtiyaçları karşılama kapasitesine sahiptir Karşılık gelen işlevler Aile kurumu, miras ihtiyacı, ekonomik ihtiyaçlar, sevgi, dayanışma, korunma ve güven ihtiyacı, çocuk yetiştirme ihtiyacı, toplumda yer edinme ihtiyacı sosyal yaşam; Kişiler arası yakın ilişkilere duyulan ihtiyaçtır"(Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler, 2014).

Aileler tüm bu fonksiyonlarını icra ederken hayatın getirdiği farklı problemleri öz kaynaklarını kullanarak kontrol altına almaya çalışmakta, bunun yanında olağan fonksiyonlarını da yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu problemlerin mevcut görevleri aksatmaya başlamasıyla ailelerde stres ortaya çıkmaya başlamaktadır. Anılan strese yetersizliği olan bireylerin de ilave edilmesi ailelerin streslerinin daha da artmasına yol açmaktadır. Ailelerin diğer geçici sorunlarının yanında yetersizliğe sahip bireye sahip ailelerin bu stres kaynakları kalıcıdır. Zira yetersizlik halleri gerekli tedavi ve müdahalelerle bütünüyle ortadan kaldırılmamaktadır. Bu itibarla, ailede meydana gelen stres ailenin hayatında daimi bir şekilde yer almayı sürdürmekte, ailenin hayat döngüsünün gelişimini olumsuz anlamda engellemektedir. Bu durum da, ailenin duygusal şiddete maruz kalmasının yanında, kronik stres, endişe ve depresyon gibi problemlerle yaşamaya çalışmasına neden olabilmektedir (Hastings ve Beck, 2004).

Aile üyelerinin mevcut stres, endişe ve depresyon yaşamaları hâlihazırda ailenin mekanizmasını bozarken, buna bir de yetersizliği olan çocuklar eklenirse, ailenin problemin hallinde yaşayacağı endişe ve stresi artacaktır. Bilhassa fiziki ve somut bir gerekçeyle açıklanmayan eksiklik düşünceleri ile yetersizliğe sahip çocuk sahibi aileler kendilerini suçlamaya meyledebilmektedir. Ebeveynlerin eksiklik nedeni hakkında yaptıkları yorumların büyük bir kısmının yetersizliğe ilişkin temelsiz iddialar olduğu görülmekte ve hatalı yorumlar ebeveynlerde denetimi imkânsız strese sebep olabilmektedir. Bu hatalara yetersizliği olan çocukların henüz tanı konulmamış olması da ilave edilince, anılan resim daha da içinden çıkılmaz bir hal alabilmektedir (Ardıç, 2013).

Diğer taraftan aile, normal çocukların gelişimindeki rolünün derinliği kadar bozukluğu bulunan çocukların da eğitim aktivitelerinin başarısında oldukça önemli bir aktör olarak yer almaktadır. Bu bağlamda, yetersizliği ve bozukluğu bulunan çocuklar için aile, kabiliyetlerin geliştirildiği ve öğrenildiği, öğrenilen yetilerin hayata geçirildiği, hiperaktivite ve dürtü denetimi ile sosyal iletişim gibi psikolojik ve sosyal niteliklerin çocuklara kazandırıldığı en önemli sosyal yapılardır. Ailenin içinde bulunduğu sıhhatli yapısı yetersizliği ve bozukluğu olan çocukların ebeveynlerde bağımsız bir hayat tecrübesi edebilmesi bakımından oldukça önem arz etmektedir. Ancak, yetersizliği ve bozukluğu olan bir çocuk sahibi olma aile mekanizmasını zedeleyebilmekte, ailenin çocuk üzerindeki en önemli fonksiyonu olan eğitim

fonksiyonunun icrasına zarar verebilmektedir. Buna ek olarak, aile mekanizmasının doğru çalışması yalnızca yetersizliği ve bozukluğu olan çocukların değil, tüm aile fertlerinin daha sağlıklı ve kaliteli bir hayat geçirebilmesi bakımından da ayrıca önemlidir (Polat, 2015)

4.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle Otizm Spektrum Bozukluğunun Aileye Etkileri

DEHB tanısı almış olmanın çocuklarda gösterdiği etki ve belirtiler kadar, çocuklara bakan ebeveynler ile sosyal çevre üzerinde de önemli tesirleri bulunmaktadır. Genellikle çocuklukta tanı konulan bu bozukluklar, ebeveynler bakımından yönetim sorunları ortaya çıkarmaktadır. DEHB'nin belirtilerinin ortaya çıkışıyla beraber, çocuğun sosyal ve aile ilişkilerini negatif etkilemekte, öz kontrol ve talimatlara uyma konusunda ciddi problemler yaratmaktadır. Tüm bunlar da çocuk ve aile arasında gerilimlere neden olabilmektedir (Baldwin, vd, 1995).

DEHB tanısı almış çocuklara sahip ebeveynlerin bakım sorumluluğu, normal gelişimli çocukların anne ve babalarının sorumluluklarına nazaran daha da fazladır (Banks, vd, 2008). Bu artan sorumluluk ebeveynlerde kendine saygı, öz yeterlilik duygusu ile anne ve baba rollerinden tatmin duygusunu da beraberinde getirmektedir. Düşük seviyedeki ebeveyn etkisi zorlayıcı disiplin tarzıyla birleştiğinde, buna ebeveyn olma stresi ve depresyonu da eklendiğinde ortaya anne ve babalar için oldukça zor durumlar çıkmaktadır. Ayrıca, düşük düzeydeki annelik ve babalık tatmininin ve güven hislerinin azaldığı, seçim imkânlarının sınırlandığı durumların ebeveyn stresi ile boşanma oranlarını arttığı da ifade edilmektedir (Durukan, ark, 2009).

Öte yandan, DEHB'li çocukların yarattıkları stres, devamlı taleplerde bulunma ve yılışık tutum ve davranışlar aile fertlerinin reaksiyon göstermesine neden olmakta, hatta ailelerde psikolojik problemlere yol açabilmekte ve aile birliğinin dağılmasına kadar varan etkiler göstermektedir. DEHB'li çocukların annelerinin katılımıyla yapılan araştırmalarda, annelerin birçoğunun antisosyal ve histrionik semptomlar gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, çocukluk ve ergenlik dönemlerinin her ikisinde de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunan çocukların olası kazalarda yüksek risk grubunda oldukları kaydedilmektedir (Soysal, 2010).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ergenlerdeki durum daha ciddi ve tehlikeli olmakla birlikte, bu dönemde davranış bozukluğunun yanı sıra, madde kullanımı, aşırı cinsel hareketler ve araba kazaları gibi riskli olaylar karşımıza çıkmaktadır. Bu çocukların ailelerinin riskli haller nedeniyle çocuklarını daha dikkatli bir şekilde etmeleri gereksinimi gerekmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu teşhisi konulmuş bir çocuğa bakmanın sebep olduğu gerginliğin ailelerin hayat kalitelerinin düşmesine, uzun dönemde ise aile üstünde negatif sonuçlar doğurabileceğini vurgulamıştır (Soysal, 2010).

4.2. Anne-Baba Eğitimi

DEHB teşhisi konulmuş çocukların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunmayanlara nispeten daha hareketli, ebeveynlerinin ikazlarına daha çok karşı gelen ve daha inatçı oldukları literatürde yer alan özellikler arasındadır. Uzun yıldır yapılan araştırmalar, çocukların bu tür uygun olmayan ve olumsuz davranışlarına yönelik bir reaksiyon olarak ebeveynlerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarını daha sık denetim altında tuttukları, daha çok ikaz ettikleri ve hatta daha sert bir tutum takındıkları ifade edilmektedir (Türe, 2010).

Aile içinde ve sosyal çevrede tecrübe edilen bu bozukluğun semptomları anne, baba, çocuk ve kardeş ilişkilerinde çeşitli olumsuzluklara yol açmak suretiyle ebeveynler, yüksek strese sokmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yapılması gereken ilk şey aile fertlerinin ve çevrelerinin bu bozukluğu idrak etmelerinin sağlanmasıdır. Öte yandan, anne ve babalar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun farmakolojik ve davranışsal müdahalelerinde oldukça önemli bir rol üstlenmektedirler. Ebeveynlerin psikolojik durumlarının çocuğun tedavisine yönelik entegrasyonu bozacağından anne ve babaların görevi çok büyüktür. DEHB'li çocuklara yönelik müdahale ele alınırken, çocukların aile fonksiyonelliğini de içine alan bir yaklaşım tesis edilmelidir (Güçlü ve Erkıran, 2005).

Bu çerçevede düzenlenen aile eğitim programlarında;

- Anne ve babanın maharetlerinin ve güveninin yükseltilmesi,
- Stresin düşürülmesi,
- Aile ilişkilerinin yeniden organize edilmesi,
- Bozukluğun birincil ve ikincil semptomlarının azaltılması, amaçlanmalıdır (Türe, 2010)



BEŞİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

5.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada, nörogelişimsel bozukluklardan DEHB ve OSB olan çocukların ebeveynleri ile sağlıklı çocukların ebeveynlerinin ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkiler incelenecektir. Araştırma ilişkisel tarama modelinde ve kesitsel olarak yapılmıştır (Karasar, 2011).

5.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yaşayan, DEHB ve OSB olan çocuklara ya da sağlıklı çocuklara sahip olan 25-60 yaş aralığındaki ebeveynler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, İstanbul ilinde yaşayan 26-58 yaş aralığındaki 150 ebeveyn oluşturmaktadır. Araştırma grubunu 100 DEHB ve OSB tanılı çocukların ebeveynleri ve 50 sağlıklı çocukları bulunan ebeveynlerden oluşmuştur.

Araştırma verilerinin güvenilirliği açısından, DEHB ve OSB tanılı çocukların dördünün; sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden üçünün araştırmadan dışlanması gerekmiştir. Son durumda araştırmaya DEHB ve OSB tanılı çocuğu olan 96 ebeveyn ile sağlıklı çocuğu olan 47 ebeveyn katılmıştır. Araştırmaya son tahlilde 143 ebeveyn katılmıştır.

5.3. Veri Toplama Araçları

5.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formunda tüm katılımcılara yaş, eğitim durumu, mesleki durum (çalışma-çalışmama durumu), ebeveyn birliktelik durumu, gelir düzeyi, ailedeki çocuk sayısı sorulmuştur.

5.3.2. Alabama Ebeveyn Davranışları Ölçeği

Alabama Ebeveyn Davranışları Ölçeği Frick (1991) tarafından geliştirilmiş likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ebeveynlerin çocukları yetiştirme tutumlarını değerlendiren ölçek Çekiç ve arkadaşları (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Türkçe uyarlaması için Cronbach alfa katsayıları alt ölçekler için sırasıyla 0.77, 0.68, 0.65, 0.46, 0.61 olarak bulunmuş; toplam katsayı 0.70 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada Cronbach alfa katsayıları tanı grubu için 0.61; kontrol grubu için 0.28 olarak bulunmuştur.

Ölçek, ebeveyn davranışlarının ölçüldüğü beş alt ölçekten oluşmaktadır. “Çocukla ilgilenme” alt ölçeği ebeveynlerin çocuklarıyla geçirdiği vakti, çocuğun sorumluluk ve diğer aktiviteleri yerine getirmesindeki yardımlarını; “olumlu ebeveynlik” çocuğun olumlu davranışlarından ebeveynlerin ne ölçüde haberdar olduğunu ve çocuğu ne ölçüde haberdar ettiklerini; “zayıf ebeveyn takibi” ebeveynlerin çocuğun davranışlarından ne ölçüde haberdar olduklarını; “tutarsız disiplin” ebeveynlerin disiplin yöntemlerindeki tutarsızlıkları; “dayakla cezalandırma” ebeveynlerin şiddeti ne ölçüde bir disiplin yöntemi olarak kullandıklarını ölçmektedir. “Diğer disiplin uygulamaları” isimli alt ölçek ise herhangi bir alt boyut olarak değerlendirilmemekte, puanlamalara dâhil edilmemektedir. Bu alt boyut dayakla cezalandırma alt boyutu için bir önyargı geliştirilmemesi açısından ölçeğe dâhil edilmiştir. Puanlamalar her alt boyut için ayrı ayrı yapılmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır.

5.4. Verilerin Analizi

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizinde SPSS 24 kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiğinden emin olmak için Skewness/çarpıklık ve Kurtosis/basıklık değerlerine bakılmıştır. George ve Mallery (2010)’nin önerdiği değerler referans alındığında, çarpıklık ve basıklık değerlerinin +/-2 değerleri arasında bulunması normal dağılımın sağlandığı şeklinde kabul edilmiştir. Normallik değerlerinin sağlanabilmesi için tanı grubundan 4 katılımcının, kontrol grubundan ise 3 katılımcının verileri araştırma dışı tutulmuştur. Bunun yanında araştırmada kullanılan Alabama Ebeveyn Davranışları Ölçeğinin alt ölçeklerinden biri olan

“dayakla cezalandırma” kategorisi normallik değerleri sağlanamadığı için analizlere dâhil edilmemiştir. Normallik analizine ait değerler Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 2 :Normallik analizleri

Tanı Grubu	Ebeveyn Davranışları				Skewness		Kurtosis	
	Ort.	SS	Min.	Max.	Skew.	SH	Kurto.	SH
Çoc. İlg.	35.91	10.15	14.00	50.00	-0.635	0.246	-0.741	0.488
Olum. Ebev.	24.92	3.97	14.00	30.00	-0.396	0.246	-0.738	0.488
Zayıf Ebev.	16.19	5.98	10.00	35.00	1.062	0.246	0.682	0.488
Tutar. Disip.	15.22	4.07	7.00	25.00	0.219	0.246	-0.578	0.488
Kontrol Grubu								
Çoc. İlg.	41.40	5.94	25.00	50.00	-0.779	0.347	0.302	0.681
Olum. Ebev.	25.71	2.76	19.00	30.00	-0.453	0.347	-0.151	0.681
Zayıf Ebev.	13.90	3.18	10.00	23.00	0.892	0.347	0.534	0.681
Tutar. Disip.	13.34	3.09	7.00	21.00	0.389	0.347	0.051	0.681

Alt ölçekler: Çocukla ilgilenme, olumlu ebeveynlik, zayıf ebeveyn takibi, tutarsız disiplin

Ort: ortalama değer, SS: standart sapma değeri, Min: en küçük değer, Max: en yüksek değer, Skewness: çarpıklık, Kurtosis: basıklık, SH: standart hata

Araştırmada sosyodemografik değişkenler ve ebeveyn davranışları arasındaki ilişkileri ölçmek için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farkları ölçmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış; Tamhane post-hoc analizi ile hangi grupların birbirinden farklılaştığına bakılmıştır.

ALTINCI BÖLÜM

BULGULAR

6.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Araştırmadan elde edilen veriler anne ya da babalardan elde edilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerden 94'ü (%65,7) annelerden, 49'u (%34,3) babalardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan annelerden 51'inin (%53) çocuğu, babalardan 45'inin (%47) çocuğu DEHB ve OSB tanılıdır. Araştırmaya katılan annelerden 43'ünün (%91) çocuğu, babalardan 4'ünün (%9) çocuğu ise sağlıklıdır.

Ebeveynlerden elde edilen veriler iki gruba ayrılmıştır. Birinci grubu DEHB ve OSB tanılarında birine sahip çocuğu olan ebeveynler oluşturmakta iken (tanı grubu) diğer grubu sağlıklı çocuğu olan ebeveynler (kontrol grubu) oluşturmaktadır.

Ebeveynlere ve aileye ait demografik bilgiler arasından 3 katılımcı baba yaşını, 1 katılımcı babanın eğitim durumunu, 7 katılımcı babanın çalışma durumunu, 1 katılımcı ise ailenin gelir durumunu bildirmemiştir. Diğer demografik bilgilere ilişkin tam bilgi alınmıştır.

Katılımcıların yaşları “34 yaş ve altı”, “35-44 yaş arası”, “45 yaş ve üstü” şeklinde üç gruba ayrılmıştır. Eğitim durumları “lise altı” (okur-yazar, ilkokul mezunu, ilköğretim mezunu olan grubu kapsayacak şekilde), “lise mezunu” ve “lisans ve üstü” şeklinde üç gruba ayrılmıştır. Çalışma durumları “çalışıyor”, “çalışmıyor”, “emekli” (yalnız babalar için) şeklinde üç gruba ayrılmıştır. Ebeveynlerin birliktelik durumu “birlikte” ve “ayrı” olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Ailenin ortalama gelir durumu “düşük”, “orta”, “yüksek” olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Ailedeki toplam çocuk sayısı “1 çocuk”, “2 çocuk” ve “3 çocuk ve fazlası” olacak şekilde üç gruba ayrılmıştır. Gruplamalar yapıldıktan sonra tanı grubunda yer alan aileler ve kontrol grubunda yer alan aileler için ayrı ayrı ve toplam olacak şekilde sayısal dağılımlar hesaplanmıştır.

İlk olarak tanı grubunda yer alan ailelerin demografik değişkenlerinin dağılımlarına bakıldığında, 26-34 yaş arası 24 anne (%25), 35-44 yaş arası 45 anne

(%46,9), 45 yaş ve üstünde yer alan 27 anne (%28,1) bulunmaktadır. Tanı grubundaki babaların 9'u (%9,4) 28-34 yaş aralığında, 46'sı (%47,9) 35-44 yaş aralığında, 40'ı (%41,7) 45 yaş ve üstü aralıkta yer almaktadır. Tanı grubundaki ebeveynlerin eğitim durumu incelendiğinde, annelerin 44'ü (%45,8) liseden mezun olmamış (okur-yazar ya da ilkokul düzeyinde), 31'i (%32,3) liseden mezun olmuş, 21'i (%21,9) ise lisans ya da lisansüstü derecesine sahiptir. Babalardan 50'si (%52,1) liseden mezun olmamış (okur-yazar ya da ilkokul düzeyinde), 28'i (%29,2) lise mezuniyetine sahip, 17'si (%17,7) ise lisans ya da lisansüstü dereceye sahiptir. Tanı grubunda yer alan annelerin 43'ü (%44,8) herhangi bir işte çalışmakta, 53'ü (%55,2) ise herhangi bir işte çalışmamaktadır (ev hanımıdır). Babaların 87'si (%90,6) herhangi bir işte çalışmakta iken 5'i (%5,2) emekli olmuştur. Çalışmayan baba bildirilmemiştir. Tanı grubundaki ebeveynlerin 84'ü (%87,5) evliliklerine devam ederken 12'si (12,5) ayrıldıklarını bildirmişlerdir. Haneye giren aylık ortalama gelir düzeyi sorulduğunda, 8 kişi (%8,3) düşük gelir düzeyine, 35 kişi (%36,5) orta gelir düzeyine, 52 kişi (%54,2) yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Tanı grubu ailelerin toplam çocuk sayısına bakıldığında, tek çocuğa sahip olan ailelerin sayısı 38 (%39,6), iki çocuğa sahip ailelerin sayısı 35 (%36,5), üç ve daha fazla çocuğa sahip ailelerin sayısı ise 23 (%24) olarak hesaplanmıştır.

Sağlıklı çocuğu olan kontrol grubu ailelerin demografik verileri incelendiğinde, 26-34 yaş arasında 7 anne (%14,9), 35-44 yaş aralığında 32 anne (%68,1), 45 yaş ve üstü Aralıkta 8 anne (%17) bulunmaktadır. Kontrol grubunda yer alan babalardan 4'ü (%8,5) 28-34 yaş aralığında, 26'sı (%55,3) 35-44 yaş aralığında, 15'i (%31,9) ise 45 yaş ve üstü aralıkta yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin eğitim düzeyine bakıldığında 9 anne (%19,1) liseden mezun olmamış, 15 anne (%31,9) lise mezuniyetine sahip, 23 anne (%48,9) ise lisans ya da lisansüstü eğitime sahiptir. Babalardan 8'i (%17) lise altında eğitime sahipken, 17'si (%36,2) lise mezunu, 22'si (%46,8) lisans ve üstü dereceye sahiptir. Kontrol grubundaki annelerin 27'si (%57,4) çalışırken 20'si (%42,6) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Babalardan 44'ü (%93,6) çalışırken 5'inin (%6,4) emekli olduğu bildirilmiştir. Kontrol grubunda yer alan ebeveynlerden 43'ü (91,5) hala evliliklerine devam etmekte iken 4'ü (%8,5) ayrıldıklarını belirtmiştir. Ailelerin aylık ortalama gelir düzeyine bakıldığında, 1 kişi (%2,1) düşük gelir düzeyine sahip olduklarını, 8 kişi (%17) orta gelir düzeyine sahip olduklarını, 38 kişi (%80,9) ise yüksek gelir düzeyine sahip olduklarını söylemiştir.

Kontrol grubunda yer alan ailelerden 21'i (%44,7) tek çocuğa sahipken 23'ünün (%48,9) iki çocuğu bulunmakta, 3'ünün (%6,4) ise üç ya da daha fazla çocuğu bulunmaktadır. Tanı grubunda ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin demografik bilgileri Tablo 3'de özetlenmiştir

Tablo 3 :Tanı grubu ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlere ait demografik değişkenlerin dağılımı

Değişken	Tanı Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Anne Yaş	26-34	24	25	7	14,9	31	21,7
	35-44	45	46,9	32	68,1	77	53,8
	45 ve üstü	27	28,1	8	17	35	24,5
Baba Yaş	28-34	9	9,4	4	8,5	13	9,1
	35-44	46	47,9	26	55,3	72	50,3
	45 ve üstü	40	41,7	15	31,9	55	38,5
Anne E.D.	Lise altı	44	45,8	9	19,1	53	37,1
	Lise mez.	31	32,3	15	31,9	46	32,2
	Lisans ve ü.	21	21,9	23	48,9	44	30,8
Baba E.D.	Lise altı	50	52,1	8	17	58	40,6
	Lise mez.	28	29,2	17	36,2	45	31,5
	Lisans ve ü.	17	17,7	22	46,8	39	27,3
Anne Ç.D.	Çalışıyor	43	44,8	27	57,4	70	49
	Çalışmıyor	53	55,2	20	42,6	73	51
Baba Ç.D.	Çalışıyor	87	90,6	44	93,6	131	91,6
	Emekli	5	5,2	0	6,4	5	3,5
Ebeveyn Birliktelik	Birlikte	84	87,5	43	91,5	127	88,8
Aylık Gelir Düzeyi	Ayrı	12	12,5	4	8,5	16	11,2
	Düşük	8	8,3	1	2,1	9	6,3
	Orta	35	36,5	8	17	43	30,1
Ailedeki Çocuk Sayısı	Yüksek	52	54,2	38	80,9	90	62,9
	1 çocuk	38	39,6	21	44,7	59	41,3
	2 çocuk	35	36,5	23	48,9	58	40,6
	3 ve üstü	23	24	3	6,4	26	18,2

E.D.: eğitim durumu, Ç.D.: çalışma durumu

Sosyodemografik bilgi formunda tanı grubunda yer alan katılımcılara kontrol grubundan yer alan katılımcılardan farklı olarak çocuklarının hangi nörogelişimsel bozukluğa sahip olduğu, çocuğun yaşı sorulmuştur. Nörogelişimsel bozukluğu bulunan toplam 96 çocuktan 56'sına (%58,3) DEHB; 40'ına (%41,7) OSB tanısı konmuştur. Bu çocuklardan 23'ü (%24) 6 yaş ve altında yer almakta; 43'ü (%44,8) 7-

11 yaş aralığında yer almakta; 30'u (%31,3) 12 yaş ve üstünde yer almaktadır. DEHB ve OSB tanısı almış çocuklara ait tanı ve yaş bilgileri Tablo 4'de özetlenmiştir.

Tablo 4: DEHB ve OSB tanısına sahip çocuklara ait değişkenlerin dağılımı

Değişken		Sayı (N)	Yüzde (%)
Tanı	DEHB	56	58,3
	OSB	40	41,7
Yaş Aralığı	Okul öncesi (6 ve altı)	23	24
	İlkokul (7-11 yaş)	43	44,8
	Ortaokul ve üstü (+12 yaş)	30	31,3

DEHB: dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, OSB: otizm spektrum bozukluğu

6.2. DEHB ve OSB Tanılı Çocukları Olan Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri İle Ebeveyn Davranışları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular

DEHB ya da OSB tanısı almış çocuklara sahip katılımcıların sosyodemografik özellikleri (anne yaşı, baba yaşı, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi, ailedeki toplam çocuk sayısı) ile ebeveyn davranışları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre; babanın eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi ve ailedeki toplam çocuk sayısı ile ebeveyn davranışları arasında herhangi bir ilişki gözlenmezken; annenin yaşı, babanın yaşı ve annenin eğitim düzeyi ile ebeveyn davranışları arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir

Anne yaşı ile zayıf ebeveyn takibi tutumu arasında düşük güçte pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0.204$, $p<0.05$). Buna göre, annenin yaşı arttıkça ebeveyn takibi azalmaktadır.

Babanın yaşı ile çocukla ilgilenme tutumu arasında düşük güçte negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=-0.210$, $p<0.05$). Babanın yaşı arttıkça çocukla daha az ilgilenme eğilimi göstermektedir.

Annenin eğitim düzeyi ile çocukla ilgilenme tutumu ve tutarsız disiplin tutumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Annenin eğitim düzeyi ile çocukla ilgilenme tutumu arasında düşük güçte pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0.264$, $p<0.01$). Buna göre, annenin eğitim düzeyi arttıkça çocukla ilgilenme düzeyi de artmaktadır. Annenin eğitim durumu ile tutarsız disiplin arasında orta güçte pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0.303$, $p<0.01$). Buna göre, annenin eğitim düzeyi arttıkça daha yüksek düzeyde tutarsız disiplin uygulamaya meyillidir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ebeveyn davranışları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5 :Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile ebeveyn davranışları arasındaki ilişkilere ilişkin korelasyon bulguları

	1	2	3	4
Anne yaşı	-0.183	-0.059	0.204*	0.065
Baba yaşı	-0.210*	-0.105	0.184	0.008
Anne eğitim	0.264**	0.143	-0.059	0.303**
Baba eğitim	0.112	0.159	-0.002	-0.011
Aylık gelir	0.012	-0.041	-0.032	0.008
Çocuk sayısı	0.104	0.103	0.020	0.037

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

1: çocukla ilgilenme, 2: olumlu ebeveynlik, 3: zayıf ebeveyn takibi, 4: tutarsız disiplin

6.3. DEHB ve OSB Tanılı Çocukları Olan Ebeveynler İle Sağlıklı Çocukları Olan Ebeveynlerin Ebeveyn Davranışları Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular

Araştırmanın temel sorusu olan DEHB tanılı, OSB tanılı ve sağlıklı çocukları olan ebeveynlerin ebeveyn davranışları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakmak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Analiz sonuçlarına bakıldığında, gruplar arasında ebeveyn davranışları içinden çocukla ilgilenme ($F(2,140)=22.138$, $p<0.05$), zayıf ebeveyn takibi ($F(2,140)=12.316$, $p<0.05$) ve tutarsız disiplin ($F(2,140)=6.086$, $p<0.05$) arasında anlamlı farklar

bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı farkın görülmediği tek çocuk yetiştirme tutumunun olumlu ebeveynlik olduğu görülmüştür. Grupların ebeveyn davranışları açısından farklılık gösterip göstermediğine ilişkin uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 6’da özetlenmiştir.

Tablo 6 :DEHB ve OSB tanılı çocukları olan ebeveynler ile sağlıklı çocuklukları olan ebeveynlerin ebeveyn davranışları arasındaki farklara ilişkin bulgular

		N	Ort.	SS	SH	F	p
1	Sağlıklı	47	41.40	5.94	0.86	22.138	0.000*
	DEHB	56	39.79	7.10	0.94		
	OSB	40	30.48	11.32	1.79		
2	Sağlıklı	47	25.71	2.76	0.40	2.303	0.104
	DEHB	56	25.46	3.68	0.49		
	OSB	40	24.16	4.28	0.67		
3	Sağlıklı	47	13.90	3.18	0.46	12.316	0.000*
	DEHB	56	18.00	6.44	0.86		
	OSB	40	13.66	4.18	0.66		
4	Sağlıklı	47	13.34	3.09	0.45	6.086	0.003*
	DEHB	56	15.88	3.89	0.52		
	OSB	40	14.29	4.18	0.66		

*p<0.05, 1: çocukla ilgilenme, 2: olumlu ebeveynlik, 3: zayıf ebeveyn takibi, 4: tutarsız disiplin

N: sayı, Ort.: ortalama değer, SS: standart sapma, SH: standart hata, F: varyans değeri, p: anlamlılık değeri

Tek yönlü varyans analizi sonuçları üç grup arasında (DEHB, OSB, Sağlıklı) ebeveyn davranışları açısından fark olduğunu göstermiştir. Hangi gruplar arasında fark olduğuna bakmak için post-hoc analizine başvurulmuştur. Gruplar arasındaki varyansların eşit dağılmadığı varsayımından (Levene testi, p<0.05) hareketle, Tamhane post-hoc analizi uygulanmıştır.

Çocukla ilgilenme alt ölçeği post-hoc analizi sonuçları. OSB tanısına sahip çocukları olan ebeveynler (Ort.= 30.48, SS= 11.32) ile DEHB tanısına sahip çocukları olan ebeveynlerin (Ort.= 39.79, SS= 7.10) çocukla ilgilenme tutumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). DEHB’li çocukları olan ebeveynler OSB’li

çocukları olan ebeveynlere göre çocuklarıyla daha çok ilgilenmektedir. Sağlıklı çocukları olan ebeveynler (Ort.= 41.40, SS= 5.94) ile OSB tanılı çocukları olan ebeveynler (Ort.= 30.48, SS= 11.32) arasında çocukla ilgilenme tutumları arasında fark bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlıklı çocuğu olan ebeveynler OSB’li çocuğu olan ebeveynlere göre çocuklarıyla daha çok ilgilenmektedir. Sağlıklı çocukları olan ebeveynler ile DEHB’li çocuğu olan ebeveynlerin çocukla ilgilenme tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Zayıf ebeveyn takibi alt ölçeği post-hoc analizi sonuçları. Sağlıklı çocuğu olan ebeveynler (Ort.= 13.90, SS= 3.18) ile DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynler (Ort.= 18.00, SS= 6.44) arasında zayıf ebeveyn takibi açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). DEHB’li çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olanlara göre ebeveyn takibinin daha zayıf olduğu görülmektedir. OSB tanılı çocuğu olan ebeveynler (Ort.= 13.66, SS= 4.18) ile DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynler (Ort.= 18.00, SS= 6.44) arasında zayıf ebeveyn takibi açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). DEHB’li çocuğu olan ebeveynler OSB’li çocuğu olan ebeveynlere göre ebeveyn takibinde daha zayıftır. Sağlıklı çocuğu olan ebeveynler ile OSB’li çocuğu olan ebeveynler arasında zayıf ebeveyn takibi açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tutarsız disiplin alt ölçeği post-hoc analizi sonuçları. Sağlıklı çocukları olan ebeveynler (Ort.= 13.34, SS= 3.09) ile DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynler (Ort.= 15.88, SS= 3.89) arasında tutarsız disiplin açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). DEHB’li çocuğu olan ebeveynler sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere göre daha tutarsız disiplin göstermektedir. OSB’li çocuğu olan ebeveynler ile diğer iki grup ebeveyn arasında tutarsız disiplin açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gruplar arasındaki ebeveyn davranış tutumları farklarının analiz edildiği post-hoc sonuçları Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7:Gruplararası farkların karşılaştırılmasına ilişkin Tamhane post-hoc Bulguları

	(I)	(J)	Ort. Farkı (I-J)	SH	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
1	Sağlıklı	DEHB	1.609	1.286	0.514	-1.513	4.732
		OSB	10.922*	1.989	0.000	6.028	15.817
	DEHB	Sağlıklı	-1.609	1.286	0.514	-4.732	1.513
		OSB	9.313*	2.026	0.000	4.336	14.290
	OSB	Sağlıklı	-10.922*	1.989	0.000	-15.817	-6.028
		DEHB	-9.313*	2.026	0.000	-14.290	-4.336
2	Sağlıklı	DEHB	-4.101*	0.978	0.000	-6.485	-1.716
		OSB	0.233	0.808	0.988	-1.743	2.210
	DEHB	Sağlıklı	4.101*	0.978	0.000	1.716	6.485
		OSB	4.334*	1.086	0.000	1.692	6.976
	OSB	Sağlıklı	-0.233	0.808	0.988	-2.210	1.743
		DEHB	-4.334*	1.086	0.000	-6.976	-1.692
3	Sağlıklı	DEHB	-2.539*	0.689	0.001	-4.212	-0.866
		OSB	-0.941	0.801	0.568	-2.900	1.017
	DEHB	Sağlıklı	2.539*	0.689	0.001	0.866	4.212
		OSB	1.598	0.842	0.173	-0.456	3.652
	OSB	Sağlıklı	0.941	0.801	0.568	-1.017	2.900
		DEHB	-1.598	0.842	0.173	-3.652	0.456

*p<0.05, 1: çocukla ilgilenme, 2: zayıf ebeveyn takibi, 3: tutarsız disiplin

Ort. Farkı: ortalamalar farkı, SH: standart hata, p: anlamlılık değeri, Alt: alt değer, Üst: üst değer

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada iki temel konu değerlendirilmiştir. Araştırmada, OSB ya da DEHB tanısı almış çocukları olan ebeveynler ile sağlıklı çocukları olan ebeveynlerin ebeveynlik davranışları arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığı ve OSB ya da DEHB tanısı almış çocukları olan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin ebeveynlik davranışları ile ilişkili olup olmadığına cevap aranmıştır. Araştırma soruları doğrultusunda yapılan analizlerin sonuçları iki başlık altında tartışılmıştır.

DEHB ve OSB Tanılı Çocukları Olan Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri ile Ebeveyn Davranışları Arasındaki İlişkiler

Çalışmamıza katılan annelerin yaşı ile ebeveynlik tutumları arasından zayıf ebeveyn takibi ilişkili bulunmuş; annelerin yaşı arttıkça ebeveyn takibinin azaldığı gözlemlenmiştir. Çalışmamıza katılan babaların yaşı ile ebeveynlik tutumları arasından çocukla ilgilenme tutumu arasında ilişki bulunmuş ve babaların yaşı arttıkça çocukla daha az ilgilenme eğilimi gösterdikleri görülmüştür. DEHB ve OSB tanılı çocukları olan ebeveynlerin yaşları, eğitim düzeyleri, ailenin toplam gelir düzeyi ve ailedeki toplam çocuk sayısı ile ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkilerin incelendiğinde; babanın eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi ve ailedeki toplam çocuk sayısı ile ebeveyn davranışları arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir.

Bu sonuçlar, ebeveynlerin yaş almasının ebeveyn takibi ve çocukla ilgilenmede azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna göre, ebeveynleri daha büyük yaşlarda olan DEHB ve OSB tanılı çocukların olumlu ebeveynlik açasından daha dezavantajlı olduğu çıkarımı yapılabilir. Literatürde çalışmamızın sonuçlarını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Karande ve Kuril (2011) tarafından yapılan araştırmada, özgül öğrenme bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin ebeveynlik tutumları incelenmiştir. Ebeveynler arasından babaların ve yaşı kırk beşten büyük olan ebeveynlerin çocuklarıyla daha az ilgilendikleri sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada, çocukların ebeveynlerinin yaşı arttıkça ebeveyn takibinin azaldığı, annelerin daha tutarsız disiplin gösterdiği bildirilmiştir. Sak ve arkadaşları (2015) okul öncesi dönemde çocukları olan ebeveynlerin çeşitli sosyodemografik özelliklerine göre

ebeveynlik tutumlarını araştırmışlardır. Kırk yaş üstü ebeveynlerin daha küçük yaştaki ebeveynlere göre daha otoriter oldukları, başka bir ifadeyle çocuklarına uyguladıkları baskının arttığı ancak gösterilen sevginin azaldığı bir tutum içinde oldukları sonuna varmışlardır. Dikici (2016)'nin otizm spektrum bozukluğu tanısı almış 5-6 yaş çocukların ebeveyn tutumlarını incelediği çalışmasında, annelerin yaşı arttıkça daha otoriter ebeveynlik uyguladıkları saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları bu çalışma sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde annelerin yaşının artmasıyla olumlu ebeveynlik tutumlarında azalma olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte, literatürde çalışma sonuçlarımızı desteklemeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Johnston ve arkadaşlarının (2002) DEHB'li çocuğu olan annelerle yaptığı çalışmada, annelerin yaşı arttıkça çocuklarına gösterdikleri duyarlılık düzeyinin arttığını, dolayısıyla çocuklarıyla daha fazla ilgilenme eğiliminde oldukları görülmüştür. Çolak ve arkadaşlarının (2020) DEHB'li çocuğu olan anne ve babalarla yaptığı çalışmada ise, ebeveynlerin yaş faktörü ebeveynlik tutumları ile ilişkili bir faktör olarak görülmemiştir. Okul öncesi dönemde ve sağlıklı çocukları olan ebeveynlerin ebeveynlik tutumlarının incelendiği çalışmalarda, ebeveynlerin yaşının ebeveynlik tutumlarıyla ilişkisinin bulunmadığı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır (Aydoğdu ve Dilekmen, 2016; Alabay, 2017). Sonuç olarak, çalışmamızın sonuçları ve literatür çalışmalarından elde edilen bilgiler toparlandığında ebeveyn yaşının ebeveynlik davranışları ile ilişkisinde farklı sonuçların elde edilmiş olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan babaların eğitim düzeyi ile ebeveynlik tutumları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmazken, annelerin eğitim düzeyi ile ebeveynlik tutumları arasından çocukla ilgilenme ve tutarsız disiplin uygulamalarının ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre, annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocukla ilgilenme düzeyi de artmaktadır. Ancak, annelerin eğitim düzeyi arttıkça tutarsız disiplin uygulamaya daha fazla meyilli olduğunu bildiren çalışma sonuçları da bulunmaktadır. Güler (2021) ebeveynlerin ebeveynlik davranışları ile çocuklarında gözlemlenen davranışsal sorunlarla ilgili bir araştırma yapmış; eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarıyla daha fazla ilgilenme eğiliminde olduğunu bulmuştur. Johnston ve arkadaşlarının (2002) DEHB'li çocuğu olan annelerle yaptığı çalışma sonuçları çalışmamızın sonuçlarına paralellik göstermektedir. Buna göre, annelerin eğitim düzeyleri ile çocuklarına karşı duyarlılıkları arasında ilişki bulunmuş; annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarına karşı daha ilgili oldukları bulunmuştur. Buna karşın, literatürde

ebeveynlerin eğitim durumlarının ebeveynlik tutumları ile ilişkisini inceleyen çalışmalar ağırlıklı olarak eğitim düzeyi ile ebeveynlik davranışları arasında anlamlı ilişkiler bulamamıştır. Oğuz ve Sönmez (2017) tarafından yapılan çalışmada OSB'na sahip çocukları olan annelerin çocuklarıyla olan ebeveynlik etkileşimlerinde annelerin eğitim durumu anlamlı bir değişken olarak bulunmamıştır. Aynı çalışmada, babaların eğitim durumu da benzer şekilde ebeveynlik tutumlarında bir fark yaratmamıştır. Çolak ve arkadaşlarının (2020) DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerle yaptığı çalışma ebeveynlerin eğitim durumunun ebeveynlik tutumlarıyla ilişkili olmadığını göstermiştir. Sak ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında yine anne ve babaların eğitim durumunun ebeveynlik pratiklerini belirlemediği sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak, her ne kadar nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklara sahip ebeveynlerin eğitim düzeyi ve ebeveynlik tutumları arasında anlamlı ilişkiler yakalayamamış çalışmalar bulunsa da, sağlıklı çocukların ebeveynleriyle yapılmış çalışmalarda ebeveynlerin eğitim düzeyinin çocuklarını yetiştirme tarzları üzerinde etkili olduğunu destekleyen sonuçların elde edildiği görülmektedir (Desforges ve Abouchaar, 2003; Guryan, Hurst ve Kearney, 2008; Kalil, Ryan ve Corey, 2012). Ek olarak, gelişimsel bozukluğu olan ya da gelişimsel bozukluğa bağlı olarak veya olmayarak davranış problemleri gösteren çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışmalar ebeveynin eğitim düzeyinin ebeveynlik tutumlarında belirleyici bir faktör olabileceğini desteklemektedir.

DEHB ve OSB Tanılı Çocukları Olan Ebeveynler ile Sağlıklı Çocukları Olan Ebeveynlerin Ebeveyn Davranışları Arasındaki Farkların Tartışılması

Çalışmamıza sağlıklı çocukları olan ebeveynler, DEHB tanılı çocukları olan ebeveynler ve OSB tanılı çocukları olan ebeveynler katılmıştır. Bu üç grup ebeveynin ebeveynlik davranışları arasında anlamlı farklar olup olmadığı incelenmiştir. Araştırmamızın sonuçlarına göre, hem sağlıklı çocuğa sahip olan ebeveynlerin hem de DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin, OSB'li sahip çocuğu olan ebeveynlere göre ebeveynlik davranışları arasından "çocukla ilgilenme" alt boyutunda, çocuklarıyla daha fazla ilgilendikleri görülmüştür. Başka bir ifadeyle, çocuklarına en az ilgi gösteren grup OSB'li çocuğa sahip olan ebeveynler olarak belirlenmiştir. Oğuz ve Sönmez (2017)'in çalışmasının sonuçları OSB'li çocuğu olan ebeveynlerin başarı odaklı ve yönlendirici tutumlarının ortalamanın üzerinde olduğunu, bunun yanında ebeveynlerin duygularını ifade etme ve duyarlılık becerilerinin ortalamanın altında

kaldığını göstermiştir. Johnstan ve arkadaşları (2002) DEHB olan çocukların annelerinin çocuklarına karşı tutumlarını incelemişlerdir. Sonuçlara göre, çocukların DEHB tanılı olması annelerin çocuklarına karşı ilgisini değiştirmezken, çocukların davranış sorunları göstermesinin annelerin çocuklarına olan ilgisinde azalma ile sonuçlanmıştır. Garbacz, McIntyre ve Santiago (2016) OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çocuklarının öğretmenleriyle olan ilişkilerini incelemiştir. Gelişimsel riski daha yüksek olan çocukların ebeveynlerinin, gelişimsel açıdan daha iyi konumda olan çocukların ebeveynlerine göre öğretmen-ebeveyn ilişkisinin daha kopuk olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre, daha ağır belirtilerle ilerleyen gelişimsel bozukları olan çocukların ebeveynlerinin çocuklarıyla ve çocuklarının gelişimiyle ilişkili faktörlere karşı daha ilgisiz davrandığını göstermektedir. Sonuçlar, ebeveynlik tutumları ile ilgili yapılan çalışmalarda, çocukların gelişimsel farklılıklarının var olup olmadığı ya da gelişimsel farklılığın türünün yanında gelişimsel farklılığın şiddetinin de bir değişken olarak araştırmalara dâhil edilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Çalışmamızda DEHB'li ve OSB'li çocukların bozukluklarının şiddeti bir değişken olarak alınmamıştır.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bir diğer sonuç, DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ve OSB'li çocuğu olan ebeveynlere göre ebeveyn takibinin daha zayıf olduğu yönündedir. Bu durum, diğer gruplardaki ebeveynlere göre DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarının ne yapıp ettiğinden daha az haberdar olduğunu göstermektedir. Yaşöz (2021)'ün DEHB tanısına sahip ergen bireylerle ve aileleriyle yaptığı çalışmada, ebeveynlerin DEHB'li çocuklarını takip etmekte zorlandıkları sonucuna ulaşmıştır. DEHB'li çocukların kurallara uymakta yaşadığı güçlükler, yönergeleri takip etmedeki yetersizlikleri, aşırı hareketlilik halleri, uygun iletişim becerilerini benimsemeye yaşadıkları güçlükler gibi bozukluğun doğasında var olan durumlar (Barkley ve ark., 2006; Cohen, 2014), ebeveynlerin çocuklarını takip etmede ve yaşantılarına hâkim olmada zorlanmalarını açıklayabilmektedir. Börekçi (2017) DEHB olan çocukların ebeveynleriyle yaptığı çalışmada, aile işlevselliğini ve ebeveyn tutumlarını araştırmıştır. DEHB'li çocuğu olan ailelerde iletişim kurma, duygusal tepkiler, davranış kontrolü gibi alanlarda işlevsel olmayan tutumlar sergilendiğini bulmuş; bunun yanında aşırı hoşgörölü ebeveynlik modelini daha fazla sergilediklerini gözlemlemiştir. OSB tanısı almış çocukların ebeveyne olan

yaşamsal bağımlılığın daha fazla olması (Töret ve ark., 2014; Şahin, 2017) OSB'li çocuğu olan ebeveynler için ebeveyn takibinin zayıf olmasını olanaksız kılmaktadır.

Araştırmamızın bir diğer sonucuna göre, DEHB'li çocuğu olan ebeveynler sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere göre daha tutarsız disiplin uygulamaktadır. OSB'li çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerle aralarında disiplin uygulamaları açısından bir fark bulunmamıştır. Phillips, Connors ve Curtner-Smith (2017) sağlıklı çocukları olan ebeveynler ve down sendromlu çocuğu olan ebeveynlerin ebeveynlik becerilerini karşılaştırmıştır. Down sendromlu çocuğu olan ebeveynlerin daha az otoriter tutum sergilediği ve çocuklarına daha çok müsamaha gösterdiği bulunmuştur. Çocuklarının yanlış davranışlarını sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere göre daha çok görmezden geldikleri görülmüştür. Güler (2021)'in çalışmasında hiperaktivitesi olan çocukların annelerinin tutarlı olmayan disiplin yöntemi kullandıkları belirtilmiştir. Başka bir çalışmada, ebeveynlerin tutarsız ya da çelişkili yollarla disiplin uygulamalarının çocukların davranışsal problemleriyle ilişkili olduğu görülmüştür (Sertbaş, 2006). DEHB tanısı almış ebeveynler ile sağlıklı çocukları olan ebeveynlerin çocukları üzerinde kurdukları disiplin algıları üzerine yapılan çalışmalar bulunmaktadır. DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin diğer ebeveynlere göre çocuklarının davranışlarını kontrol etmenin güç olduğu, çocuklarının uygun davranış becerilerini kazanma potansiyellerinin düşük olduğu yönünde algıya sahip oldukları görülmüştür (Schroeder ve Kelley, 2009; Leijten ve ark, 2017). DEHB'li çocuklarda görülebilen davranış problemlerinin ebeveynlerin uyguladıkları tutarsız disiplin uygulamaları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Neves Nunes ve ark, 2013; Tung ve Lee, 2014).

SONUÇLAR

Çalışmamızda annelerin yaşı arttıkça ebeveyn takibinin azaldığı, babaların yaşı arttıkça çocukla daha az ilgilenme eğilimi gösterdikleri gözlemlenmiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bir diğer sonuç, DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ve OSB'li çocuğu olan ebeveynlere göre ebeveyn takibinin daha zayıf olduğu yönündedir. Çalışmamıza katılan babaların eğitim düzeyi ile ebeveynlik tutumları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmazken, annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocukla ilgilenme düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca sağlıklı çocuğa sahip olan ebeveynler ile DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin, OSB'li sahip çocuğu olan ebeveynlere göre ebeveynlik davranışları arasından “çocukla ilgilenme” alt boyutunda, çocuklarıyla daha fazla ilgilendikleri görülmüştür. Ek olarak DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ve OSB'li çocuğu olan ebeveynlere göre ebeveyn takibinin daha zayıf olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, DEHB'li, OSB'li ve sağlıklı çocukları olan ebeveynlerin ebeveyn davranışları karşılaştırıldığında, çalışmamızın sonuçları DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin diğer gruplardan belirgin şekilde ayrıldığı görülmüştür. DEHB'li çocuğu olan ebeveynler çocuklarıyla daha fazla ilgilenme eğiliminde olsalar da, çocuğun yaşantısını takip etmede ve çocuğun davranışlarını olumlu yönde değiştirmeye yönelik disiplin tutumlarında eksiklikler göze çarpmaktadır. OSB'li çocuğu olan ebeveynler sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerle karşılaştırıldığında, benzerlik ve farklılıklar yakalanmıştır. Sağlıklı çocuğu olan ebeveynler ile OSB'li çocuğu olan ebeveynlerin tutarsız disiplin uygulamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmesi de, sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerin OSB'li çocuğu olan ebeveynlere göre çocuklarıyla daha fazla ilgilendikleri görülmüştür.

ÖNERİLER

OSB VE DEHB gün geçtikçe toplumda görülme sıklığı artan nörogelişimsel bir bozukluktur. Toplumda OSB VE DEHB tanısı alan çocuk sayısı arttıkça bununla baş etmek zorunda olan anne baba sayısı da artmaktadır. OSB VE DEHB tanısı almış çocukların anne ve babalarının, çocuklarının zihinsel ve fiziksel engelleri sebebiyle

çaresizlik, umutsuzluk, yalnızlık ve endişe gibi duygularla baş etmek durumunda olmaları da kaçınılmaz olarak artmıştır. Anne ve babaların bu anlamda psikolojik sağlamlıklarını artırıcı destek platformları oluşturulması, mümkün olan bölgelerde grup terapisi yapılarak ailelerin yalnız hissetmesinin önüne geçilmesi sağlanabilir. Aynı zaman da çocukları normal gelişim göstermeyen bu aileler için çocuklarının ihtiyaçlarını karşılama konusunda ücretsiz çocuklarıyla ilgilenecek bakım evlerinin artırılması ebeveynlerin fiziksel ya da psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaları için zaman sağlayabilir. Diğer önemli bir konuda bu hangi ebeveyn yaklaşımlarının çocukların olumsuz davranışlarını azaltıp olumluları artıracığına dair veri toplayacak çalışmaların artırılması ve bu bilgiler ışığında ana baba eğitimi verilmesi de ailelerin hayat kalitesinin artırılmasına katkı sağlayabilir.



KAYNAKÇA

- Akgün, G. M., Tufan, A. E., Yurteri, N., & Erdoğan, A. (2011). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 15-48.
- Alabay, E. (2017). Okul öncesi dönem çocuğu olan ebeveynlerin ebeveynlik tutumlarının incelenmesi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 1(2), 156-174.
- Alderson, R.M., Kasper, L.J., Hudec, K.L., Patros, C.H. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and working memory in adults: a meta-analytic review. *Neuropsychology*. ;27(3):287.
- Almbaidheen, M. (2015). Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde Zihin Kuramı Bozuklukları Ve Semptom Şiddeti Arasındaki İlişkinin Araştırılması. 2. Ankara.
- Alpanda, S. (2010). DEHB İle Görsel-Mekansal İşlevler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, TC. Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi
- Anand, D., Colpo, G.D., Zeni, G., Zeni, C.P., Teixeira, A. L. (2017). Attentiondeficit/hyperactivity disorder and inflammation: what does current knowledge tell us? A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 22.
- Arcos-Burgos, M., Muenke, M. (2010). Toward a better understanding of ADHD: LPHN3 gene variants and the susceptibility to develop ADHD. *ADHD Atten. Deficit Hyperact. Disord*, 2(3), 139-47.
- Ardıç, A. (2013). Otistik Spektrum Bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerine yönelik bir psiko-eğitsel grup programının ebeveynlerin bazı psikolojik değişkenleri üzerindeki etkisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.*
- Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" Im Kindesalter. *Arch Psychiatr Clin Neurosci*, 117(1), 76-136
- Association AP.(2013) DSM 5: American Psychiatric Association.
- Association, AP,(2013) Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders Washington, DC
- Austin, V., Sciarra D. (2010). Children and Adolescents without Emotional and Behavioral Disorders 86- 119, 265-309
- Ayano, G., Yohannes, K., Abraha, M. (2020). Epidemiology of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Annual Psychiatry*, 19 (1), 1-10.
- Aydoğdu, F. ve Dilekmen, M. (2016). Ebeveyn tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2).569-585.

- Baldwin, K., Brown, R.T. ve Milan, M.A. (1995). Predictors of Stres In Caregivers Of Attention Deficit Hyperactivity Disordered Children. *The American Journal of Family Therapy*, 23 (2), 49-160.
- Banks, T., Nnowski, J.E., Mash, E.J. ve Semple, D.L. (2008). Parenting Behavior And Cognition In A Community Sample Of Mothers With And Without Symptoms Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J, Child Fam Study*, 17, 28-43
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*. 1;121(1):65.
- Barkley, R.A. (2006). The relevance of the still lectures to attentiondeficit/hyperactivity disorder: a commentary. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 137–140.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*;38(7):813-22.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U.(1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*.;21(1):37-46.
- Baron-Cohen, S., Swettenham, J.(1997). Theory of mind in autism: Its relationship to executive function and central coherence. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*.:880-93
- Baykal, S., Nalbantoğlu, A., Yıldız, T., & Meriçli, M. (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Prenatal Ve Postnatal Özellikler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(3), 286-89
- Biederman, J., Faraone, S.V. (2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Lancet*, 366 (9481), 237-248.
- Binici, N.C., Kutlu, A. (2019). DEHB inflamasyonla ilişkili bir bozukluk olabilir mi?. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20 (3), 313-320
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox Oder Gruppe Der Schizophrenien*. Handbuch Der Psychiatrie.
- Bora E, Aydın A, Saraç T, Kadak MT, Köse S.(2017) Heterogeneity of subclinical autistic traits among parents of children with autism spectrum disorder: Identifying the broader autism phenotype with a data-driven method. *Autism Res* 10(2):321-26.
- Bora, E., Pantelis, C. (2016).Meta-analysis of social cognition in attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD): comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. *Psychological medicine*.;46(04):699-716.

- Bora, E., Pantelis, C.(2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research.*;144(1):31-6.
- Börekçi, B. (2017). Okul öncesi çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, davranışsal, sosyal problemler, aile işlevselliği ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerinin değerlendirilmesi. (Yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi, İstanbul). Erişim adresi: <https://acikerisim.isikun.edu.tr/xmlui/handle/11729/1201?locale-attribute=en>
- Brüne, M., Brüne-Cohrs, U.(2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.*;30(4):437-55.
- Cadesky, E.B., Mota, V.L., Schachar, R.J.(2000). Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.*;39(9):1160-7
- Cardillo, R., Garcia, R.B., Mammarella, I.C., Cornoldi, C.(2017). Pragmatics of language and theory of mind in children with dyslexia with associated language difficulties or nonverbal learning disabilities. *Applied Neuropsychology: Child.*:1-12.
- Christensen, D.L., Bilder, D.A., Zahorodny, W., Pettygrove, S., Durkin, M.S., Fitzgerald, R.T. (2016). et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among 4-year-old children in the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics.*;37(1):1-8.
- Christensen, D.L. (2016).Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries.* 2;65.
- Cohen, R. A. (2014). Clinical Considerations: Assessment and Treatment. In *The Neuropsychology of Attention*. Boston: Springer US.
- Cooper, M., Martin, J., Langley, K., Hamshere, M., Thapar, A.(2014). Autistic traits in children with ADHD index clinical and cognitive problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*;23(1):23-34.
- Çekiç, A., Türk, F., Buğa, A., ve Hamamcı, Z. (2018). Alabama Ebeveyn Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Electronic Journal of Social Sciences*, 17(66), 728-743.
- Çolak, M., Bingöl, Ö. Ş., Usta, Z. E., & Kılıç, B. G. (2020). Anne ve babaların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin ebeveyn tutumları ile ilişkisi. *Journal of Academic Research in Medicine*, 10(3), 258-263.

- Demirci, E., Erdogan, A.(2016) Is emotion recognition the only problem in ADHD? effects of pharmacotherapy on face and emotion recognition in children with ADHD. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. 2:1-8.
- Demirkaya, S. K. (2018). Otizm Spektrum Bozukluklarında Etiyopatogenez. N. M. Mukaddes, & E.S. Ercan İçinde, Nörogelişimsel Bozukluklar (S. 330). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Desforjes, C., ve Abouchaar, A. (2003). The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievement and adjustment: A literature review (Vol. 433). London: DfES. Erişim adresi: https://www.nationalnumeracy.org.uk/sites/default/files/documents/impact_of_parental_involvement/the_impact_of_parental_involvement.pdf
- Dikici, Ş. T. (2016). Otizm spektrum bozukluğu tanısı almış 5-6 yaş çocukların ebeveyn tutumlarının sosyal duygusal uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi. (Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul). Erişim adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/710948/yokAcikBilim_10126786.pdf?sequence=-1
- Dunn, G.A., Nigg, J.T., Sullivan, E.L. (2019). Neuroinflammation as a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder. Pharmacology Biochemistry and Behavior.
- Durukan, I., Türkbak, T. (2008). Otizmde Ortak Dikkat Becerileri : Gözden Geçirme, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi
- Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö. ve Türkbay, T. (2008). DEHB Olan Çocukların Annelerinde Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Kullanılan Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Ön Çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9, 217-223
- Eliçin, Ö., Avcıoğlu, H. (2014). Otizmi Olan Çocuklara Duyguları Ayırt Etme Becerisi Kazandırmada Replik Silikleştirme İle Yapılan Öğretimin Etkililiği, Eğitim ve Bilim Cilt 34, Sayı 171
- Farroni, T., Caibra, G., Simion, F., Johnson, M. (2002). Contact Detection in Humans form Birth, Birkbeck College, Universty of London, Universty of Padua, Edited By Posner M. Universty of Oregon s. 9062 hangi dergi?
- Furman L., (2005), What Is Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Journal of Child Neurology / Volume 20, Number 12
- Galéra, C., Côté, S.M., Bouvard, M.P., Pingault, J.B., Melchior, M., Michel, G.ve ark. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. Archives of general psychiatry, 68 (12), 1267-1275.
- Garbacz, S. A., McIntyre, L. L. ve Santiago, R. T. (2016). Family involvement and parent–teacher relationships for students with autism spectrum disorders.

- Geoffray, M.M., Thevenet, M., Georgieff, N.(2016). News in early intervention in autism. *Psychiatr Danub*;28(Suppl-1):66-70.
- Gerrard-Morris, A.E.(2007). Internalized socioemotional functioning of children and adolescents with nonverbal learning disability and Asperger's syndrome: ProQuest.
- Gizer, I.R., Ficks, C., Waldman, I.D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Hum. Genet.*, 126 (1), 51-90
- Gökçe İmren, S., Arman, A., Gümüştaş, F., Yulaf, Y., Çakıcı, Ö. (2012). Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve/veya Davranım Bozukluğu Eşhastalanımı Olan ve Olmayan DEHB Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Aile İşlevselliğinin Değlendirilmesi, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 38 (1):22-30
- Gökçen, S., Bora, E., Erermiş, S., Kesikçi, H., Aydın, C.(2009). Theory of mind and verbal working memory deficits in parents of autistic children. *Psychiatry Res*;166(1):46-53.
- Görmez, A., & Kırpınar, İ. (2015). Otizm Spektrum Bozuklukları: Erişkinlikte Değişim Ve Psikiyatrik Eştanılar. *Yeni Symposium*, 53(4), 27-32..
- Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Ouellette, C.A., Penn, C., Griffin, S.M.(1996). Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*;35(5):571-8.
- Grzadzinski, R., Di Martino, A., Brady, E., Mairena, M.A., O'Neale, M., Petkova, E. (2011).et al. Examining autistic traits in children with ADHD: does the autism spectrum extend to ADHD? *J Autism Dev Disord* ;41(9):1178-91.
- Gurevitz, M., Geva, R., Varon, M., Leitner, Y. (2014). Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18 (1), 14-22
- Guryan, J., Hurst, E. ve Kearney, M. (2008). Parental education and parental timewith children. *Journal of Economic Perspectives*, 22(3), 23–46.
<https://doi.org/10.1257/jep.22.3.23>
- Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2005). Dikkat eksikliğı hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinde kişilik bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8, 18-23.
- Güler, P. (2021). Anne baba davranışları ile çocuklarda gözlenen problem davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep). Erişim adresi:
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

- Hage, A., Alm, B., Banaschewski, T., Becker, K., Colla, M., Freitag, C. (2018). et al. Does the efficacy of parent-child training depend on maternal symptom improvement? Results from a randomized controlled trial on children and mothers both affected by attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*;27(8):1011-21.
- Hall, A.(2008). Specific learning difficulties. *Psychiatry*;7(6):260-5
- Hastings, R.P. ve Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*. 45(8), 1338-1349
- Hoekstra, P.J. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder: is there a connection with the immune system?
- Howes, O.D., Rogdaki, M., Findon, J.L., Wichers, R.H., Charman, T., King, B.H. (2018).et al. Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*;32(1): p. 3-29.
- Instanes, J.T., Halmøy, A., Engeland, A., Haavik, J., Furu, K., Klungsøyr, K. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring of mothers with inflammatory and immune system diseases. *Biological psychiatry*, 81 (5), 452-459
- İncekaş, S. (2009). Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. İzmir.
- Jensen, P.S. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 56 (12), 1073-1086.
- Joelsson, P., Chudal, R., Uotila, J., Suominen, A., Sucksdorff, D., Gyllenberg, D.(2017). et al. Parental psychopathology and offspring attention-deficit/hyperactivity disorder in a nationwide sample. *J Psychiatr Res*;94:124-130.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E. ve Hoza, B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: Relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(1), 77-88.
- Kadak, M. T. (2011). Otistik Spektrum Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Özellikleri, Emosyonel Yüz İfadelerini Tanıma Ve Geniş Otizm Fenotip İlişkisi.
- Kalil, A., Ryan, R. ve Corey, M. (2012). Diverging destinies: Maternal education and the developmental gradient in time with children. *Demography*, 49(4), 1361–1383. <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0129-5>
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbance Of Affective Contact. *Nervous Child* 2

- Karacan, E. (2000). Çocuklarda Dil Gelişimini Etkileyen Faktörler, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
- Karande, S. ve Kuril, S. (2011). Impact of parenting practices on parent-child relationships in children with specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*, 57(1), 20-30.
- Karasar, N. (2011). Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Nobel Yayınları.
- Kavale, K.A., Mostert, M.P.(2004). Social skills interventions for individuals with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*.;27(1):31-43.
- Kılınç, G. E., & Ünlü Söğüt, M. (2018). Mikrobiyotaya Güncel Bir Yaklaşım: Otizm Ve Mikrobiyota. *Türkiye Klinikleri*, 3(1), 88-94
- Korkmaz, B. (2010). Otizm: Klinik Ve Nörobiyolojik Özellikleri, Erken Tanı, Tedavi Ve Bazı Güncel Gelişmeler. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 37-44.
- Korkmazlar, Ü., Sürücü, Ö. (2007). Öğrenme Bozuklukları. Soykan, A. Ave Işık, T.Y.(2007). TY (Ed.), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.:s. 307-26.
- Kottak, C. P. (2008). Antropoloji: İnsan çeşitliliğine bir bakış. Ütopya Yayınevi; Ankara.
- Kotte, A., Joshi, G., Fried, R., Uchida, M., Spencer, A., Woodwort, K.Y.(2013). et al. Autistic Traits in Children With and Without ADHD. *Pediatrics* 132(3):e612-e622.
- Köroğlu, E. (2014). American Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı(Beşinci Baskı B.). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Köse, S. (2015). Otizm Spektrum Bozukluğunda Nörobilişsel Süreçlerin Rolü. *Türkiye Klinikleri*, 1(2), 17-29.
- Kreyenfeld, M. ve Konietzka, D. (2017). Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences, Springer International Publishing AG, Cham.
- Kröger, A., Hanig, S., Seitz, C.(2011). Risk factors of autistic symptoms in children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*;20(11):561-70.
- Küçük, Ö., Ulaş, G., Yaylacı, F., Miral, S.(2018). Geniş Otizm Fenotipi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*;10(2):218-38.
- Lai, M.C., Lombardo, M.V., Baron-Cohen, S. Autism.(2014). *The Lancet*.;383(9920):896-910
- Latimer, K., Wilson, P., Kemp, J., Thompson, L., Sim, F., Gillberg, C. ve ark. (2012). Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child: Care, health and development*, 38 (5), 611-62

- Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the incredible years parenting program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Bölüm 53, 46(1), 59–73.
- Leitner, Y.(2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children - what do we know?. *Front Hum Neurosci* 2;8:268.
- Leung, A.K. ve diğerleri (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adv Pediatr*, 63 (1), 255-80.
- Lozier, L.M., Vanmeter, J.W., Marsh, AA.(2014). Impairments in facial affect recognition associated with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *Development and psychopathology*.;26(4pt1):933-45.
- Mançe Çalışır, Ö. (2018). Geniş Otizm Fenotipi Gösteren Erişkinlerde Sosyal Biliş: Bir Göz Hareketleri İzleme Çalışması. Ankara.
- Maoz, H., Tsviban, L., Gvirts, H.Z., Shamay-Tsoory, S.G., Levkovitz, Y., Watemberg, N.(2013). et al. Stimulants improve theory of mind in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of psychopharmacology*. 2:0269881113492030
- Marian Sıgman, Ph.D. and Peter Mundy, Ph.D, (1998). Social Attachments in Autistic Children *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1989,28, 1:74-81
- Martin, J., Hamshere, M.L., O'Donovan, M.C., Rutter, M., Thapar, A.(2014). Factor structure of autistic traits in children with ADHD. *J Autism Dev Disord*;44(1):204-15.
- Martinez-Badia, Raga, (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder, *World J Psychiatr* 2015 December 22; 5(4): 379-386
- 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 chat room assessment task. *J Abnorm Child Psychol*;35(4):509-21.
- Miodovnik, A., Harstad, E., Sideridis, G., Huntington, N.(2015). Timing of the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics* ;136(4):e830-7.
- Motavalli Mukaddes, N. (2017). *Bebeklikten Erişkinliğe Otizm Aileler İçin Kılavuz*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mowinckel, A.M., Pedersen, M.L., Eilertsen, E., Biele, G. (2014). A meta-analysis of decisionmaking and attention in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*.:1087054714558872

- Mukaddes, N.M., Dursun, O.B.(2018). Otizm Spektrum Bozukluklarında Tanım, Prevalans ve Klinik Özellikleri In:Mukaddes NM, Ercan ES, editors. Nörogelişimsel Bozukluklar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;;261-84
- Mukaddes, N.M., Hergüner, S., Tanıdır, C.(2010). Psychiatric disorders in individuals with highfunctioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *World J Biol Psychiatry*;11(8):964-71.
- Mukaddes, N.M.(2015). Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mukaddes, N. M., & Dursun, O. B. (2018). Otizm Spektrum Bozukluklarında Tanım, Prevalans Ve Klinik Özellikler. N. M. Mukaddes, & E. S. Ercan İçinde, Nörogelişimsel Bozukluklar (S.261). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd. Şti
- Mukaddes, N. M., & Tanıdır, C. (2015). Otizm Spektrum Bozukluklarında Psikiyatrik Komorbidite. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 1(2), 30-42.
- Musser, E.D., Hawkey, E., Kachan-Liu, S.S., Lees, P., Rouillet, J.B., Goddard, K. (2014). et al. Shared familial transmission of autism spectrum and attention-deficit/hyperactivity disorders. *J Child Psychol Psychiatry*;55(7):819-27.
- Neves Nunes, S. A., Faraco, A. M. X., Vieira, M. L. ve Rubin, K. H. (2013).Externalizing and internalizing problems: Contributions of attachment and parental practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 617–625.
- NICE. (2009). National Institute for Health and Clinical Excellence : Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults
- Nijmeijer, J.S., Hoekstra, P.J., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Altink, M.E.(2009). Buschgens CJ et al. PDD symptoms in ADHD, an independent familial trait?. *J Abnorm Child Psychol*;37(3):443-53.
- Nijmeijer, J.S., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Mulligan, A., Hartman, C.A., Hoekstra, P.J.(2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical psychology review*. 28(4):692-708
- Oğuz, H., & Sönmez, N. (2017). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerde anne-çocuk ve baba-çocuk etkileşiminin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, Elektronik Yayın.
- Ospina, M.B., Seida, J.K., Clark, B., Karkhaneh, M., Hartling, L.,Tjosvold, L.(2008). et al. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. *PLoS One*;3(11):e3755.
- Osterling, J. Dawson, G. (1994). Early Recognition of Children with Autism: A Study of First Birthday Home Videotapes, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 24, No. 3

- Ökcün Akçamuş, Ç., Acarlar, F., Alak, G. (2018). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Taklit Türlerinin Oyun Karmaşıklığı ve Sözcük Dağarcığı İle İlişkileri, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi Cilt: 19, Sayı: 4, Sayfa No: 747-775
- Özen, K.(2015). Özel Öğrenme Güçlüğü Tanısı Almış 7-9 Yaş Çocukların Geliştirdikleri Zihin Kuramı Yeteneklerinin Sağlıklı Gelişim Gösteren Grup ile Karşılaştırılması. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal;1.
- Öztürk, M. Başgül, Ş.S. (2015). Çocuklarda Dürtüsellik (1.Baskı). İstanbul: Hayykitap. Polanczyk G. V., Salum G. A., Sugaya L. S., Caye A., Rohde L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 56(3): 345-365.
- Phillips, B. A., Conners, F., & Curtner-Smith, M. E. (2017). Parenting children with down syndrome: An analysis of parenting styles, parenting dimensions, and parental stress. *Research in Developmental Disabilities*, 68, 9-19.
- Pliszka, S., AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46 (7), 894-921
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., Rohde, L. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis, *Am J Psychiatry*; 164:942– 948
- Polat, H. (2015). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri, tükenmişlik düzeyleri ve çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Rand, K.M., Austin, N.C., Inder, T.E., Bora, S., Woodward, L.J. (2016). Neonatal infection and later neurodevelopmental risk in the very preterm infant. *The Journal of pediatrics*, 170, 97-104
- Reiersen, A.M., Constantino, J.N., Grimmer, M., Martin, N.G., Todd, R.D.(2008). Evidence for shared genetic influences on self-reported ADHD and autistic symptoms in young adult Australian twins. *Twin Res Hum Genet*;11(6):579-85.
- Reiersen, A.M., Constantino, J.N., Volk, H.E., Todd, RD.(2007). Autistic traits in a population-based ADHD twin sample. *J Child Psychol Psychiatry*;48(5):464-72.
- Rivera, H.M., Christiansen, K.J., Sullivan, E.L. (2015). The role of maternal obesity in the risk of neuropsychiatric disorders. *Frontiers in neuroscience*, 9, 194.
- Rommelse, N.N., Geurts, H.M., Franke, B., Buitelaar, J.K., Hartman, C.A. (2011). A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism

spectrum disorder and attentiondeficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehav Rev* ;35(6):1363-96.

Sak, R., Sak, İ. Ş., Atlı, S. ve Şahin, B. (2015). Okul öncesi dönem: Anne baba tutumları. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3). 972-991.

Santosh, P.J., Mijovic, A.(2004). Social impairment in Hyperkinetic Disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* ;13(3):141-50.

Schroeder, V.M. ve Kelley, M.L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child Family Studies*, 18, 227–235.

Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, 19 (1), 1

Sertbaş, N. (2006). İlköğretim öğrencilerinde davranış problemleri ve yordayan değişkenler. (Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.) Erişim adresi:
<https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/7466/189816.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J., Greenstein, D.(2007). et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences.*;104(49):19649-54.

Sheinkopf, J., Mundy, P., Oller, K., - Steffens, M. (2000). Vocal Atypicalities of Preverbal Autistic Children, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 30, No. 4

Shuai, L., Chan, R.C., Wang, Y.(2011). Executive function profile of Chinese boys with attentiondeficit hyperactivity disorder: different subtypes and comorbidity. *Archives of Clinical Neuropsychology.*;26(2):120-32

Sinzig, J., Morsch, D., Lehmkuhl, G.(2008). Do hyperactivity, impulsivity and inattention have an impact on the ability of facial affect recognition in children with autism and ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry* ;17(2):63-72.

Snowling, M.J. (2005).Specific learning difficulties. *Psychiatry.*;4(9):110-3.

Soysal, A.Ş. (2007). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Altıplerinde Dikkat, Yönetici İşlevler ve Üst Biliş Performansının Oluşturulduğu İlişkiler Örüntüsünün İncelenmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi

Sürücü, Ö. (2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Anne Baba Öğretmen El Kitabı (11.Baskı). Ankara: Bilgi Yayınevi.

Şahin, B. (2017). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, özgül öğrenme bozukluğu veya otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuklarda sosyal biliş: klinik

belirtilerle ilişkisi. (Uzmanlık tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun).
Erişim adresi:
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=6kaIfJQLPwIDuYuuFbwF7g&no=ue8pV2Vx3unY8vn2vt29DQ>

- Şan, E., Köse, S., Özbaran, B., Bildik, T., Aydın, C.(2018). Social cognition and emotion regulation in adolescents with ADHD. *Anadolu Psikiyatri Derg*;19(1):71-9
- Şenol, S. (2006). *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı*. Ankara: Hyb Yayıncılık
- Şimşek, Ş., Gökçen, C., Fettahoğlu, E.Ç. (2012).Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*;25:230-37..
- Taurines, R., Schwenck, C., Westerwald, E., Sachse, M., Siniatchkin, M., Freitag, C.(2012). ADHD and autism: differential diagnosis or overlapping traits? A selective review. *Atten Defic Hyperact Disord*;4(3):115-39..
- Taylor, M., Charman, T., Robinson, E., Plomin, R., Happé, F., Asherson, P.(2013). et al. Developmental associations between traits of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: a genetically informative, longitudinal twin study. *Psychological medicine*.;43(08):1735-46.
- Töret, G., Özdemir, S., Selimoğlu, Ö. G. ve Özkubat, U. (2014). Otizmlı çocuğa sahip olan ebeveynlerin çocuklarının günlük yaşam özellikleri, günlük oyun etkileşimleri, problem davranışlar ve iletişim stillerine ilişkin görüşleri. *Ege Eğitim Dergisi*, 15(1), 1-44.
- Tufan, A.E., Yaluğ, İ. (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tıbbi Eş Tanılar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1 (2), 187-201.
- Tufan, A.E. (2015).Otizm Spektrum Bozukluğunda İlaç Tedavisi. In: Semerci B, Öztürk M, Türkbay T editors. *Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi Turkish Association for Psychopharmacology*;87-99
- Tung, I. ve Lee, S. S. (2014). Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggressive Behavior*, 40(1), 79–90.
- Türe, F.S. (2010). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların (8-12 yaş) değişik anne tutumlarına göre benlik saygı düzeylerinin incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi.
- Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B.G., Hebebrand, J., Daum, I., Wiltfang, J., Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.;34(5):734-43.
- van Steijn DJ, Richards JS, Oerlemans AM, de Ruiter SW, van Aken MA, Franke B (2012).et al. The co-occurrence of autism spectrum disorder and attention-

deficit/hyperactivity disorder symptoms in parents of children with ASD or ASD with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*;53(9):954-63.

Volkmar, F.R., Chawarska, K., Klin, A., Chawarska, K., Klin, A., Volkmar, F. (2008). Autism spectrum disorders in infants and toddlers: an introduction. *Autism spectrum disorders in infants and toddlers: Diagnosis, assessment, and treatment.*:1-22.

Wendy L. Stone, Opal Y. Ousley, and Cynthia D. Littleford, (1997), Motor Imitation in Young Children with Autism: What's the Object? *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 25, No. 6 475- 485

Wilmshurst, L.(2008). *Abnormal child psychology: A developmental perspective*: Taylor & Francis.

Wolraich, M., Brown, L., Brown, R.T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H.M. ... (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Subcommittee on AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. Steering Committee on Quality Improvement and Management. *Pediatrics*, 128, 1007–1022.

Yaşöz, C. (2021). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısında akran zorbalığı rolleri: Ergenler ve anneleri. (Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Yaylacı, F. (2015). Otizm Spektrum Bozukluğunda Tanısal Sorunlar: Dsm Iv-Tr'den Dsm-5 'E.Türkiye Klinikleri, 1-10.

Yirmiye, N., Erel, O., Shaked, M., Solomonica-Levi, D.(1998). Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological bulletin*;124(3):283.

