

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN
ÇOCUKLARIN VE SAĞLIKLI ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE,
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE AİLE İŞLEVSELLİĞİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
SEVER BEŞALTI

GAZİANTEP-2017

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN
ÇOCUKLARIN VE SAĞLIKLI ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE,
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE AİLE İŞLEVSELLİĞİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
SEVER BEŞALTI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. OSMAN TOLGA ARICAK

GAZİANTEP-2017

KABUL VE ONAY

Sever BEŞALTI tarafından hazırlanan "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Aile İşlevselliği Açısından Karşılaştırılması" başlıklı bu çalışma 02/11/2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Feriit Sütçü
.....
(Başkan)

.....

Prof. Dr. Osman Teke ARICAK
.....
(Üye)

Doc. Dr. Can Çeliker
.....
(Üye)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. 02/11/2017

.....
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Aile İşlevselliği Açısından Karşılaştırılması**” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım. 02/11/2017

Sever BEŞALTI

ÖNSÖZ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB); gelişim düzeyine uygun olmayan, aşırı hareketlilik, dikkatin kolayca dağılması, dürtüsellik gibi temel belirtilerin kişinin yaşamının en az bir alanını olumsuz etkileyecek düzeyde gözlenen, çocukluk çağının erken başlangıçlı nöropsikiyatrik bir bozukluğudur. Çocukluk döneminin en yaygın sorunu olan DEHB, tedavi edilmediği takdirde kişinin yaşantısının her alanını olumsuz etkilemektedir. DEHB'nin henüz tam olarak neden kaynaklandığı bilinmemekle birlikte, okul çağı çocuklarının %3-5'ini etkilediği tahmin edilmektedir.

DEHB gibi çocukluk çağından başlayıp kronik seyirli olan bozukluklar, sadece çocuğun değil, tüm ailenin yaşam kalitesini etkilemektedir. Çocuğun yaşadığı sorunlar anneleri etkilediği gibi, psikiyatrik rahatsızlığı bulunan annelerde DEHB'li çocuğun gidişatını da etkileyebilmektedir.

Bu çalışma, DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocuklara sahip annelerin yaşadıkları depresyon, kaygı düzeyi ve aile işlevlerini karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen tez danışmanım Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK'a teşekkür ederim.

Klinik uygulamalarım boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen Psk. Hatice ÇETİNKAYA ve Psk. Ahmet GÜNYAKTI'ya da teşekkür ederim.

Gaziantep, 2017

Sever BEŞALTI

ÖZET

DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocuklara sahip annelerin yaşadıkları depresyon, kaygı düzeyi ve aile işlevlerinin karşılaştırmalı bir şekilde incelenmesidir. Çalışma grubu Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı alan, 6-16 yaşları arasında çocuğa sahip 180 anneden oluşmaktadır. Kontrol grubu ise 6-16 yaş arası normal gelişim gösteren çocuğa sahip 180 anneden oluşmaktadır. Ancak verilerin normal dağılımını bozan uç değerlere sahip DEHB grubundan 17, kontrol grubundan 19 katılımcının verileri analize dâhil edilmemiştir. Katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve psikiyatrik ilaç kullanmanın birlikte anksiyete üzerinde anlamlı bir ortak etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Aile işlevlerinde ise DEHB tanısı almış çocukların annelerinin sağlıklı çocukların annelerine kıyasla “Problem Çözme”, “İletişim”, “Roller”, “Duygusal Tepki Verebilme”, “Davranış Kontrolü”, “Gereken İlgiyi Gösterme” ve “Genel İşlevler” alanlarında artmış oranda sorun yaşadıkları saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: DEHB, anne, depresyon, anksiyete, aile işlevleri.

ABSTRACT

To compare the depression, anxiety and family functions of mothers with children with ADHD and those with healthy children in a comparative way. The study group comprised 180 mothers with child between 6-16 years that were diagnosed with ADHD according to DSM-5 diagnostic criteria in Sanliurfa Children's Hospital-Child Psychiatry Polyclinic. The control group comprised 180 children with no medical or neuropsychiatric disease between the age of 6 and 16 that were paired with the patient group in terms of age and gender. However, 17 of the ADHD group with extreme values that disturb the normal distribution of the data, and 19 participants from the control group were not included in the analysis. Depression and anxiety levels of mothers with ADHD children were found to be higher than the mothers of healthy children. In addition, it has been determined that having versus not having a child with ADHD and using psychiatric medication have a significant effect on anxiety. In family functioning, the mothers of children with ADHD compared to the mothers with healthy children are more likely to have problems in the areas of "Problem Solving", "Communication", "Roles", "Emotional Response", "Behavior Control", "Demonstration of Interest" and "General Functions" (more unhealthy).

Key words: ADHD, mother, depression, anxiety, family functions

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa No. |
|-----------------------|-----------|
| ÖNSÖZ..... | i |
| ÖZET..... | ii |
| ABSTRACT..... | iii |
| TABLolar LİSTESİ..... | viii |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | xi |
| KISALTMALAR..... | xii |

BİRİNCİ BÖLÜM

| | |
|---------------------------------------|---|
| GİRİŞ..... | 1 |
| 1.1. Araştırmanın Amacı..... | 3 |
| 1.2. Araştırma Soruları..... | 3 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi..... | 3 |
| 1.4. Araştırmanın Sayıltıları..... | 4 |
| 1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 4 |
| 1.6. Tanımlar..... | 4 |

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

| | |
|--|----|
| 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu..... | 5 |
| 2.1.1. Tarihçe..... | 5 |
| 2.1.2. Tanı ve Değerlendirme..... | 7 |
| 2.1.3. Bebeklikten Yetişkenliğe Süreç (Yaşam Boyu DEHB)..... | 9 |
| 2.1.4. Komorbidite..... | 10 |
| 2.1.5. Ayırıcı Tanı..... | 11 |

| | |
|---|----|
| 2.1.6. Etiyoloji | 13 |
| 2.1.6.1. Genetik Etmenler | 13 |
| 2.1.6.2. Beyin Görüntüleme Teknikleri | 14 |
| 2.1.6.3. Çevresel ve Psikososyal Faktörler | 15 |
| 2.1.7. Epidemiyoloji | 16 |
| 2.1.8. Gidiş ve Sonlanım | 17 |
| 2.1.9. Tedavi | 18 |
| 2.2. DEHB’li Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşadıkları Psikiyatrik Sorunlar | 20 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|---|-----------|
| YÖNTEM..... | 22 |
| 3.1. Araştırma Deseni | 22 |
| 3.2. Evren ve Örneklem..... | 22 |
| 3.3. Veri Toplama Araçları..... | 22 |
| 3.3.1. Kişisel Bilgi Formu | 22 |
| 3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği | 23 |
| 3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği | 23 |
| 3.3.4. Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) | 24 |
| 3.4. İşlem | 25 |
| 3.5. Verilerin Analizi..... | 25 |

DÖRTDÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|--|-----------|
| BULGULAR | 26 |
| 4.1. Örneklem Sosyodemografik Özellikleri | 26 |
| 4.2. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Aile İşlevleri Arasında Anlamlı Bir Fark Var Mıdır? | 29 |

| | |
|---|----|
| 4.3. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Anksiyete Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir Fark Var mıdır? | 32 |
| 4.4. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir Fark Var mıdır? | 32 |
| 4.5. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Eğitim Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 33 |
| 4.6. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Eğitim Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 34 |
| 4.7. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Ekonomik Durum Ayrı Ayrı ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 35 |
| 4.8. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Ekonomik Durum Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 36 |
| 4.9. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Çalışma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 37 |
| 4.10. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Çalışma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 38 |
| 4.11. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 39 |
| 4.12. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 41 |
| 4.13. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Alkol-Madde Kullanma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 42 |
| 4.14. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Alkol-Madde Kullanma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir? | 43 |

BEŞİNCİ BÖLÜM

| | |
|----------------|----|
| TARTIŞMA | 45 |
|----------------|----|

ALTINCI BÖLÜM

| | |
|-------------------------|----|
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 50 |
|-------------------------|----|

| | |
|----------------|----|
| KAYNAKÇA | 52 |
|----------------|----|

| | |
|------------|----|
| EKLER..... | 62 |
|------------|----|

| | |
|---------------------------------|----|
| Ek 1. Kişisel Bilgi Formu | 62 |
|---------------------------------|----|

| | |
|----------------------------------|----|
| Ek 2. Beck Anksiyete Ölçeği..... | 63 |
|----------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------|----|
| Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği | 65 |
|-----------------------------------|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| Ek 4. Aile Değerlendirme Ölçeği | 69 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|------------------------------|----|
| Ek 5. Etik Kurul Formu | 74 |
|------------------------------|----|

| | |
|----------------------------------|----|
| Ek 6. Çalışma İzin Belgesi | 75 |
|----------------------------------|----|

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

| | |
|---|----|
| Tablo 1. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerine İlişkin Sosyodemografik Bilgiler | 28 |
| Tablo 2. Aile Davranış Ölçeğinden Alınan Puanların DEHB Tanısı Almış Çocukların Anneleri ile Sağlıklı Çocuğa Sahip Anneler Arasındaki Karşılaştırması..... | 31 |
| Tablo 3. DEHB’li Çocuğu Sahip Olan ve Olmayan Annelerin Anksiyete Düzeylerinin Farkına İlişkin Bağımsız Gruplar t-testi Sonuçları..... | 32 |
| Tablo 4. DEHB’li Çocuğu Sahip Olan ve Olmayan Annelerin Depresyon Düzeylerinin Farkına İlişkin Bağımsız Gruplar t-testi Sonuçları..... | 32 |
| Tablo 5. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları | 34 |
| Tablo 6. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları | 35 |
| Tablo 7. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Ekonomik Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları | 36 |
| Tablo 8. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Ekonomik Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları | 37 |
| Tablo 9. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları | 38 |
| Tablo 10. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları | 39 |
| Tablo 11. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... | 40 |

| | |
|---|----|
| Tablo 12. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... | 42 |
| Tablo 13. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Alkol-Madde Kullanma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... | 43 |
| Tablo 14. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Alkol-Madde Kullanma Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... | 44 |



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

| | |
|--|----|
| Şekil 1. DEHB’li Çocuğa Sahip Olup Olmama Durumu ile Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumunun Anksiyete Puanları Üzerindeki Ortak Etkisi | 40 |
|--|----|



KISALTMALAR LİSTESİ

| | | |
|----------------|---|--|
| ADÖ | : | Aile Değerlendirme Ölçeği |
| APA | : | Amerikan Psikiyatri Birliği |
| DAT1 | : | Dopamin Taşıyıcısı 1 |
| DB | : | Davranım Bozukluğu |
| DEHB | : | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu |
| DRD1 | : | Dopamin Reseptör D1 |
| DRD2 | : | Dopamin Reseptör D2 |
| DRD3 | : | Dopamin Reseptör D3 |
| DRD4 | : | Dopamin Reseptör D4 |
| DSM | : | Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı |
| FDA | : | Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi |
| KOKGB | : | Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu |
| MTA | : | Multisistem Çoklu Yaklaşım |
| n | : | Örnekleme Sayısı |
| p | : | Anlamlılık Değeri |
| PET | : | Pozitron Emisyon Tomografisi |
| r | : | Korelasyon |
| sd | : | Serbestlik Derecesi |
| SNAP-25 | : | Sinaptosom İlişkili Protein 25 |
| SPECT | : | Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi |
| SPSS | : | Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı |

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB); gelişim düzeyine uygun olmayan, aşırı hareketlilik, dikkatin kolayca dağılması, dürtü kontrolünde yetersizlik gibi temel belirtilerin kişinin yaşamının en az bir alanını olumsuz etkileyecek düzeyde gözlenen, çocukluk çağının erken başlangıçlı nöropsikiyatrik bir bozukluğudur (APA, 2000; Sürücü, 2016). Çocukluk döneminin en yaygın sorunu olan DEHB, tedavi edilmediği takdirde kişinin yaşantısının her alanını olumsuz etkilemekte olup, özellikle özgüven eksikliği, problemlili akran ilişkileri gibi psikolojik ve sosyal sorunlara neden olmaktadır. Bununla birlikte okul yaşantısında akran ilişkilerinde uyum sağlayamama ve ders başarısızlığı gibi eğitim sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Semerci ve Turgay, 2014).

Çocuk psikiyatrisinde üzerinde en fazla bilimsel araştırma yapılmış bozukluklardan birisi olan DEHB'nin, okul çağı çocuklarının %3-5'ini etkilediği bilinmektedir (Greenhill, 1998). Ülkemizde ise, Motavallı'nın 1994 yılında kentsel kesimdeki okul çağı çocuklarında yaptığı çalışmada DEHB yaygınlığını %5 olarak bulmuştur. Erkek çocuklarda daha fazla görülen bu bozukluğun tanısının, daha çok çocukların düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı ilkökul yıllarında konulduğu bildirilmektedir. DEHB'nin henüz tam olarak neden kaynaklandığı bilinmemekle birlikte, başta genetik ve biyolojik etmenlerin yanı sıra, doğum öncesi ve sonrası meydana gelen komplikasyonlar, aile içi problemler, olumsuz anne baba tutumları gibi çevresel ve psikososyal faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Şenol ve Şener, 1998).

DEHB tanısı alan çocukların aileleri ilgili çalışmalara bakıldığında zaman, birçok çalışmada benzer sonuçlar ortaya çıktığı gözlenmiş olup, DEHB olan çocukların ailelerinde stress, anksiyete ve depresyon bozukluklarının, normal çocukların ailelerine göre daha fazla oranda gözlemlendiği bildirilmiştir (Durukan ve ark., 2008; Gerdes ve ark., 2007).

DEHB'li çocuklar normal çocuklara oranla daha fazla davranış sorunları gösteren, aile ve akranlarıyla çatışma yaşayan bireylerdir. DEHB'li çocukların, çocukluk ve ergenlikte bakım gereksinimlerinin arttığı bilinmektedir. Artan gereksinim anne-babalık işlevinde aksamaya yol açmakta; çocuk yetiştirme konusunda yetersiz ve suçlu hissetmekte olan anne

ve babaların sosyal hayatları olumsuz etkilenmekte ve çocuklarının davranışlarını kontrol etmekte güçlük çektikleri için stres altında kalmaktadırlar (Brown ve Pacini, 1989).

Ebeveyn çocuk ilişkisinin iki yönlü olduğunu, çocukların olumsuz davranışlarının ebeveynlerin duygu ve davranışlarını etkilediği gibi, annenin duygudurumunun da çocuklarına karşı sergilediği ebeveynlik rolünü etkilediği bilinmektedir (Abalı, 2015). Gerdes ve arkadaşları (2007), aşırı anne-babalık stresi yaşayan annelerin bir kısmının çocukların olumsuz davranışlarına karşı daha aşırı tepkiler gösterdiğini ve daha müdahaleci olduğunu; bazı annelerin ise olaylar üzerinde kontrollerinin olmadığı düşüncesi olduğunu ve çocuğunun olumsuz davranışlarına yanıt veremediğini öne sürmüştür. Bu durumun annenin sorun çözme becerisini sınırlamasına, kendisini yetersiz ve suçlu hissetmesine neden olmanın yanı sıra annede depresif sorunların ortaya çıkmasına da zemin hazırladığını bildirmiştir.

Norvitis, Scime ve Lee (2002), yüksek düzeyde stres yaşayan DEHB'li çocukların ebeveynlerinin, depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozukluklarına daha yatkın hale geldiğini belirtmişlerdir.

Literatüre göre özellikle çocukluk çağında aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gösteren çocuklarla baş etmeye çalışan ailelerin, normal ailelere oranla daha fazla psikolojik sorunlar ve evlilik problemleri yaşadıkları bildirilmiştir (Toros ve Tataroğlu, 2002). Abikoff ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada çocuklardaki DEHB belirtileri ile ebeveynlerindeki depresif belirtiler arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Depresyondaki ebeveynlerin çocuğa karşı tahammülsüzlüğü artabilmekte, çocuk ebeveyn ilişkisinin olumsuz yönde etkilemesinin yanı sıra bu karşılıklı olumsuz ilişki ev içi sorunların artmasına ve ailedeki uyumun bozulmasına neden olabilmektedir (Abalı, 2015).

DEHB'li çocukların ebeveynlerinde görülen duygu durum bozuklukları gibi sorunlar, aile üyelerinin sosyal yaşantılarına ve yaşam kalitelerine de etki etmektedir. Yapılan bir çalışmada, DEHB olan çocukların babalarında alkol kötüye kullanımı daha fazla bulunmuştur (Kılıç ve Şener, 2005). Başka bir çalışmada, DEHB'li çocukların aile bireylerinde madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğunun da daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Goodman, 2007; Tuğlu ve Şahin, 2010).

Yapılmış literatür çalışmaları incelendiğinde, DEHB tanısı almış çocuklarla ilgili birçok çalışma olmasına rağmen, DEHB tanısı almış çocukların annelerinin yaşadığı kaygı,

depresyon ve aile işlevlerini bir arada ele alan çalışmaların az sayıda olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın bu yönüyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocuklara sahip annelerin yaşadıkları depresyon, kaygı düzeyi ve aile işlevlerinin karşılaştırmalı bir şekilde incelenmesidir.

1.2. Araştırma Soruları

1. DEHB tanısı almış çocukların ve sağlıklı çocukların annelerinin aile işlevleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. DEHB tanısı almış çocukların ve sağlıklı çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve eğitim durumu ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip midir?
4. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve ekonomik durum ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip midir?
5. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve çalışma durumu ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip midir?
6. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve psikiyatrik ilaç kullanma durumu ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip midir?
7. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve alkol-madde kullanma durumu ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip midir?

1.3. Araştırmanın Önemi

DEHB tanısı alan çocukların ailelerinin yaşadıkları kaygı ve depresyon düzeylerinin bilinmesi; ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğinin araştırılıp ortaya konulması ve bu parametrelerin nasıl değiştiğini bilmek; DEHB tanısı almış çocukların ve ailelerinin eğitiminde ve yaşam kalitesinin artırılmasında büyük kolaylık sağlayacaktır. Literatürdeki bilgilerin güncellenmesi, yeniden test edilmesi ve farklı bir örneklem olarak

Şanlıurfa örnekleminin incelenmesi açısından bu konunun alana katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.4. Araştırmanın Sayıtları

Ölçeklerde yer alan maddelerin cevaplayan kişiler tarafından doğru anlaşıldığı ve cevaplandığı varsayılmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin ölçekleri samimi olarak yanıtladıkları varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ekim 2016 ile Aralık 2016 tarihleri arasında toplanan veriler ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları, araştırmada kullanılan öz-bildirim ölçeklerine verilen cevaplar ile sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB): Dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin benzer yaş ve gelişimsel düzeydeki bireylere kıyasla daha sık ve şiddetli yaşandığı, çocukluk çağının erken başlangıçlı nörogelişimsel bir bozukluğudur. (APA, 2000).

2. Anksiyete: Yoğun korku hissine eşlik eden somatik yakınmalarla ilişkili olan, kötü bir olay yaşanacakmış endişesi içinde gerçekleşen bunalma halidir (APA, 2000).

3. Depresyon: İşlevsellikte ciddi düzeyde bozulmalara yol açan, fiziksel ve psikososyal yeti yitimine neden olan ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Mutsuzluk, fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve bunların yanı sıra değersizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleriyle karakterize olan bozukluktur (APA, 2000).

4. Aile İşlevselliği: Aile üyeleri arasındaki ilişkiyi sürdürmek ve güçlendirmek, birbirlerinin gelişimine yardımcı olmak ve bütün aile üyelerinin sağlığını korumak için aile bireyleri tarafından yapılan her türlü maddi ve manevi sorumluluklardır (Lewis, 2004).

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tarihçe

Günümüzde tanı ve tedavisi yapılabilen DEHB, uzun zamandan beri çeşitli kuram ve terimlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Bozukluğun en belirgin görünümüne 19. Yüzyılın sonlarında tıbbi literatürde “çılgın budalalar”, “yetersiz engellenme” ve “dürtüsel delilik” gibi tanımlamalar şeklinde rastlanmasına rağmen, son otuz yıla kadar açık ve net bir şekilde tanımlanamamıştır (Semerci ve Turgay, 2014).

DEHB’ye ilişkin ilk kaynak, Alman hekim Henrich Hoffman’ın hekimlik uygulamaları esnasında yazdığı “Çocukluk Dönemine İlişkin Bozukluklar” adlı eserindeki “Kıpır Kıpır Phil” şiiridir. DEHB’ye dair ilk bilgiler Henrich Hoffman tarafından 1865 yılında tanımlanmış olmasına rağmen o yıllarda gereken ilgiyi görememiştir (Thome ve Jacobs, 2004).

DEHB’ye ilişkin bilimsel ilk kaynaklar ise 1902 yılında George Still tarafından “The Lancet” isimli kitabında yayınlanmıştır. Still “Çocuklarda Anormal Fiziksel Durumlar” makalesinde, konsantrasyon güçlüğü, aşırı hareketlilik, dikkatsizlik, saldırganlık, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocukları, beyin hasarı ya da zekâ geriliğine bağlı olmayan dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlamıştır. Bu yazıda olgularını “Ahlaki Kontrol Defekti” olarak adlandıran Still, bu tip çocukların, kendilerine verilen cezaya rağmen aynı davranışları tekrarlayarak sergilediğini, bu çocuklarda büyük bir ahlaki bozukluk olduğunu iddia etmiştir. Still, organik ve sosyal faktörlerin birlikte DEHB oluşumunu etkilediğini söylemiştir (Still, 1902).

Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan letarjik ensefalit salgını sırasında, salgını geçirmiş olan çocuklardaki belirtiler Still tarafından tarif edilen davranış sorunlarına benzediği için bu bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmeye başlanmıştır. Bu yıllarda DEHB’ye ilgisi artan araştırmacılar, DEHB’yi “Minimal Beyin Hasarı” olarak tanımlamışlardır (akt:Tuğlu ve Şahin, 2010). 1930’da Lewin, zihinsel engelli bireylerde beyin zedelenmesi ile hareketlilik arasında bir bağlantı olduğunu belirtip, organik etiyojolojiyi desteklemiştir. 1947 yılında Strauss ve arkadaşları mental retardasyonu olan çocuklarda hiperaktivite, dürtüsellik ve bilişsel yetersizliği saptayarak hastalığın adını

“Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” olarak adlandırmışlardır. 1960’lı yıllarda birçok araştırmacı minimal beyin hasarı sendromu terimini eleştirerek, çocuklarda görülen davranış bozukluklarının temelinde sadece organik bozukluklar olmadığını belirtmişlerdir. Bu eleştiriler üzerine minimal beyin hasarı sendromu terimi yerine “minimal beyin disfonksiyonu” terimi kullanılmaya başlanmıştır (akt:Barkley, 1998; Şenol ve Şener, 1998; Tuğlu ve Şahin, 2010).

Bu tarihten sonra hiperaktivite, dikkat ve öğrenme sorunlarını inceleyen her araştırmacı kendi disiplinine ve yönelimine göre yeni terimler, tanımlar, kavramlar ortaya atmıştır. 1980’li yıllara kadar yapılan bilimsel araştırmalara bakıldığında DEHB’nin çocukluk çağı bozukluğu olduğu düşüncesi hâkimdi. Bu yıllarda hastalığı bilimsel olarak sınıflandırma çabaları başlamış olup, hastalık hakkında birçok bilimsel çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda DEHB’nin çocukluk döneminden başlayıp yetişkinliğe kadar sürebilen bir psikiyatrik bozukluk olduğu düşüncesi hâkim olmaya başlamıştır (Barkley, 1998; Spencer, Biederman ve Mick, 2007).

Amerikan Psikiyatrik Bozukluklar Tanı ve Sınıflandırması sistemi olan DSM-I’de yer almayan DEHB ilk olarak 1968’de DSM-II’de “Hiperkinetik Sendromu” tanısı olarak yer almıştır (APA, 1968). 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Derneği, ilk kez resmi bir tanı olarak “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” ifadesini kullanmış ve bozukluğun ana belirtileri "dikkat dağınıklığı", "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak belirtilmiştir. Amerikan Psikiyatri Derneği tanı konulması için bireyde ana belirtilerden birinin gözlemlenmesini yeterli görmüş olup, ayrıca vakaları hiperaktivite olan ve olmayan diye iki gruba ayırmıştır (APA, 1980). 1987’de DSM-III-R’de “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” terimi kullanılmaya başlanmış, tanı kriterlerinde değişiklik yapılmıştır (APA, 1987). Yapılan birçok bilimsel çalışma sonucunda dürtüsellüğün, hiperaktivite ile yüksek birliktelik gösterdiği görülmüş ve DSM-IV’te tek başına tanımlanması sonlandırılmıştır. 1994’te DSM-IV’te DEHB “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” genel başlığı altında verilmiştir. Bu grup içinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yıkıcı Davranış Bozukluğu bulunmaktadır (APA, 1994).

DSM-IV’ten farklı olarak DSM-5’te “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında yer alan DEHB’ye ilişkin yapılan en önemli değişiklik, başlama yaşı kriterinin 7 yaş öncesinden 12 yaş öncesine çekilmesi olmuştur. Ayrıca 17 yaş ve üzerindeki için aranan 6 kriter şartı da 5 kritere düşürülmüştür (APA, 2013).

2.1.2. Tanı ve Değerlendirme

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; yedi yaşından önce başlayan, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtü kontrolünde yetersizlik gibi temel belirtilerin gözlemlendiği bir bozukluktur. Çocukluk döneminin en yaygın görülen psikiyatrik bozukluğu olan DEHB, okul öncesi dönemden başlayıp, erişkinliğe kadar devam eder. Tedavi edilmediği takdirde; bireyde tıbbi, akademik, mesleki ve sosyal alanlarda sorunlara yol açar (Ercan ve Aydın, 2014).

DEHB, beynin kontrol mekanizma ve davranışlarını kontrol eden yürütücü işlevleri kapsayan, kişinin kendisi ve çevresini etkileyen nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Çakmakçı, 2012). Bir bireye DEHB tanısı konulması için; aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı ve isteklerini erteleyememe gibi temel belirtilerin, benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre çok daha sık ve şiddetli olması ve kişinin yaşamının en az bir alanını olumsuz etkilemesi gerekmektedir (Sürücü, 2016).

DEHB'nin üç temel özelliği vardır. DEHB'nin temel özelliklerinden biri olan hiperaktivite, bireyin yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayacak biçimde devamlı hareket halinde olmasıdır. Hiperaktivite; aşırı hareketlilik, huzursuzluk, uzun süre yerinde duramama, ellerin kıpır kıpır olması, aşırı konuşma, sanki bir motor tarafından sürülüyor gibi hareket etme şeklinde kendini gösterir. Temel özelliklerden ikincisi olan dikkat eksikliği; dikkatini belirli bir noktada toplayamama, yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme, verilen görev ve etkinlikleri yerine getirememeye, dersleri dinleyememe, oyuncak ve eşyaları kaybetme, unutkanlık gibi belirtilerle kendini gösterir. DEHB'nin temel özelliklerinden üçüncüsü olan dürtüsellik ise, genel olarak bireyin davranışlarını kontrol etmede güçlük çekmesi ve davranışların sonuçlarını düşünmeden hareket etmesidir. Bu ana belirti; davranışı kontrol etmede güçlük, düşünmeden hareket etme, isteklerini erteleyememe, acelecilik, sıra bekleyememe, sorulan sorulara söz verilmeden acelece cevap verme ve sakarlık gibi belirtilerle kendini gösterir. Dürtüsel birey, davranışlarının sonuçlarını düşünmeden hareket ettiği için, çoğu zaman davranışlarını kontrol etmekte zorluk çeker ve dolayısıyla kendisi ve çevresindekilere zarar verebilir (Barkley, 1998; Semerci ve Turgay, 2014; Sürücü, 2016).

DSM-5'e (APA, 2013) göre DEHB tanı ölçütleri şu şekilde ifade edilmiştir:

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

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

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

- a) Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.
- b) Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- c) Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
- d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.
- e) Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker.
- f) Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
- g) Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.
- h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
- i) Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanlıktır.

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

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

- a) Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.
- b) Çoğu kez, oturmasının beklediği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c) Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır.
- d) Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
- e) Çoğu kez, “her an hareket halindedir” gibi davranır.
- f) Çoğu kez, aşırı konuşur.
- g) Çoğu kez, sırasını bekleyemez.
- h) Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
- i) Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B- On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C- Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

D- Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E- Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (APA, 2013, s.59-60; Koroğlu, 2013, s.29-32).

DEHB üç temel belirtinin baskın olduğu durumlara göre alt tiplere ayrılır:

1. Bileşik Görünüm: DEHB'nin en sık görülen tipidir. Son altı ay içinde hem dikkat eksikliği (A1) hem de aşırı hareketliliğin ve dürtüselliğin (A2) aynı şiddette yer aldığı tiptir (APA, 2013). Kliniğe başvurularda en sık rastlanan tip olmakla birlikte diğer iki tipe oranla işlevsellikte daha çok bozulmanın gözlemlendiği tiptir. Sıklıkla erişkin yaşama kadar devam eden bu alt tip, her iki cinsiyette aynı oranda gözlenir. Bu çocuklar okul ve aile başta olmak üzere yaşamın birçok alanında güçlükler yaşarlar (Semerci ve Turgay, 2014).

2. Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Bileşik tipten sonra ikinci sırada gelir, aşırı hareket ve dürtü belirtilerinin olmamasından dolayı çoğu tanı almadan yaşamlarını sürdürürler. Bu tür çocuklarda hiperaktivite belirtileri gözlenmesine rağmen asıl sorun dikkat eksikliği ve öğrenme güçlüğüdür. Yaşamın birçok alanında olumsuzluklar yaşamalarına rağmen en büyük zorluğu dersleri algılamada güçlük çektiği ve dikkat dağınıklığı yaşadıkları okul çağında yaşarlar (Chhabildas, Pennington ve Willcutt, 2001; Sürücü, 2016).

3. Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm: Bu tipteki çocuklar hiperaktivite belirtileri nedeniyle erken tanı alırlar. Dikkat eksikliği olanlara göre daha çok tedaviye yönlendirilmektedir. Davranış sorunları daha fazla görülür. Okulda ve evde sosyal ortamlarda uyum sorunları yaşarlar. Öğrenme güçlüğü daha az yaşarlar. Erkeklerde daha sık gözlenmektedir (Castellanos, 1997; Chhabildas ve ark., 2001; Semerci ve Turgay, 2014; Sürücü, 2016).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısının konulması çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanı tarafından çeşitli değerlendirmeler sonucunda gerçekleştirilir. Uzmanlar tarafından ebeveynlerden ve öğretmenlerden elde edilen bilgilerin yanı sıra gerekli durumlarda bazı klinik testlerde kullanılarak tanı konulmaktadır (Abalı, 2015).

2.1.3. Bebeklikten Yetişkenliğe Süreç (Yaşam Boyu DEHB)

DEHB, uzun yıllar çocukluk çağı hastalığı olarak görülmüştür. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda, hastalığın yaşam boyu devam edebileceği belirlenmiştir (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy ve Hynes, 1997; Şenol ve Şener, 1998).

DEHB'ye ilişkin belirtiler, her yaş döneminde aynı olabilmekle birlikte farklı gelişim dönemlerinde farklı görüntüler sergileyebilir. DEHB tanısı alan çocuklar anne rahminde bile kıpır kıpır olabilirler. Bebeklik döneminde uykuları genellikle düzensizdir. Erken emekleme ve konuşma görülebilir. 2-3 yaşlarında öfke nöbetleri gözlenebilir (Semerci ve Turgay, 2014).

Okul öncesi dönemde ise dikkatsizlik belirtilerine oranla hiperaktivite belirtileri daha ön plandadır. Bu dönemde DEHB'li çocukların fark edilmeleri zordur (Sürücü, 2016). Çünkü bu dönemde aynı yaş grupları içerisindeki normal çocukların hareketliliği ile hiperaktif çocukların hareketliliği benzerlik gösterirler. Bu yıllarda çocuklarda gözlenen en tipik belirtiler; aşırı hareketli olma, çok konuşma, arkadaşlarıyla anlaşamama ve reddedilme, oyuncaklara zarar verme ve kurallara uymamadır (Abalı, 2015).

Okul çağı döneminde bireylerde gözlenen asıl sorun dikkat eksikliğidir. Özellikle DEHB'li çocukların dersleri iyi dinleyemedikleri, derslerden çabuk sıkıldıkları ve verilen etkinlik ile görevleri yerine getiremedikleri görülmektedir (Barkley, 1998; Ercan ve Aydın, 2014).

Ergenlik döneminde hiperaktivite belirtilerinde hızlı bir azalma gözlenir. Bu dönemde motor aktivitedeki artışlar huzursuzluk (rahatsızlık) hissi olarak devam eder, bireyde kimlik arayışı belirginleşmeye başlar. DEHB tanısı konan çocuklarda, ergenlik dönemine özgü davranışların üzerine dürtüsellik belirtileri eklenirse; kişide davranış sorunları, depresyon, madde bağımlılığı gibi durumlar görülebilir (Abalı, 2012; Barkley, 1998).

DEHB'li çocuklardaki belirtiler, erişkinlikte de devam eder. Erişkinlik döneminde DEHB'li bireylerde, dikkatsizlik ve dürtüsellik yol açtığı planlama yapamama ve organize olamama gibi bilişsel yetersizlikler daha ön plana çıkar. Ayrıca erişkinlik döneminde bireylerin sıklıkla iş değiştirdiği, organizasyonda güçlük çektikleri, arkadaşlık ilişkilerinde sorunlar olduğu ve evlilik problemleri yaşadıkları belirlenmiştir (Ercan ve Aydın, 2014; Sürücü, 2016).

2.1.4. Komorbidite

DEHB tanısı alan çocukların en az %50 ila %80'inde bir başka eş tanı olduğu düşünülmektedir. En sık rastlanan eş tanılar; karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, öğrenme ve duygudurum bozukluğudur. Bu sorunlar DEHB ile birlikte başlayabildiği gibi, özellikle tedavi edilmeyen dikkat eksikliği ve

hiperaktiviteninde bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (Biederman, 2005; Semerci ve Turgay, 2014).

DEHB’li çocuklarda davranım bozukluğu komorbiditesi sıklığı %30-50 olarak belirlenmiş olup, bu çocuklarda DEHB belirtilerinin ve davranış sorunlarının daha yoğun yaşandığı bildirilmiştir (Biederman ve ark., 1993; Şenol ve Şener, 1998).

DEHB tanısı olan bireylerde duygudurum bozukluğu görülme sıklığının yaşla birlikte anlamlı derecede arttığı bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde depresyon riskinin, DEHB tanısı olmayanlara göre beş kat daha fazla olduğu, ayrıca bu çocukların DEHB semptomlarını ve davranış sorunlarını daha yoğun şiddette yaşadığı bildirilmiştir (Erman, Turgay, Öncü ve Urdarivic, 1999).

Başka bir çalışmada, hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin %8 oranda bipolar bozukluğu tanısı aldıkları bildirilmiştir (Luş, 2008).

DEHB tanısı alan bireylerde, alkol ve madde kullanımının DEHB olmayanlara göre daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir. DEHB tanısı alan ergenler arasında sigaraya erken yaşta başlama oranının, DEHB tanısı olmayanlara göre anlamlı oranda fazla olduğu; DEHB ve DB’nin birlikte görüldüğü bireylerin daha erken yaşlarda madde kullandığı ve daha çabuk bağımlılık geliştirdiği bildirilmiştir (Biederman ve ark., 1993; Sürücü, 2016).

DEHB tanılı çocuklarda özel öğrenme güçlüğü de yüksek oranda görülebilmektedir. Semerci ve Turgay (2014), DEHB ve özel öğrenme güçlüğü birlikteliğinin %10-40 arasında değiştiğini belirtmektedir.

Kaygı bozuklukları içinde sınıflanan obsesif-kompulsif bozukluk ve tik bozuklukları sıklıkla DEHB ile birlikte görülmektedir. Dikkat eksikliği olan çocuklarda tik bozukluğu daha az görülmesine karşın, tik bozukluğu olanlarda DEHB’nin görülme olasılığı daha fazladır. Semerci (2001), tik bozukluklarından Gilles de la Tourette Sendromunun DEHB ile birlikte görülme oranını %35 olarak saptamıştır.

2.1.5. Ayırıcı Tanı

DEHB olan çocuklara tanı koyma aşamasında birçok hastalık ve bozukluk DEHB’ye benzer belirtiler sergileyebildiğinden, ayırıcı tanı özellikle göz önünde bulundurulmalıdır. DEHB’nin; depresyon, anksiyete bozukluğu, öğrenme güçlükleri, mental retardasyon, bipolar affektif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, uyum bozuklukları, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve davranım bozuklukları gibi benzer semptomlar gösteren psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilmesi gerekir. Bunun yanı sıra görme işitme bozuklukları, çeşitli

nöbetler, akut ve kronik fiziksel hastalıklar, kafa travması, kötü beslenme ve uyku bozuklukları gibi durumlarda gelişen dikkat sorunlarından dolayı bu rahatsızlıklar DEHB ile karıştırılabilir (Kayaalp, 2008; Sürücü, 2016).

Normal çocukların okul öncesi dönemde gözlemlenen hareketliliği ile DEHB’li çocuklarda gözlemlenen hiperaktivitenin ayırt edilmesi zordur. Ayırıcı tanı için, normal çocukların hareketlilik ve dikkatsizlik belirtileri gelişim dönemine özgü olarak ortaya çıkarken, gerçek DEHB’li çocuklarda bu belirtiler süregendir ve her zaman her ortamda gözlenir. Ayrıca DEHB’li çocuklarda aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik gibi temel belirtiler çoğu zaman kavgacılık, öfke patlaması ve karşı gelme gibi davranış sorunlarıyla birlikte gözlenmektedir (Kayaalp, 2008; Şenol ve Şener, 1998).

Özel öğrenme güçlüğü ve DEHB en çok karışan durumlar arasındadır. Özel öğrenme güçlüğü olan çocuklar, akademik alanlarda zekâ yaşının altında bir başarı gösterirler. Bu çocuklar okulda dikkatsizlik, huzursuzluk ve motivasyon eksikliği gibi belirtiler yaşadıklarından dolayı bu sorunlar DEHB ile karıştırılabilir. Öğrenme ve okul başarısındaki bozukluk özgül bir alanda gözlenirken, DEHB’li çocuklarda bu belirtiler her zaman bütün alanlarda genel bir sorun olarak gözlenir (Kayaalp, 2008; Sürücü, 2016; Şenol ve Şener, 1998).

Bipolar bozukluk ve DEHB’de; dikkat eksikliği, hiperaktivite, duygudurum değişikliği ve irritabilite gibi benzer belirtiler gözlemlendiğinden bu bozukluklar birbirleriyle karıştırılabilir. Bipolar bozuklukta fikir uçuşmaları, aşırı para harcama, uygunsuz davranışlar gibi belirtilerin ergenlik döneminden itibaren başlaması ve dönemsel olması, DEHB’den ayrılması konusunda yol göstericidir. DEHB’de ise belirtiler okul öncesi dönemden itibaren başlar ve süregelen bir şekilde devam eder. Hiperaktivite ve dürtüsellik DEHB’nin her döneminde gözlenirken, bu belirtiler bipolar bozuklukta olumsuz sonuçlara yol açabilecek zevkli etkinliklerle birlikte gözlenir (Spencer, Biederman, Wilens ve Faraone, 2002; Sürücü, 2016).

Uyku bozuklukları yaşayan çocuklarda görülen problemler, gün içinde ortaya çıkan dikkat toplama güçlükleri nedeniyle DEHB ile karıştırılabilir. DEHB’den ayrılması gereken önemli bir tanı da yaşamın geç dönemlerinde ortaya çıkan uyum bozukluğudur. Uyum bozukluğunda süre genellikle altı aydan kısa olmasına karşın DEHB belirtileri daha süregendir. Absans nöbet gibi bazı epileptik nöbetler DEHB ile ortak semptomlar sergileyebildiğinden dolayı aileler tarafında DEHB ile karıştırılabilir (Kayaalp, 2008; Sürücü, 2016; Şenol ve Şener, 1998).

DEHB teşhisinde çocuklardaki anksiyete bozuklukları ve depresyonunda, aşırı hareketliliğe ve dikkatin kolay dağılmasına neden olduklarından dolayı ayırıcı tanıda akılda

tutulması gerekmektedir. Depresif belirtiler disforik duygudurum ve ilgisizliğin arttığı dönemlerde ortaya çıkması nedeniyle DEHB'den ayrılır. Dikkatsizlik DEHB'nin her döneminde görülürken, anksiyete bozukluğunda kaygının arttığı dönemde görüldüğü belirlenmiştir (Abalı, 2015; Ercan ve Aydın, 2014).

Çocukluk ve ergenlik çağında görülen KOKGB ve davranım bozukluğu, DEHB ile çok sık birliktelik göstermektedir. Ayırıcı tanıda, DEHB'li çocuklarda görülen davranış problemleri KOKGB ve davranım bozukluğuna göre daha hafif düzeydedir (Şenol ve Şener, 1998).

2.1.6. Etiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun neden kaynaklandığı konusunda çok çeşitli açıklamalar yapılmakla birlikte en çok kabul edilen görüş, DEHB'nin biyo-psikososyal patolojilerin ortak klinik görüntüsü olduğudur. DEHB oluşumunda biyolojik ve çevresel etmenler gibi temel faktörlerin büyük rol oynadığı çeşitli araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır. Bugüne kadar yapılan araştırmalar, çevresel ve psikososyal etmenlerden daha çok genetik ve nörokimyasal faktörler gibi organik nedenler üzerine yapılmıştır (Kayaalp, 2008).

2.1.6.1. Genetik Etmenler

Günümüze kadar yapılan aile, evlat edinme ve ikiz çalışmalar gibi aile üzerine yapılan çalışmalar sonucunda, DEHB'nin en önemli nedeninin genetik geçiş olduğuna ilişkin bulgular elde edilse bile genetik geçişin nasıl olduğu konusunda kesin bilgiler elde edilememiştir (Faraone ve ark., 2005).

Yapılan ailesel araştırmalar sonucunda, hastalığın yüksek oranda genetik geçiş gösterdiği, DEHB'li çocukların ebeveynlerinde DEHB'li olma riskinin 2-8 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Faraone ve ark., 2005; Faraone ve Doyle, 2000; Kayaalp, 2008; Sürücü, 2016).

DEHB etiyojisinin %80'inin genetik etkenler tarafından ortaya çıkarıldığını destekleyen anlamlı veriler ikiz çalışmaları sonucunda elde edilmiştir (Faraone ve ark., 2005; Öncü ve Şenol, 2002). ABD, Avustralya, Avrupa Birliği ve İskandinav ülkelerini kapsayan DEHB tanılı ikizler üzerinde yürütülen 20 çalışmanın sonuçları incelendiğinde, DEHB'nin kalıtsallık oranı % 76 olarak saptanmıştır (Faraone ve ark., 2005). DEHB tanılı ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde DEHB uyumluluğun %50 ile %84 arasında, çift yumurta ikizlerinde ise %30 ile %40 oranında olduğu saptanmıştır (Kayaalp, 2008). Ayrıca tek ve çift yumurta ikizlerinden birinde hiperaktivite varsa, diğer kardeşlerde

DEHB'nin görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Faraone ve ark., 2005; Kayaalp, 2008).

DEHB tanılı çocuk ve ergenler üzerine yürütülmüş olan evlat edinme çalışmaları da DEHB'nin genetik faktörlerle ilişkisini desteklemektedir. Evlat edinilen çocuklarla yapılan çalışmalar sonucunda, DEHB'li çocukların biyolojik ebeveynlerinde DEHB görülme sıklığı, DEHB'li çocukları evlat edinilmiş ebeveynlerine göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Kayaalp, 2008; Morrison ve Stewart, 1973).

Ebeveynlerin DEHB tanısını karşılama oranlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiğini destekleyen bir çalışmada, DEHB'li çocukların babalarının DEHB olma oranı %25 civarı iken, annelerde bu oran %15 civarı bulunmuştur (Akgün, Tufan, Yurteri ve Erdoğan, 2011).

DEHB'nin etiolojisinde bozukluğa yol açan genler üzerinde durulmakta ve sorumlu olabilecek bir gen bulma çalışmaları sürmektedir. DEHB oluşumunda tek bir genin etkisinin olmadığı, birden fazla genetik etkenin kalıtsal sorumlulukta rolü olduğu düşünülmektedir. Kromozomların sayı ya da yapısındaki anormalliklerin DEHB gibi erken başlangıçlı çocukluk çağı bozuklarına da yol açtığı düşünülmektedir (Semerci ve Turgay, 2014; Tuğlu ve Şahin, 2010).

DEHB oluşumu için sorumlu aday genin saptanmasına yönelik yapılan araştırmalar sonucunda; DAT1, DRD1, DRD3, DRD4, DRD5, SNAP 25 genlerinin DEHB oluşumunda büyük rol oynadığı düşünülmektedir. Bu genler arasında üzerinde en çok çalışılan ve olumlu bulguların elde edildiği genler, DRD4 ve DAT1 genleridir (Faraone, Doyle, Mick ve Biederman, 2001; Spencer ve ark., 2002; Sürücü, 2016). Faraone ve arkadaşlarının (2001), 14 aile üzerinde yaptığı meta analiz çalışmaya göre DRD4 geninin yedi tekrar alelini taşıyan bireylerde DEHB görülme olasılığının olmayanlara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ancak henüz bu genlerin DEHB oluşumu üzerinde ne kadar etkisi olduğu konusunda kesin bir şey söylemek mümkün değildir (Öncü ve Şenol, 2002).

Bazı araştırmalarda ise DEHB belirtileri oluşumuna beynin bazı bölgelerindeki genlerin mutasyonunun neden olabileceği öne sürülmüştür. 3. kromozomdaki tiroid reseptör genindeki bir mutasyon sonucunda insan vücudunda tiroid hormonuna karşı direnç geliştiği saptanmış olup, bu genin DEHB ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Hauser ve ark., 1993; Mixson ve ark., 1992).

2.1.6.2. Beyin Görüntüleme Teknikleri

Yapılan görüntüleme çalışmalarında DEHB tanısı alan bireylerde, sağlıklı bireylere göre beyin bazı bölgelerindeki yapısal ve işlevsel fonksiyonlarda farklılık olduğuna dair bulgular saptanmıştır. Yapılan birden fazla çalışma sonucunda, beyin çeşitli bölgelerindeki dikkat ve davranışlarla ilgili işlevleri düzenleyen bölümlerde hacimsel ve işlevsel düzeylerde azalma olabileceğine işaret eden bulgular elde edilmiştir (Castellanos ve ark., 1996; Öncü ve Şenol, 2002).

DEHB’li bireylerde beyin dikkat ile ilgili olan corpus callosumun splenium bölgesinin hacimsel olarak normalden küçük olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra SPECT (Tek Foton Emisyon Tomografisi) çekimleri sonucunda beyin ön bölgesi ve prefrontal kortekste kan akımında azalma olduğu saptanmıştır. Dikkat çeken bir başka bulgu ise DEHB tanısı almış olan bireylerin, sağlıklı kontrol grubu olan bireylere göre beyin frontal bölgesinde glikoz kullanımlarının daha düşük seviyede olmasıdır. Bu çalışmayı kanıtlayan başka bir bulgu ise, PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) çekimleri sonucunda elde edilmiştir. PET çekimleri sonucunda DEHB tanısı alan bireylerin stimulan ilaçlar kullandıklarında daha çok glikozu tükettikleri ve problem çözme başarılarının arttığı saptanmıştır (Cantwell, 1996; Castellanos ve ark., 1996; Castellanos, 1997; Öncü ve Şenol, 2002; Semerci ve Turgay, 2014).

DEHB oluşumunda beyin yapısal ve işlevsel bozukluğunun yanı sıra hücreler arası iletişimi sağlayan nörotransmitter azlığının da etkisi olduğu belirlenmiştir. Nörofizyolojik ve nöropsikolojik çalışmalar sonucunda, dopamin ve noradrenalin gibi kimyasal ileticilerin normalden daha az olduğu saptanmış olup, bu durumun DEHB’li bireylerde işlevsel bozukluk meydana getirdiği bilinmektedir (Castellanos ve ark., 1996; Tuğlu ve Şahin, 2010).

2.1.6.3. Çevresel ve Psikososyal Faktörler

DEHB’nin kalıtsal ve biyolojik bir sorundan kaynaklandığı düşünüldüğünden günümüze kadar daha çok genetik geçişlilik üzerine çalışmalar yapılmıştır. Genetik geçişlilik üzerine çok fazla odaklanılmasından dolayı çevresel etmenler ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlemlenmektedir.

DEHB’ye neden olduğu düşünülen çeşitli çevresel etmenler vardır. Bu etmenlerin tek başına DEHB’ye neden olmadığı, daha çok genetik yatkınlığı olan bireylerde DEHB oluşma riskini hazırlayıcı ve hızlandırıcı etkileri olduğu düşünülmektedir. Bu etmenler arasında annenin doğum öncesi dönemde sigara ya da alkol kullanımı ve bu dönemde aşırı stres

yaşaması gösterilebilir. Ayrıca doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlar ve doğum sonrası geçirilen çeşitli hastalıklar gibi faktörlerin de DEHB oluşumunu etkilediğine dair sınırlı sayıda kanıtlar bulunmaktadır (Spencer ve ark., 2002; Öncü ve Şenol, 2002; Tuğlu ve Şahin, 2010).

Aşırı şeker tüketimine ya da alerjiye neden olabilen bazı boya ve gıda maddelerinin DEHB belirtilerine neden olduğu düşünülse de, bu görüşü destekleyen sınırlı sayıda çalışma olduğundan bu görüş geçerli bir hipotez olarak kabul görmemektedir (Sürücü, 2016; Şenol ve Şener, 1998).

Olumsuz anne-baba tutumları gibi psikososyal faktörlerin DEHB oluşumunu etkileyip etkilemediği konusunda çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak yapılan çalışmalarda psikososyal etmenlerin DEHB'nin birinci nedeni olmasından daha çok, DEHB belirtilerinin şiddetinde ve eşlik eden psikiyatrik tanılarının görülmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Özellikle çevresel etmenlerin DEHB alt tiplerindeki farklılığı etkilediği düşünülmektedir (Sürücü, 2016).

2.1.7. Epidemiyoloji

DEHB, çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluk olmasına rağmen, görülme sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. Sıklıkla ilgili kesin bir görüş birliğinin çıkmamasının nedeni, her araştırmacının yapmış olduğu araştırmalarda farklı yöntem kullanması, örneklemin niteliği ve farklı tanı koyma ölçütlerinin kullanılmasıdır (Sürücü, 2016).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DEHB'nin okul çağı çocukları arasındaki sıklığı %3-%7 olarak bildirilmiştir (APA, 2000; Barkley, 1998). DEHB'nin yaygınlığı konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında daha çok çocuk olgular üzerine yoğunlaştığı, ergen ve erişkin olgular üzerinde ise sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir (Biederman, 2005). Yapılan geniş çaplı gözden geçirme araştırmasında, DEHB ile ilgili dünya genelinde yazılan 303 makaledeki verilere bakılarak, DEHB'nin genel toplumdaki oranı %5 olarak bulunmuştur (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman ve Rohde, 2007).

Türkiye'de görülme sıklığı ile ilgili geniş çaplı çalışmalar yok denilecek kadar azdır. Ülkemizde de, Motavallı'nın (1994) yaptığı çalışmada kentsel kesimde okul çağı çocuklarında DEHB'nin yaygınlığı %5 olarak bulunmuştur. Başka bir araştırma ise, Türkiye'de üniversite öğrencilerinde DEHB belirtilerinin görülme sıklığı üzerine yapılmıştır. Araştırma sonunda DEHB'nin sıklığı %2.6 olarak bulunmuştur (Doğan, Öncü, Varol-Saraçoğlu ve Küçükgöncü, 2008).

En fazla okul çağında görülen bu bozukluğun görülme sıklığı, cinsiyet açısından farklılık göstermektedir. Yapılan birçok araştırma sonucunda DEHB'nin erkeklerde kızlardan 2-6 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Sürücü, 2016). Klinik temelli çalışmalarla toplum temelli çalışmalar arasında bazı farklılıklar bulunmakla beraber, epidemiyolojik örneklerde erkek/kız oranı 4/1; klinik örneklerde erkek/kız oranı ise 10/1 olarak bulunmuştur (Gaub ve Carlson, 1997). Bazı araştırmalar sonucunda ise erkekler ile kızlar arasındaki görülme farkının bu kadar fazla olmadığı, birbirine yakın olduğunu belirtilmiştir. Bu farkın nedeni olarak, erkeklerde daha çok görülen hiperaktivitenin ve dürtüselliğin daha erken fark edilmesi, kızlarda daha çok görülen dikkat eksikliğinin fark edilmesinin zor ve geç olması, ayrıca kız çocuklarının psikiyatri servisine daha az getirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Sürücü, 2016).

DSM-5'te DEHB'nin üç alt tipinin olduğundan söz edilmektedir (APA, 2013). DEHB alt tiplerinin yaygınlığına ilişkin bilimsel çalışmalara bakıldığında zaman, okul öncesi dönemde aşırı hareketliliğin önde olduğu tipin, ilköğretim yıllarında bileşik tipin, ilköğretimin son yılları ve lisede ise dikkat eksikliğinin önde olduğu tipin daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir (Lahey ve ark., 1994).

Ülkemizde ise DEHB alt tiplerin yaygınlığı ile ilgili 401 çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada, bileşik tipin kızlar ve erkeklerde benzer oranlarda görüldüğü ve her iki cinsiyette en sık görülen alt tip olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada kızlarda dikkat eksikliğinin önde olduğu tipin, erkeklerde ise aşırı hareketliliğin önde olduğu tipin diğer cinse göre daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir (Tahiroğlu, Avcı, Fırat ve Seydaoğlu, 2005).

2.1.8. Gidiş ve Sonlanım

DEHB'nin klinik gidişini izlemek için yapılan araştırmaların sonucunda; DEHB'li çocukların %30-%80'nin ergenlik döneminde de DEHB belirtilerini taşıdıkları, bu çocukların %30 ila %50'sinin yetişkinlikte de DEHB belirtilerini göstermeye devam ettikleri belirlenmiştir (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloyve LaPadula, 1993; Murphy ve Barkley, 1996; Sürücü, 2016).

DEHB'li bireylerde ergenlik dönemiyle birlikte davranım sorunları daha ciddi bir problem olarak ortaya çıkmaktadır. Öğrenme sorunları da sıklıkla sürmektedir (Ercan ve Aydın, 2014; Sürücü, 2016). Yapılan araştırmalara göre ergenlik dönemdeki DEHB'li çocukların normal çocuklara göre daha fazla oranda sigara içtikleri ve erken yaşta uyuşturucu

madde kullanımı ortaya çıktığı bildirilmiştir (Ercan ve Aydın, 2014; Murphy ve Barkley, 1996).

Yapılan birçok boylamsal çalışmalar sonucunda, çocukluklarında DEHB tanısı alan vakaların %30-70'inin yetişkinlik döneminde de DEHB belirtilerini taşıdıkları belirlenmiştir (Barkley, Fischer, Edelbrock ve Smallish, 1991; Murphy ve Barkley, 1996). DEHB'li olan erişkinlerin üçte birlik kısmının erişkinlik yıllarını problemsiz geçirdikleri; diğer üçte birlik kısmının bazı problemler yaşadıkları; son üçte birlik kısmının ise önemli problemlerle yaşamaya devam ettikleri belirlenmiştir (Cantwell, 1996; Şenol ve Şener, 1998). DEHB'li erişkinlerin sık iş değiştirdiği, evlilik ve ilişki problemleri yaşadıkları bildirilmiştir (Abalı, 2015; Sürücü, 2016).

Psikiyatrik komorbidite yokluğu, dürtüsellüğün az bulunması, entelektüel kapasitenin iyi olması ve öğrenme güçlüklerinin az olması gibi durumların DEHB'de prognoz üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır. Madde kötüye kullanımı, duygudurum değişiklikleri, psikiyatrik komorbidite olması DEHB için kötü gidişi gösteren risk faktörleridir (Abalı, 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.1.9. Tedavi

DEHB tedavisinde ilk seçenek ilaç tedavisi kabul edilmekle birlikte, tedavide kullanabilecek çok sayıda alternatif yöntemler vardır. DEHB tedavisinde ilaç tedavisiyle beraber bilişsel davranışçı yöntemler, bireysel terapiler ve ebeveyn eğitimi en sık kullanılan tedavi yöntemleridir (Sürücü, 2016).

Günümüzde biyolojik temelli olduğu yönünde fikir birliğine ulaşılan DEHB'nin ilaç tedavisi, tedavide ilk basamak olarak önerilmektedir. DEHB'nin farmakolojik tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar uyarıcılar olarak bilinen psikostimülan grubu ilaçlardır (Biederman, 2005; Brown ve ark., 2005; Spencer ve ark., 2002; Sürücü, 2016).

Metilfenidat (MPH) ve amfetamin içeren stimülan grubu olan bu ilaçların, DEHB'li çocukların yaklaşık üçte ikisinde DEHB belirtilerini anlamlı ölçüde azalttığı belirlenmiştir (Weis ve Murray, 2002). Metilfenidatın özellikle beynin frontal bölgesinde presinaptik nöronda dopamin ve norepinefrin geri alımını engelleyerek ve sinaptik bölgede monoamin miktarını arttırarak etki ettiği düşünülmektedir. DEHB tedavisinde ilk tercih olan MPH'nin, yavaş salınımlı OROS metilfenidat (Concerta) ve hızlı salınımlı metilfenidat (Ritalin) kapsül şeklinde iki formu bulunmaktadır. Ritalin'in etki mekanizması dört saat civarı iken, Concerta'nın etki süresi 10-12 saat sürer ve çarpıntı, uykusuzluk, iştah azalması, kilo kaybı ve

sersemlik gibi yan etkileri gözlenir (Biederman, 2005; Kayaalp, 2008; Wender, Reimherr, Wood ve Ward, 1985; Yıldız, Ağaoğlu, Karakaya, Şişmanlar ve Memik, 2010).

Diğer bir stimulan grubu olan amfetaminler, metilfenidat gibi DEHB tedavisinde yaygın olarak kullanılmasına rağmen ülkemizde satışı bulunmamaktadır. Amfetaminlerin etki mekanizması, presinaptik nöronadopamin ve norepinefrin salınımını sağlayarak sinaptik bölgede monoamin miktarını arttırması şeklindedir (Cortese, 2012; Sürücü, 2016).

DEHB'li olan çocuk ve ergenlerin tedavisinde stimulanlardan sonra seçilebilecek diğer bir seçenek ise atomoksetindir. FDA tarafından onaylanmış bir noradrenalin geri alım inhibitörü olan atomoksetin, stimulanlara göre daha az etkiye sahip olmasına karşın, maddeyi kötü kullanımına neden olmaması ve ailenin stimulan kullanımına karşı olduğu olgularda ilk tercih olarak kullanılabilir (Ercan, Çetin, Mukaddes ve Yazgan, 2009; Grenhill, 2001; Pliszka, 2003; Spencer ve ark., 2002).

Stimulanların gerek bazı olguların tedavisinde etkisiz kalması ve gerekse yan etkilerinden dolayı, DEHB tedavisinde psikostimulan olmayan tedavi seçeneklerine de yer verilmektedir. Bunlar arasında desipramin, bupropion, venlafaksin, imipramin, klorpromazin ve risperidon gibi antidepresan ve antipsikotik grubu ilaçlarda DEHB tedavisinde ikinci basamak olarak kullanılmaktadır (Biederman, 2005; Kayaalp, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Wilens ve ark., 2003).

DEHB ile birlikte davranış bozukluğu olan çocuklarda, stimulanlara yanıt alınmadığında tek başına veya stimulanlarla birlikte bir antipsikotik olan risperidon kullanılabilir. Risperidonun dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve dikkat sorunları üzerinde etkinliği tespit edilmiştir. Tedavide diğer bir seçenek olarak kullanılan imipramin ve desipramin gibi trisiklik antidepresanlar, DEHB birlikte görülen anksiyete, depresyon ve tik bozukluğunda stimulanlarla kombine veya tek başına kullanılabilir (Pliszka, 2003; Semerci ve Turgay, 2014).

DEHB'nin takip ve tedavisinde ilaç ve davranışçı müdahaleyi birleştiren multisistem yaklaşım modelleri en etkili yöntemler olarak bulunmuştur. Çoklu tedaviden kasıt kişiye en uygun tedavi programının belirlenmesidir. Birçok araştırmada ilaç tedavisinin tek başına da en etkili yöntem olduğu bildirilmiştir. DEHB tedavisinde en etkin tedavi seçeneğinin hangisi olduğu konusunda birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların en kapsamlı olanı MTA çalışmasıdır. Sadece planlama aşaması beş yıl süren araştırmada, 14 ay boyunca takip edilen, yaşları 7 ila 10 arasında değişen 579 çocuğun yer aldığı araştırmada, DEHB tanısı alan çocuklarda dört tedavi seçeneği karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçları yorumlandığında,

DEHB'nin en etkin tedavi yönteminin ilaç+davranışçı tedavi kombinasyonu veya sadece ilaç tedavisi olduğu; ilaç tedavisi ile ilaç+davranış tedavileri kombinasyonu arasında anlamlı fark olmadığı ortaya çıkmıştır. Bir anlamda ilaç tedavisi ve davranışsal tedaviler birlikte yürütüldüğünde, tek başına ilaç tedavisinden veya tek başına davranışsal tedavilerden anlamlı bir şekilde daha iyi olmadığı görülmüştür. Diğer bir sonuç ise ilaç tedavisinin tek başına davranışsal tedavilere göre, DEHB belirtilerini azalttığı görülmüştür (Brown ve ark., 2005; MTA, 1999; Semerci ve Turgay, 2014).

Ülkemizde MTA çalışmasının benzeri Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğinde Eyüp Sabri ERCAN ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada DEHB olan 83 çocuk iki gruba ayrılmış, gruplardan birisine ilaç tedavisi diğerine ise ilaç ve anne baba eğitimi kombinasyonunda oluşan tedavi programı verilerek iki tedavi programı değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda yalnızca ilaç tedavisi alan grupla, ilaç tedavisine ek olarak ebeveyn eğitimi alan grup arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür (Ercan, Varan ve Deniz, 2005).

Tedavide diğer bir basamak olan bireysel psikoterapi ise DEHB'li çocuk ve ergenlerde görülen duygudurum bozukluklarının tedavisine yöneliktir. Bireysel psikoterapi ile bireyde görülen düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete ve uyum bozukluklarını tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Şenol ve Şener, 1998).

2.2. DEHB'li Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşadıkları Psikiyatrik Sorunlar

DEHB'li çocuklar; okul yaşantısı, arkadaş ilişkileri ve aile içi iletişimleri başta olmak üzere yaşamın birçok alanında zorluk yaşarlar. DEHB'li bir çocuğun annesi olmak, normal gelişim gösteren çocukların annelerine göre daha fazla sabır, enerji ve başa çıkma becerileri isteyen bir durumdur. Çünkü çocuğun davranışlarını kontrol etmede zorlanan anneler, ebeveynlik görevlerini yerine getirirken daha fazla stres faktörlerine maruz kalmaktadırlar. Artan stres karşısında kendilerini yetersiz ve çaresiz hissedilen anneler, daha fazla oranda duygusal ve davranışsal sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunların başta depresyon olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğa neden olduğu bildirilmektedir (Brown ve Pacini, 1989; Durukan ve ark., 2008; Norvilitis ve ark., 2002).

Yapılan araştırmalarda DEHB tanısı almış çocuğu olan annelerin, normal gelişim gösteren sağlıklı çocukların annelerine göre daha çok kişilerarası çatışmalar ve psikolojik sorunlar yaşadıkları, anne-babalık rollerinde yetersiz hissettikleri belirtilmiştir. Ayrıca DEHB'li çocukların ebeveynlerinin daha fazla psikiyatrik tedavi aldıkları ve daha fazla

miktarda psikiyatrik ilaç kullandıkları bildirilmiştir (Fischer, 1990; Johnston, 1996; Mash ve Johnston, 1983).

Birçok araştırmada, DEHB tanısı almış çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri, normal gelişimi olan sağlıklı çocukların annelerinden daha yüksek bulunmuştur (Befare ve Barkley, 1985; Durukan ve ark., 2008; Gerdes ve ark., 2007). Ayrıca DEHB'li çocukların aile üyelerinde anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve alkol kullanımının daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Biederman ve ark, 1991; Biederman ve ark., 1992; Chronis ve ark., 2003).

Yapılan birçok araştırmada DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin özgüvenlerinin azaldığı, evlilik sorunlarını daha çok yaşadıkları belirtilmiştir. Ayrıca DEHB'li çocukların ailelerinin daha düşük düzeyde evlilik doyumlarının olduğu ve normal çocukları olan ailelere göre daha fazla çatışma yaşadıkları belirlenmiştir (Abalı, 2015; Befare ve Barkley, 1985; Gökçen, Özatalay ve Fettahoğlu, 2011).

Ülkemizde Güçlü ve Erkıran (2005) tarafından gerçekteştirilen ve DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin DEHB ile ilişkisi olmayan çocukların ebeveynleri ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinde obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (%19.19), borderline kişilik bozukluğu (%1.8) ve antisosyal kişilik bozukluğu (%8.1) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde; DEHB'li çocukların ebeveynlerinin, normal gelişim gösteren sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre daha çok alkol kullanımına sahip olduğu belirlenmiştir. (Chronis ve ark., 2003; Güçlü ve Erkıran, 2004). Ayrıca alkol bağımlısı olan bireylerin çocuklarında DEHB'nin daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Lahey ve arkadaşların (1988) yaptığı bir diğer çalışmada ise DEHB'li çocukların babalarında cezaevine girme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırma Deseni

Bu araştırma ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuğa sahip annelerin ve DEHB tanısı almamış sağlıklı çocuklara sahip annelerin depresyon, kaygı düzeyi ve aile işlevlerinin değerlendirilerek karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu yönüyle bu çalışma nedensel-karşılaştırmalı desende gerçekleştirilmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni, Şanlıurfa ilinde yaşayan DEHB'li çocuğa sahip annelerdir. Araştırmanın örneklemini Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı alan, 6-16 yaşları arasında çocuğa sahip ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 180 anneden oluşmaktadır. Bununla birlikte verilerin dağılımı incelendiğinde uç değerlerde yer alan 17 katılımcı analizlere dâhil edilmemiş geriye kalan 163 katılımcının verileri ile analize devam edilmiştir. Kontrol grubu ise yine Şanlıurfa ilinde yaşayan 6-16 yaş arası herhangi bir tıbbi veya nöropsikiyatrik hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş normal gelişim gösteren çocuğa sahip ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 180 anneden oluşmaktadır. Benzer şekilde bu grupta da dağılımın normallliğini bozan ve uç değerlerde yer alan 19 katılımcının verileri analizlere dâhil edilmemiş, 161 kişinin verisi ile analizlere devam edilmiştir. Hem DEHB tanısı almış çocukların anneleri hem de DEHB tanısı almamış sağlıklı çocukların anneleri amaçlı ve uygun örnekleme tekniği ile seçilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan annelere; Sosyo-demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmanın amacına dönük olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olan, çalışmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerini, klinik tanı sürecini, ruhsal gelişim ve muayene bilgilerini değerlendiren ayrıntılı görüşme formudur. Kişisel Bilgi Formu Ek-1'de sunulmuştur.

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyon yönünden riski ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen ve 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuş, yarıya bölme güvenilirliğinde $r=0.74$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği için faktör analizi uygulanmış ve altı faktör elde edilmiştir. Bunların dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar, dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır. Her madde 0-3 arası puan alan dört seçenekten oluşmakta, alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların toplamı cevaplayıcının depresyon düzeyi hakkında bilgi vermekte, puan yükseldikçe depresif belirti düzeyinin arttığı düşünülmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (Hisli, 1989). Beck Depresyon Ölçeği Ek-3'te verilmiştir.

3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin düzey ve şiddetini ölçmek için kullanılan, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen dörtlü Likert tipi bir ölçektir. 21 maddeden oluşmaktadır ve hafif formdan şiddetli forma göre maddeler sıralanmıştır. Ölçekte her madde 0-3 arası puan alır, ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93, test-tekrar test güvenilirliği 0.75 olarak bulunmuştur. Madde-toplam korelasyon katsayılarının 0.45 ile 0.72 arasında değiştiği saptanmıştır. Beck Anksiyete Envanteri'nin geçerlik çalışmasına yönelik yapılan çalışmada ise ölçeğin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile 0.46, Beck Umutsuzluk Envanteri ile 0.34, Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-T) ile 0.53, Otomatik Düşünceler Ölçeği ile 0.41 ve Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-S) ile 0.45 düzeyinde korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Beck Anksiyete Envanteri'nin yapı geçerliği çalışmasında ise ölçeğin anksiyeteli grubu, diğer tanı gruplarından anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin "sübjektif anksiyete" ve "somatik belirtiler" olmak üzere iki faktörden oluştuğu saptanmıştır (Ulusoy, Şahin ve Erkıran, 1998). Beck Anksiyete Ölçeği Ek-2'de verilmiştir.

3.3.4. Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ)

ADÖ, ailenin işlevlerini hangi alanlarda yerine getirip getiremediği konusunda aile üyelerin algılarına göre değerlendirmeyi sağlayan ve sorun alanlarını ortaya çıkarmak amacıyla 1983 yılında Epstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Bulut ve arkadaşları tarafından 1990 yılında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach-alfa katsayısı alt ölçekler bazında 0.36 ile 0.86 arasında değişmektedir. Ölçeğin geçerlilik çalışması yapı ve uyum geçerliliği ile sınanmıştır. Yapı geçerliği, yirmi beş boşanma sürecinde olan kadın ve erkeğe, yirmi beş normal evliliklerini sürdüren çiftlerden birine uygulama yapılarak incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin, denek ve kontrol gruplarını manidar düzeyde ayırt ettiği saptanmıştır. Ölçeğin uyum geçerliliğini değerlendirmek amacıyla ADÖ ölçeği, yirmi beş evli çiftte Evlilik Yaşam Ölçeği ile birlikte uygulanmıştır. Evlilik Yaşam Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeğinin sadece Genel Fonksiyon alt ölçeği ile karşılaştırılmış olup, korelasyon katsayısı (Pearson-momentler çarpımı) 0.66 olarak bulunmuştur.

On iki yaşın üzerindeki tüm bireylere uygulanan ve toplam 60 maddeden oluşan ölçeğin yedi alt ölçeği vardır. Bunlar: Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevleri içermektedir. Seçenekler aynen katılıyorum, büyük ölçüde katılıyorum, biraz katılıyorum, hiç katılmıyorum şeklinde dört grupta toplanmıştır. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişmektedir. Bireylerden testi doldururken ailelerini ne kadar tanımladığına göre en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Her bir ölçek puanındaki artma işlevsellikteki bozulmayı gösterir. Genel olarak 2.00'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğu kabul edilmektedir.

İletişim; aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde tanımlanmaktadır. Roller; ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Duygusal tepki verebilme; aile üyelerinin her türlü uyarana karşı en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Gereken ilgiyi gösterebilme; aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. Davranış kontrolü; ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Genel fonksiyonlar; diğer altı ölçekte ifade edilen konuları kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır (Bulut, 1990;1993). Aile Değerlendirme Ölçeği Ek-4'te verilmiştir.

3.4. İşlem

Çalışma için öncelikle Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Onayı alınmıştır. Daha sonra ise Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alınmıştır. Veri toplama işlemi Ekim – Aralık 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan katılımcılar, çalışmanın amacı konusunda bilgilendirilip onam formu imzalatılarak rızaları alınmıştır. Veri toplamadan önce katılımcılara verecekleri cevapların gizli kalacağı, içten ve samimi olmalarının ve doğru bilgi vermelerinin doğru sonuçlara ulaşılması için önemli olduğu açıklanarak, ölçeklerin içtenliklere doldurulması istenmiştir. Daha sonra katılımcılara sırasıyla Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon ölçeği, Beck Anksiyete ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği verilerek doldurulması istenmiştir.

Ölçeklerin uygulanması katılımcılarla birebir olarak yapılmıştır. Bir katılımcının testleri cevaplama süresi 20-25 dakika arası sürmüştür. Ölçeklerin yarıya yakın kısmı araştırmayı yapan kişi tarafından, geriye kalan kısmı hastanedeki diğer psikologlar tarafından yapılmıştır. Ölçekler eğitim durumu lise ve üstü olanlar tarafından kendi kendilerine doldurulurken, daha düşük eğitim seviyesindeki katılımcılara araştırmacı tarafından okunup katılımcının cevabı ölçeklere işaretleme yoluyla yapılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmanın verileri SPSS 20 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veri setinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelenmiştir. Bu değerlerin -2.00 ile +2.00 arasında olduğu görülmüştür. Dolayısıyla verilerin normallik varsayımını karşıladığına karar verilmiştir. Betimsel istatistiklerin (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde) yanı sıra sürekli verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. İki bağımsız değişkenin ortak etkileşiminin bağımlı değişken üzerindeki etkisini ve bağımlı değişken açısından farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla iki faktörlü (yönlü) ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık, $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

DÖRTDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmanın örneklemini oluşturan DEHB tanısı almış çocuğa sahip 163 anne ile DEHB tanısı almamış çocuğa sahip 161 annenin medeni durum, eğitim durum, ekonomik durum, annenin çalışıp çalışmama durumu, sürekli ilaç kullanımı gerektiren rahatsızlığa sahip olma, psikiyatrik ilaç kullanma durumu, daha önce psikiyatrik tedavi görme, alkol ve madde kullanımının varlığı ve ailede psikiyatrik tanı alma durumuna ilişkin tanımlayıcı bilgilerin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

DEHB tanısı almış çocuklara sahip annelerin yaş aralığı 24-63 olup, bu kadınların yaş ortalamasının 39.33 ± 7.46 olduğu görüldü. Bu annelerin DEHB tanısı almış çocuklarının yaş ortalamasının ise 9.14 ± 2.39 olduğu görüldü. DEHB tanısı alan çocukların annelerin medeni durumuna bakıldığında; 144’ü (%88.3) evli ve 19’u (%11.7) ise ayrı veya eşi vefat etmişti.

Eğitim durumuna baktığımız zaman; 89’u (%54.6) ilköğretim mezunu, 54’ü (%33.1) lise mezunu, 20’si (%12.3) ise üniversite mezunu idi. Ekonomik durumlarına baktığımız zaman; 67’si (%41.1) kötü, 56’sı (%34.4) orta, 34’ü (%20.9) iyi ve 6’sı (%3.7) ise çok iyi aylık gelire sahipti.

Bu annelerden 47’si (%28.8) herhangi bir işte çalışıyor iken, 116’sı (%68.9) ise herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Ayrıca 37 kişi (%22.7) sürekli ilaç kullanımı gerektiren herhangi bir rahatsızlığa sahip iken, 126 kişi (%77.3) ise sürekli ilaç kullanımı gerektiren herhangi bir rahatsızlığa sahip değildi.

Bu annelerin 23’ünde (%14.1) psikiyatrik tedavi geçmişi varken, 140’ında (%85.9) psikiyatrik tedavi geçmişi yoktu ve 20’si (%12.3) hali hazırda herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyordu, 143’ü (%87.7) ise herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmıyordu. Ayrıca 11’inin (%6.7) ailesinde psikiyatrik tanı alan birileri varken, 152’sininin (%93.3) ailesinde psikiyatrik tanı almış biri yoktu.

Bu annelerin 15’i (%9.2) alkol veya madde kullanırken, 148’inde (%90.8) alkol veya madde kullanımı yoktu.

DEHB tanısı almamış sağlıklı çocuklara sahip annelerin yaş aralığı 26-56 olup, bu kadınların yaş ortalamasının 36.52 ± 6.14 olduğu görüldü. Bu annelerin DEHB tanısı almış çocuklarının yaş ortalamasının ise 8.76 ± 2.23 olduğu görüldü. DEHB tanısı almayan çocukların annelerin medeni durumuna bakıldığında; 153'ü (%95.0) evli, 8'i (%5.0) ise ayrı yaşıyor veya eşi vefat etmiş idi.

Eğitim durumuna baktığımız zaman; 58'i (%36.0) ilköğretim mezunu, 70'i (%43.5) lise mezunu, 33'ü (%16.7) ise üniversite mezunu idi. Ekonomik durumlarına baktığımız zaman; 52'si (%32.3) kötü, 65'i (%40.4) orta, 27'si (%16.8) iyi ve 17'si (%10.6) ise çok iyi aylık gelire sahipti.

Bu annelerden 36'sı (%22.4) herhangi bir işte çalışırken, 125'i (%77.6) ise herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Ayrıca 27 kişi (%16.8) sürekli ilaç kullanımı gerektiren herhangi bir rahatsızlığa sahipken, 134 kişi (%83.2) ise sürekli ilaç kullanımı gerektiren herhangi bir rahatsızlığa sahip değildi.

Bu annelerin 17'sinde (%10.6) psikiyatrik tedavi geçmişi varken, 144'ünde (%89.4) psikiyatrik tedavi geçmişi yoktu. 9'u (%5.6) hali hazırda herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanırken, 152'si (%94.4) herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmıyordu. Ayrıca 7'sinin (%4.3) ailesinde psikiyatrik tanı alan birileri varken, 154'ünün (%95.7) ailesinde psikiyatrik tanı almış biri yoktu.

Bu annelerin 8'i (%5.0) alkol veya madde kullanırken, 153'ünde (%95.0) alkol veya madde kullanımı yoktu.

Tablo 1. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerine İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

| | | DEHB (n=163) | | Sağlıklı (n=161) | |
|-------------------------------------|------------|-----------------|------|---------------------|------|
| Yaş | | 39.33±7.46 | | 36.52±6.14 | |
| Çocuğun Yaşı | | 9.14±2.39 | | 8.76±2.23 | |
| | | n | % | n | % |
| Medeni Durum | Evli | 144 | 88.3 | 153 | 95.0 |
| | Ayrı-Vefat | 19 | 11.7 | 8 | 5.0 |
| Eğitim Durumu | İlköğretim | 89 | 54.6 | 58 | 36.0 |
| | Lise | 54 | 33.1 | 70 | 43.5 |
| | Üniversite | 20 | 12.3 | 33 | 20.5 |
| Ekonomik Durum | Kötü | 67 | 41.1 | 52 | 32.3 |
| | Orta | 56 | 34.4 | 65 | 40.4 |
| | İyi | 34 | 20.9 | 27 | 16.8 |
| | Çok iyi | 6 | 3.7 | 17 | 10.6 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 47 | 28.8 | 36 | 22.4 |
| | Çalışmıyor | 116 | 71.2 | 125 | 77.6 |
| Sürekli İlaç Gerektiren Rahatsızlık | Evet | 37 | 22.7 | 27 | 16.8 |
| | Hayır | 126 | 77.3 | 134 | 83.2 |
| Psikiyatrik İlaç Kullanımı | Evet | 20 | 12.3 | 9 | 5.6 |
| | Hayır | 143 | 87.7 | 152 | 94.4 |
| Psikiyatrik Tedavi | Evet | 20 | 12.3 | 17 | 10.6 |
| | Hayır | 143 | 87.7 | 144 | 89.4 |
| Alkol ve Madde Kullanımı | Evet | 15 | 9.2 | 8 | 5.0 |
| | Hayır | 148 | 90.8 | 153 | 95.0 |
| Ailede Psikiyatrik Tanı | Evet | 11 | 6.7 | 7 | 4.3 |
| | Hayır | 152 | 93.3 | 154 | 95.7 |

4.2. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Aile İşlevleri Arasında Anlamlı Bir Fark Var Mıdır?

DEHB tanısı almış olan çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri arasında Aile Davranış Ölçeği puanlarını karşılaştırmak için Ki-kare testi yapıldı. Yapılan Ki-kare testi sonuçları Tablo 2’de gösterilmiştir.

“Problem Çözme” aile işlevi, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerden 148’inde (%90.8) sağlıksızken, sağlıklı çocuğa sahip annelerin 2’sinde (%1.2) sağlıksız bulunmuştur. Yapılan istatistik testin sonuçlarına göre DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri arasında “Problem Çözme” aile işlevi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)} = 261.277, p=0.000$].

“İletişim” aile işlevi, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin 154’ünde (%94.5) sağlıksızken, sağlıklı çocuğa sahip annelerin 6’sında (%3.7) sağlıksız bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri arasında “iletişim” aile işlevi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)} = 266.873, p=0.000$].

“Roller” aile işlevi, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin 155’inde (%95.1) sağlıksızken, sağlıklı çocuğa sahip annelerin 5’inde (%3.1) sağlıksız bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri arasında “Roller” aile işlevi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)} = 274.184, p=0.000$].

“Duygusal Tepki Verme” aile işlevi, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin 151’inde (%92.6) sağlıksızken, sağlıklı çocuğa sahip annelerin 3’ünde (%1.9) sağlıksız bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri arasında “Duygusal Tepki Verme” aile işlevi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)} = 267.062, p=0.000$].

“Gereken İlgiyi Gösterme” aile işlevi, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin 154’ünde (%94.5) sağlıksızken, sağlıklı çocuğa sahip annelerin 51’inde (%31.7) sağlıksız bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri arasında “Gereken İlgiyi Gösterme” aile işlevi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)} = 137.467, p=0.000$].

“Davranış Kontrolü”aile işlevi, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin 150’sinde (%92.0) sağlıklıken, sağlıklı çocuğa sahip annelerin 8’inde (%5) sağlıklı bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri arasında “Davranış Kontrolü”aile işlevi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}= 245.690$, $p=0.000$].

“Genel İşlevler”aile işlevi, DEHB tanısı almış çocuğa sahip annelerin 157’sinde (%96.3) sağlıklıken, sağlıklı çocuğa sahip annelerin 4’ünde (2.8) sağlıklı bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocukların anneleri arasında “Genel İşlevler”aile işlevi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=285.279$, $p=0.000$].



Tablo 2. Aile Davranış Ölçeğinden Alınan Puanların DEHB Tanısı Almış Çocukların Anneleri ile Sağlıklı Çocuğa Sahip Anneler Arasındaki Karşılaştırması

| Aile İşlevi | Grup | Sağlıklı 1 | Sağlıksız | Toplam | χ^2 | sd | p | Φ |
|------------------------|----------------------------|----------------|----------------|---------------|----------|----|-------|--------|
| Problem Çözme | DEHB'li Çocuğa Sahip Anne | %9.2 (15) | %90.8 (148) | %100 (163) | 261.277 | 1 | 0.000 | -0.898 |
| | Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | %98.8 (159) | %1.2 (2) | %100 (161) | | | | |
| İletişim | DEHB'li Çocuğa Sahip Anne | %5.5 (9) | %94.5 (154) | %100 (163) | 266.873 | 1 | 0.000 | -0.908 |
| | Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | %96.3 (155) | %3.7 (6) | %100 (161) | | | | |
| Roller | DEHB'li Çocuğa Sahip Anne | %4.9 (8) | %95.1 (155) | %100 (163) | 274.184 | 1 | 0.000 | -0.920 |
| | Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | %96.9 (156) | %3.1 (5) | %100 (161) | | | | |
| Duygusal Tepki Verme | DEHB'li Çocuğa Sahip Anne | %7.4 (12) | %92.6 (151) | %100 (163) | 267.620 | 1 | 0.000 | -0.909 |
| | Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | %98.1 (158) | %1.9 (3) | %100 (161) | | | | |
| Gereken İlgii Gösterme | DEHB'li Çocuğa Sahip Anne | %5.5 (9) | %94.5 (154) | %100 (163) | 137.467 | 1 | 0.000 | -0.651 |
| | Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | %68.3 (110) | %31.7 (51) | %100 (161) | | | | |
| Davranış Kontrolü | DEHB'li Çocuğa Sahip Anne | %8.0 (13) | %92.0 (150) | %100 (163) | 245.690 | 1 | 0.000 | -0.871 |
| | Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | %95.0 (153) | %5.0 (8) | %100 (161) | | | | |
| Genel İşlevler | DEHB'li Çocuğa Sahip Anne | %3.7 (6) | %96.3 (157) | %100 (163) | 285.279 | 1 | 0.000 | -0.938 |
| | Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | %97.5 (157) | %2.5 (4) | %100 (161) | | | | |

4.3. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Anksiyete Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir Fark Var Mıdır?

Tablo 3. DEHB’li Çocuğu Sahip Olan ve Olmayan Annelerin Anksiyete Düzeylerinin Farkına İlişkin Bağımsız Gruplar t-testi Sonuçları

| Grup | n | \bar{x} | SS | sd | t | p | d |
|----------------------------------|-----|-----------|------|-------|------|-------|------|
| DEHB’li Çocuğa Sahip Anne | 163 | 9.99 | 7.93 | 242.6 | 8.13 | 0.000 | 0.90 |
| Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | 161 | 4.31 | 4.08 | | | | |

Tablo 3’te görüldüğü gibi DEHB’li çocuğa sahip annelerin ve sağlıklı çocuğa sahip annelerin anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(242.6)}=8.13$, $p<0.05$, $d=0.90$). DEHB’li çocuğa sahip annelerin “anksiyete” puan ortalamaları ($\bar{x}=9.99\pm 7.93$) sağlıklı çocuğa sahip annelerin “anksiyete” puan ortalamalarından ($\bar{x}=4.31\pm 4.08$) daha yüksek çıkmıştır.

4.4. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir Fark Var Mıdır?

Tablo 4. DEHB’li Çocuğu Sahip Olan ve Olmayan Annelerin Depresyon Düzeylerinin Farkına İlişkin Bağımsız Gruplar t-testi Sonuçları

| Grup | n | \bar{x} | SS | sd | t | p | d |
|----------------------------------|-----|-----------|------|-------|------|-------|------|
| DEHB’li Çocuğa Sahip Anne | 163 | 10.56 | 7.82 | 274.7 | 8.23 | 0.000 | 0.91 |
| Sağlıklı Çocuğa Sahip Anne | 161 | 4.59 | 4.96 | | | | |

Tablo 4'te görüldüğü gibi DEHB'li çocuğa sahip annelerin ve sağlıklı çocuğa sahip annelerin depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(274.7)}=8.23$, $p<0.05$, $d=0.91$). DEHB'li çocuğa sahip annelerin “depresyon” puan ortalamaları ($\bar{x}=10.56\pm 7.82$) sağlıklı çocuğa sahip annelerin “depresyon” puan ortalamalarından ($\bar{x}=4.59\pm 4.96$) daha yüksek çıkmıştır.

4.5. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Eğitim Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Anksiyete puanlarının DEHB'li çocuğa sahip olup olmama ve eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklem için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 5).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB'li çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB'li}}=9.99$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-318)}=45.11$, $p<0.05$, $\eta^2=0.124$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB'li çocuğa sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerinde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkisi vardır.

Çeşitli eğitim seviyelerine sahip annelerin anksiyete puanları karşılaştırıldığında, eğitim durumuna göre anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(2-318)}=0.20$, $p>0.05$, $\eta^2=0.001$]. Bu sonuca göre eğitim durumunun kişilerin anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü (yönlü) varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB'li çocuğa sahip olup olmama ile eğitim durumunun anksiyete puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(2-318)}=0.29$, $p>0.05$, $\eta^2=0.002$]. Buna göre annelerin DEHB'li çocuğa sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerindeki etkisi annelerin eğitim düzeyinin farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 5. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|--------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Anksiyete Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 1817.320 | 45.111* | 0.124 |
| Eğitim Durumu | 2 | 8.010 | 0.199 | 0.001 |
| Grup*Eğitim Durumu | 2 | 11.609 | 0.288 | 0.002 |
| Hata | 318 | 40.285 | | |
| * p<0.01 | | | | |

4.6. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Eğitim Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Depresyon puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklem için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 6).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB'li}}=10.56$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.59$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-318)}=50.52$, $p<0.05$, $\eta^2=0.137$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerinde anlamlı ve yüksek bir etkisi vardır.

Çeşitli eğitim seviyelerine sahip bireylerin depresyon puanları karşılaştırıldığında, eğitim durumuna göre depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(2-318)}=1.79$, $p>0.05$, $\eta^2=0.011$]. Bu sonuca göre eğitim durumunun kişilerin depresyon puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile eğitim durumunun depresyon puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(2-318)}=0.04$, $p>0.05$, $\eta^2=0.000$]. Buna göre annelerin DEHB’li çocuğa sahip olup olmama

durumunun depresyon puanları üzerindeki etkisi annelerin eğitim düzeyinin farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 6. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|--------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Depresyon Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 2169.472 | 50.518* | 0.137 |
| Eğitim Durumu | 2 | 77.048 | 1.794 | 0.011 |
| Grup*Eğitim Durumu | 2 | 1.685 | 0.039 | 0.000 |
| Hata | 318 | 42.944 | | |
| *p<0.01 | | | | |

4.7. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Ekonomik Durum Ayır Ayır ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Anksiyete puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve ekonomik duruma göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklem için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 7).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB'li}}=9.99$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-316)}=20.89$, $p<0.05$, $\eta^2=0.062$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerinde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkisi vardır.

Çeşitli ekonomik duruma sahip bireylerin anksiyete puanları karşılaştırıldığında, ekonomik duruma göre anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(3-316)}=1.17$, $p>0.05$, $\eta^2=0.011$]. Bu sonuca göre ekonomik durumun kişilerin anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile ekonomik durumun anksiyete puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(3-$

$_{316})=1.42, p>0.05, \eta^2= 0.013]$. Buna göre annelerin DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerindeki etkisi annelerin ekonomik düzeyinin farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 7. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Ekonomik Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|---------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Anksiyete Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 834.178 | 20.887* | 0.062 |
| Ekonomik Durum | 3 | 46.824 | 1.172 | 0.011 |
| Grup*Ekonomik Durum | 3 | 56.563 | 1.416 | 0.013 |
| Hata | 316 | 39.937 | | |
| *p<0.01 | | | | |

4.8. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Ekonomik Durum Ayır Ayır ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Depresyon puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve ekonomik duruma göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklem için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 8).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB'li}}=10.56$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.59$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-316)}=30.92, p<0.05, \eta^2= 0.089]$. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerinde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkisi vardır.

Çeşitli ekonomik duruma sahip bireylerin depresyon puanları karşılaştırıldığında, ekonomik duruma göre depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(3-316)}=1.36, p>0.05, \eta^2= 0.013]$. Bu sonuca göre ekonomik durumun kişilerin depresyon puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile ekonomik durumun depresyon puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(3, 316)}=0.11$, $p>0.05$, $\eta^2= 0.001$]. Buna göre annelerin DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerindeki etkisi annelerin ekonomik düzeyinin farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 8. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Ekonomik Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|---------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Depresyon Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 1335.074 | 30.921* | 0.089 |
| Ekonomik Durum | 3 | 58.732 | 1.360 | 0.013 |
| Grup*Ekonomik Durum | 3 | 4.550 | 0.105 | 0.001 |
| Hata | 316 | 43.177 | | |
| * $p<0.01$ | | | | |

4.9. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Çalışma Durumu Ayır Ayır ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Anksiyete puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve çalışma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklem için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 9).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB'li}}=9.99$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-320)}=44.29$, $p<0.05$, $\eta^2= 0.122$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerinde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkisi vardır.

Herhangi bir işte çalışıp çalışmama durumuna göre annelerin anksiyete puanları karşılaştırıldığında, çalışma durumuna göre anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık

olmadığı gözlenmiştir [$F_{(1-320)}=0.42$, $p>0.05$, $\eta^2= 0.001$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre çalışma durumunun kişilerin anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile çalışma durumunun anksiyete puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(1-320)}=0.67$, $p>0.05$, $\eta^2= 0.002$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre annelerin DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerindeki etkisi annelerin çalışma durumlarının farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 9. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|---------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Anksiyete Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 1772.229 | 44.293* | 0.122 |
| Çalışma Durumu | 1 | 16.807 | 0.420 | 0.001 |
| Grup*Çalışma Durumu | 1 | 26.689 | 0.667 | 0.002 |
| Hata | 320 | 40.012 | | |
| * $p<0.01$ | | | | |

4.10. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Çalışma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Depresyon puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve çalışma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklem için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 10).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB’li}}=10.56$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.59$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-320)}=42.41$, $p<0.05$, $\eta^2= 0.117$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerinde anlamlı ve orta büyüklükte bir etkisi vardır.

Herhangi bir işte çalışıp çalışmama durumuna göre bireylerin depresyon puanları karşılaştırıldığında, çalışma durumuna göre depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(1-320)}=0.85$, $p>0.05$, $\eta^2=0.003$]. Bu sonuca göre çalışma durumunun kişilerin depresyon puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile çalışma durumunun depresyon puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(1-320)}=1.91$, $p>0.05$, $\eta^2=0.006$]. Buna göre annelerin DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerindeki etkisi annelerin çalışma durumlarının farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 10. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|---------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Depresyon Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 1815.467 | 42.410* | 0.117 |
| Çalışma Durumu | 1 | 36.314 | 0.848 | 0.003 |
| Grup*Çalışma Durumu | 1 | 81.538 | 1.905 | 0.006 |
| Hata | 320 | 42.807 | | |
| * $p<0.01$ | | | | |

4.11. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Anksiyete puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklem için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 11).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB'li}}=9.99$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-320)}=38.07$, $p<0.05$, $\eta^2=0.106$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa

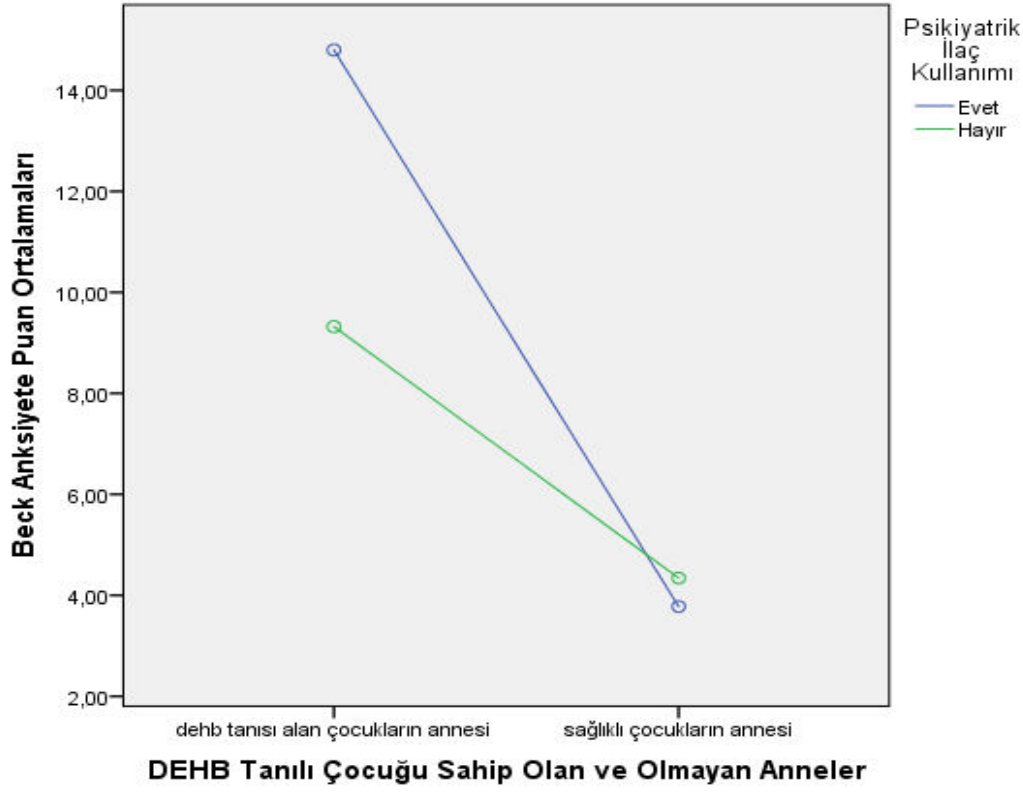
sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerinde anlamlı ve orta düzeyde biretkisi vardır.

Psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre bireylerin anksiyete puanları karşılaştırıldığında, anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(1-320)}=3.59$, $p>0.05$, $\eta^2= 0.011$]. Bu sonuca göre psikiyatrik ilaç kullanma durumunun kişilerin anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü (yönlü) varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB'li çocuğa sahip olup olmama ile psikiyatrik ilaç kullanma durumunun anksiyete puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmuştur [$F_{(1-320)}=5.428$, $p<0.05$, $\eta^2= 0.017$]. DEHB'li çocuğa sahip annelerden psikiyatrik ilaç kullananların ($\bar{x}=14.80$) ve kullanmayanların ($\bar{x}=9.32$) anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür [$F_{(1-161)}=8.771$, $p<0.05$, $\eta^2= 0.051$]. Sağlıklı çocuğa sahip annelerden psikiyatrik ilaç kullanan ($\bar{x}=3.78$) ve kullanmayanlarda ($\bar{x}=4.34$) ise anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir [$F_{(1-159)}=0.162$, $p>0.05$, $\eta^2= 0.001$].

Tablo 11. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|---------------------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Anksiyete Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 1465.840 | 38.067* | 0.106 |
| Psikiyatrik İlaç Kullanma | 1 | 138.235 | 3.590 | 0.011 |
| Grup* Psikiyatrik İlaç Kullanma | 1 | 209.028 | 5.428** | 0.017 |
| Hata | 320 | 38.507 | | |
| * $p<0.01$, ** $p<0.05$ | | | | |



Şekil 1. DEHB’li Çocuğa Sahip Olup Olmama Durumu ile Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumunun Anksiyete Puanları Üzerindeki Ortak Etkisi

4.12. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Depresyon puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklem için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 12).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB’li}}=10.56$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.59$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-320)}=29.62$, $p<0.05$, $\eta^2= 0.085$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerinde anlamlı ve orta büyüklükte etkisi vardır.

Psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre bireylerin depresyon puanları karşılaştırıldığında, psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(1-320)}=1.63$, $p>0.05$, $\eta^2=0.005$]. Bu sonuca göre psikiyatrik ilaç kullanma durumunun kişilerin depresyon puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile psikiyatrik ilaç kullanma durumunun depresyon puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(1-320)}=1.93$, $p>0.05$, $\eta^2=0.006$]. Buna göre annelerin DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerindeki etkisi annelerin psikiyatrik ilaç kullanma durumlarının farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 12. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|---------------------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Depresyon Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 1258.296 | 29.617* | 0.085 |
| Psikiyatrik İlaç Kullanma | 1 | 69.204 | 1.629 | 0.005 |
| Grup* Psikiyatrik İlaç Kullanma | 1 | 82.028 | 1.931 | 0.006 |
| Hata | 320 | 42.486 | | |
| * $p<0.01$ | | | | |

4.13. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Alkol-Madde Kullanma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Anksiyete Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Anksiyete puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve alkol-madde kullanma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklemeler için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 13).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{DEHB'li}=9.99$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin anksiyete puan ortalaması ($\bar{x}_{sağlıklı}=4.31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

vardır [$F_{(1-320)}=11.19$, $p<0.05$, $\eta^2=0.034$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerinde anlamlı; fakat düşük düzeyde bir etkisi vardır.

Alkol-madde kullanma durumuna göre bireylerin anksiyete puanları karşılaştırıldığında, alkol-madde kullanma durumuna göre anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(1-320)}=0.20$, $p>0.05$, $\eta^2=0.001$]. Bu sonuca göre alkol-madde kullanma durumunun kişilerin anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile alkol-madde kullanma durumunun anksiyete puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(1-320)}=0.49$, $p>0.05$, $\eta^2=0.002$]. Buna göre annelerin DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun anksiyete puanları üzerindeki etkisi annelerin alkol-madde kullanma durumlarının farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 13. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Alkol-Madde Kullanma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|----------------------------|-----|--------------------|---------|----------|
| Anksiyete Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 448.708 | 11.192* | 0.034 |
| Alkol-Madde Kullanma | 1 | 8.067 | 0.201 | 0.001 |
| Grup* Alkol-Madde Kullanma | 1 | 19.645 | 0.490 | 0.002 |
| Hata | 320 | 40.091 | | |
| *p<0.01 | | | | |

4.14. DEHB Tanısı Almış Çocuğa Sahip Olup Olmama ve Alkol-Madde Kullanma Durumu Ayrı Ayrı ve Birlikte Depresyon Üzerinde Anlamlı Bir Etkiye Sahip Midir?

Depresyon puanlarının DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ve alkol-madde kullanma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ilişkisiz (bağımsız) örneklemeler için iki faktörlü (yönlü) varyans analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 14).

Yapılan iki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan DEHB’li çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{DEHB'li}}=10.56$) ile sağlıklı çocuğa sahip annelerin depresyon puan ortalaması ($\bar{x}_{\text{sağlıklı}}=4.59$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır [$F_{(1-320)}=8.54$, $p<0.05$, $\eta^2= 0.026$]. Elde edilen etki büyüklüğüne göre DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerinde anlamlı; fakat düşük düzeyde bir etkisi vardır.

Alkol-madde kullanma durumuna göre bireylerin depresyon puanları karşılaştırıldığında, alkol-madde kullanma durumuna göre depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir [$F_{(1-320)}=0.01$, $p>0.05$, $\eta^2= 0.000$]. Bu sonuca göre alkol-madde kullanma durumunun kişilerin depresyon puanları üzerinde anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

İki faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile alkol-madde kullanma durumunun depresyon puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır [$F_{(1-320)}=1.64$, $p>0.05$, $\eta^2= 0.005$]. Buna göre annelerin DEHB’li çocuğa sahip olup olmama durumunun depresyon puanları üzerindeki etkisi annelerin alkol-madde kullanma durumlarının farklılaşmasına bağlı olmamaktadır sonucu çıkarılabilir.

Tablo 14. DEHB Tanısı Almış Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Alkol-Madde Kullanma Durumuna Göre Depresyon Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin İki Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

| Değişken ve Kaynak | sd | Kareler Ortalaması | F | η^2 |
|----------------------------|-----|--------------------|--------|----------|
| Depresyon Puanı | | | | |
| Grup | 1 | 366.993 | 8.539* | 0.026 |
| Alkol-Madde Kullanma | 1 | 0.222 | 0.005 | 0.000 |
| Grup* Alkol-Madde Kullanma | 1 | 70.683 | 1.645 | 0.005 |
| Hata | 320 | 42.976 | | |
| *p<0.01 | | | | |

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmamızın en önemli bulgusu; DEHB tanısı alan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinden önemli düzeyde yüksek olduğudur. Bu sonuçlar literatürdeki bulgular ile de uyumludur.

Yapılan birçok çalışmada DEHB’li çocuğa sahip anneler ile DEHB’li çocuğa sahip olmayan anneler karşılaştırılmış ve çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde DEHB’li çocuk annelerinin sağlıklı çocuk annelerine göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Mc Cornick ve Fraklin (1995), DEHB tanısı alan çocukların annelerinde depresyonu araştırmış, annelerin %18’inde depresif özellikler olduğunu saptamıştır. Biederman ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları çalışmada ise, DEHB tanısı almış çocukların birinci dereceden akrabalarında depresif bozuklukların %26 oranında normal kontrol grubu ailelerinde görülenden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Braaten ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada, DEHB’li çocuğa sahip annelerin anksiyete bozuklukları riskinin, sağlıklı çocukları olan annelere oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada ise DEHB’li çocuğu olan ebeveynlerde anksiyete bozukluklarının görülme oranının %23 oranında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Chronis ve ark., 2003).

Özellikle çocuktaki DEHB’nin düzeyi, annelerin yaşadıkları stres, depresyon ve anksiyete düzeyini doğrudan etkilemektedir (McLaughlin ve Harrison, 2006). Gerdes ve arkadaşları (2007) aşırı stres yaşayan annelerin; daha yetersiz annelik yaptığını, kendilerini suçladığını ve çocuğun olumsuz davranışlarına karşı katı ve sert yanıtlar verdiğini belirtmişlerdir. Ayrıca çocuğun davranışlarına karşı olumsuz yanıtlar veren annenin; sorun çözme becerisinin kısıtlandığını ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarına daha yatkın hale geldiğini belirtmişlerdir. Alizadeh ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, DEHB’li çocuğu olan ebeveynlerin özgüvenlerinin azaldığını ve daha fazla aile içi çatışmalar yaşandığını belirtmişlerdir. Bu olumsuz etmenlerin çocuk ve aile ilişkileri üzerine zararlı etkileri olmaktadır. Ayrıca DEHB’li çocukların ailelerinde; alkol kötüye kullanımının, aile içi çatışmanın, kişiler arası ilişkilerde sorunların ve depresyon gibi durumların yaşanma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Matza ve ark., 2004).

Peris (2003) ise annenin depresif belirtilerin daha çok DEHB belirtileriyle ilişkili olduğunu belirlemiştir. Ülkemizde, DEHB belirtileri ile anne özelliklerinin önemine işaret eden çalışmalardan birini yapan Evinç (2004) yaptığı çalışmada, DEHB’li çocukların annelerinin daha çok olumsuz duygulanıma ve daha yüksek düzeyde depresyon belirtilerine sahip olduklarını belirlemiştir. Durukan ve arkadaşların (2008) yapmış olduğu araştırmada ise, DEHB’li çocukların annelerinin, sağlıklı çocukların annelerine göre işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini tercih ettiklerini tespit edilmiştir. İşlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin tercih edilmesinin, annelerin çocukların davranışlarını kontrol etmekte zorlanmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yukarıda bahsedildiği gibi DEHB’li çocuğu olan annelerin sağlıklı çocukların annelerine göre depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeni olarak; DEHB’li çocuğu olan annelerin daha fazla strese maruz kalmaları ve ebeveynlik rollerini yeterince yerine getiremedikleri düşünceleri olabilir. Bununla birlikte anne babalarda depresyon ya da anksiyete gibi psikiyatrik sorunlar olması da bu çocukları ciddi anlamda etkileyebilir. Bu durum çocuğun davranışlarının daha da sorunlu olmasına ve çocuğa yansıyan mutsuzluktan dolayı çabuk sinirlenme, hareketlilikte artış, okul ve ders başarısında düşme, ev içi anlaşmazlığın artması ve mevcut uyumun bozulması gibi ek sorunları beraberinde getirecektir. Aynı zamanda depresyondaki anne babaların çocuğa karşı tahammülü azalacak ve çocuğun anne baba ile olan ilişkisi kolay bozulacaktır.

Çalışmamızda; annenin çalışma durumunun, anne depresyon ve anksiyetesi üzerinde etkili olabileceği düşünülüp, istatistiksel olarak incelenmiştir. Çalışmamızda; ev hanımı olan annelerin çocuklarıyla daha fazla vakit geçirmesinden dolayı depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha fazla olmasını beklememize rağmen; elde edilen bulgularda böyle bir sonuca varılmamıştır. Ayrıca literatürden farklı olarak annenin eğitim düzeyiyle de depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Özkan Selim’in (2014) yaptığı çalışmada; ilkokul ve ortaokul mezunu DEHB’li çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeyinin, eğitim seviyesi daha yüksek (lise ve üniversite) ebeveynlerine göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda; annenin alkol-madde kullanımının, annenin depresyon ve anksiyetesi üzerinde etkili olabileceği düşünülüp, istatistiksel olarak incelenmiştir. Ancak alkol- madde kullanımı ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

DEHB’li çocukların annelerinde alkol ve madde kullanımının depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkileri, araştırmalara göre değişiklik göstermektedir. Alpan’ın (2013) yaptığı çalışmada DEHB olan çocukların annelerinin alkol-madde kullanımı, normal gelişimi olan çocukların annelerine göre daha yüksek oranda çıkmasına rağmen, DEHB’li çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ve alkol-madde kullanma düzeyleri arasında önemli bir ilişki olmadığı saptamıştır. Bu sonuç, çalışmamız ile uyumludur. Durukan ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışmada depresyon ile alkol-madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmamızın sonuçlarını desteklememektedir.

DEHB’li çocukların ebeveynlerinin sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre daha fazla psikiyatrik tedavi aldıkları ve psikiyatrik ilaç kullandıkları bilinmektedir (Hechtman, 1996). Çalışmamızda; annenin psikiyatrik ilaç kullanımının, annenin depresyon ve anksiyetesi üzerinde etkili olabileceği düşünülüp, istatistiksel olarak incelenmiştir. DEHB’li çocuğa sahip annelerden psikiyatrik ilaç kullananların ve kullanmayanların anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. DEHB’li çocuğa sahip olup olmama ile psikiyatrik ilaç kullanma durumunun depresyon puanları üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır.

Literatürde DEHB’li çocuğa sahip ailelerdeki aile işlevleri ve ebeveynlik rollerini araştıran birçok çalışma mevcuttur. Bizim alışmamızda da bu etkiyi değerlendirmek amacıyla Aile Değerlendirme leği (AD) kullanılmıştır.

Çalışmamızda, DEHB’li çocukların ailelerindeki işlevselliği incelemek amacıyla uygulanan Aile Değerlendirme leği değerlendirildiğinde; DEHB tanısı konan çocukların annelerinin, sırasıyla “problem çözme”, “roller”, “iletişim”, “duygusal tepki verebilme”, “davranış kontrolü”, “gereken ilgiyi gösterebilme” ve “genel işlevler” alanlarında kontrol grubuna göre aile işlevlerinde daha sağlıksızlık olduğu saptanmıştır. Ülkemizde zcan’ın (2002) yaptığı çalışmada DEHB tanısı konan çocukların ailelerinin, aile işlevlerinde “gereken ilgiyi gösterebilme”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “genel fonksiyonlar” alanlarında aile işlevlerinde daha sağlıksız olduğu saptamıştır. Bu araştırmanın sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla uyumludur. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da DEHB’li çocuğa sahip ailelerin, sağlıklı ocuk ailelerine göre AD’nn “problem çözme”, “roller”, “gereken ilgiyi gösterme” ve “genel işlevler” alanlarında daha fazla sorun yaşandığını bildirilmiştir (Gökçen, zatalay ve Fettahoğlu, 2011). Kandemir (2009) ise yaptığı çalışmada, DEHB tanılı çocukların ailelerinde herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmayan çocukların ailelerine göre “problem çözme”, “roller”, “gereken ilgiyi gösterme”, “duygusal tepki verebilme” ve “genel işlevler” alanlarında anlamlı olarak daha fazla sorun olduğunu bildirmiştir. Kılıç ve şener’in (2005), DEHB tanısı almış çocukların ailelerini değerlendirdikleri çalışmada,

KOKGB veya davranım bozukluğu eş tanıları olan DEHB olgularının ebeveynlerinin, ADÖ'nün "roller" ve "davranış kontrolü" alt ölçeklerinde anlamlı olarak "sağlıksızlığı" gösterir biçimde yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Foley (2011) çalışmasında, DEHB'li çocuğa sahip ailelerin, aile işlevlerinde bozukluk olduğunu saptamıştır. Lange ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında, DEHB ve duygudurum bozukluğu tanısı konulmuş çocukların ebeveynlerinin aile işlevlerinin, kontrol grubuna göre daha bozuk olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki bulgular, literatürle uyumlu bir şekilde DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde aile işlevlerinde bozukluk olduğunu doğrulamaktadır.

Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisidir. Problemin ortaya çıkışından, çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsar (Bulut, 1993). DEHB tanısı alan çocukların aileleri yaşadıkları duygusal yükün yanı sıra maddi-manevi anlamda sıkıntılar yaşamakta, ayrıca sürekli şikâyet ve eleştirilere maruz kalmaktadır. Doğal olarak duygusal, maddi ve toplumsal yük gibi etmenlerin aile üzerinde baskı oluşturması sonucunda aile üyelerinin problemleri çözme becerisi bozulabilir. Ayrıca DEHB'li çocuğu olan annelerin, ailede etkili problem çözmeye sorunlar yaşadıkları ve çocuğun davranışlarına karşı daha az geribildirimde buldukları belirlenmiştir (Heller, Swindle ve Dussenbury, 1986).

Roller, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Bu kavram; ailenin kaynaklarının kullanımı, büyütülmesi ve desteklemesi gibi konularda davranış kalıpları geliştirilip geliştirilmediğini içermektedir (Bulut, 1993). İlave olarak roller ile ilgili boyut bölümünde, aile bireylerinin üzerine düşen sorumlulukların yerine getiriliyor olması sağlıklı bir aile göstergesidir. Çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklarında annelerin, maddi sorumluluğu üstlenen babalara kıyasla evde kalıp, hasta çocuklarıyla daha çok vakit geçirdiği, bakımı üstlendiği bilinmektedir. Dolayısıyla annelerin babalara kıyasla daha çok sosyal kısıtlılıklar yaşadıkları bildirilmektedir (Özcan, 2002). DEHB'li çocukların verilen görev ve etkinlikleri yerine getirmekte güçlük çekmesi annenin ebeveynlik rolü üzerinde olumsuz etki etmektedir. Bunun sonucunda annenin kendini yetersiz hissetmesi bu alt ölçeğin puanlarının sağlıksız sonuç vermesine neden olmuş olabilir.

İletişim, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde tanımlanmaktadır. Bu kavram üyeler arası sözlü iletişimin açık olup olmadığı, bireylerin isteklerini direk olarak ifade edip edememesini içermektedir (Bulut, 1993). Kepler ve Olander (2007), DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin daha az iletişim kurduklarını, daha fazla aile içi çatışma yaşadıklarını ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Duygusal tepki verme, aile üyelerinin her türlü uyarana karşı uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle bu alt ölçek öfke, üzüntü gibi duyguların yanı sıra; sevgi, neşe gibi ferahlık ifade eden duyguları da içermektedir. Ailenin en uygun tepkiyi göstermesi sağlıklı bir aile göstergesi olarak kabul görmektedir (Bulut, 1993). DEHB’li çocukların ailelerinin çocuğun davranışlarını kontrol etmekte zorluk çektikleri, çocuğun davranışlarına karşı uygun tepkileri veremedikleri ve çocuğun olumlu davranışlarını göz ardı ettikleri bildirilmektedir (Freeman, Johnston ve Barth, 1997). Yapılan bir çalışmada annenin sıkıntısının fazlalığının, şefkat eksikliğinin ve eleştirisinin çocuktaki DEHB ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Biederman ve ark., 1995). DEHB tanısı alan çocukların annelerinde depresif belirtiler sık gözlenmektedir ve bu durum annenin çocuğuna karşı olumlu duygular verebilme becerisinde azalmaya sebep olmaktadır. Bu bulgular değerlendirildiğinde DEHB’li çocuğa sahip ailelerin çocuklarına karşı sevgilerini daha az gösterdiği, çocukların davranışlarına karşı uygun tepkiler gösteremediği söylenebilir.

Davranış kontrolü, aile üyelerinin davranışlarına disiplin sağlama ve standart koyma biçimidir. Bu alt ölçekte psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir (Bulut, 1993). DEHB’li çocukların aileleri çocukların davranışlarına karşı ya gevşek ebeveynlik, ya da aşırı tepkisel ebeveynlik tutumu sergilemektedirler (Gerdes ve ark., 2007). Her iki yaklaşıma göre de gösterilen tutum ailede davranış kontrolünün olumsuz etkilenmesine ve bu alt ölçüğe ait puanlarda sağlıksızlığa neden olmuş olabilir.

Gereken ilgiyi gösterme, aile bireylerinin birbirine karşı gösterdiği bakım, sevgi ve ilgiyi içerir. Sağlıklı aileler, birbirleriyle orta derece ilgilenirler. Birbirleriyle az ve çok ilgilenen aileler, bu alandaki aile işlevlerini yeterince yerine getiremediklerinin göstergesidir (Bulut, 1993). DEHB’li çocukların anneleri normal çocukların annelerine göre çocuklarına verilen görev ve etkinlikleri tam olarak yapabilmeleri için çok zaman harcamaktadırlar. Bu durum kendilerine daha az vakit ayırmalarına, diğer aile üyelerine gereken ilgiyi yeterli düzeyde gösterememelerine neden olmaktadır.

Genel İşlevler, diğer altı alt ölçekte ifade edilen konuları kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Bulut (1993), aile içi etkileşimin bozuk olması nedeniyle işlevlerini yerine getiremeyen aileleri fonksiyonel olmayan aileler olarak tanımlamıştır. Bireylerin psikolojik, fiziksel ve kişisel gelişimini sağlayamayan ailelerin, işlevlerini yerine getiremediği düşünülmektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocuklara sahip annelerin yaşadıkları depresyon, kaygı düzeyi ve aile işlevlerinin karşılaştırıldığı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. DEHB tanısı almış çocukların ve sağlıklı çocukların annelerinin aile işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. DEHB’li çocuğa sahip annelerin ADÖ verilerine bakıldığında, “Problem Çözme”, “İletişim”, “Roller”, “Duygusal Tepki Verebilme”, “Gereken İlgiyi Gösterme”, “Davranış Kontrolü” ve “Genel İşlevler” alt ölçek puanlarının sağlıklı çocuğa sahip annelere göre istatistiksel olarak daha sağlıksıza doğru olduğu belirlenmiştir.

2. DEHB tanısı almış çocukların ve sağlıklı çocukların annelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. DEHB’li çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeyinin, sağlıklı çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeyinden yüksek olduğu saptanmıştır.

3. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve psikiyatrik ilaç kullanma durumların birlikte anksiyete üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. DEHB’li çocuğa sahip annelerden psikiyatrik ilaç kullananların anksiyete puanları kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve psikiyatrik ilaç kullanma durumunun ayrı ayrı ve birlikte depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

5. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve eğitim durumunun ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

6. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve ekonomik durumun ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

7. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve alkol-madde kullanma durumunun ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

8. DEHB tanısı almış çocuğa sahip olup olmama ve çalışma durumu ayrı ayrı ve birlikte anksiyete ve depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

DEHB çocukluk çağının en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından birisidir. DEHB gibi çocukluk çağından başlayıp kronik seyirli olan bozukluklar, sadece çocuğun değil, tüm ailenin yaşam kalitesini etkilemektedir. Çocuğun yaşadığı güçlükler ebeveynleri etkilediği gibi, psikiyatrik rahatsızlığı bulunan ebeveynlerde DEHB'li çocuğun gidişatını etkileyebilmektedir. Bu alanda yapılmış çalışmalarda ebeveynlerdeki anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların çocuğun gelişimini nasıl etkilediğine dair kısıtlı sayıda veri bulunmaktadır. Yaptığımız bu çalışma, DEHB'nin tanı ve tedavisinde çok yönlü yaklaşımın gerekliliğini, sadece çocuğun değil, annelerin yaşadıkları sorunları göstermesi açısından da önemli bulunmuştur.

Çalışmamızda babalar ve kardeşler gibi diğer aile bireylerine ilişkin bir değerlendirme yapılmaması araştırmamızın kısıtlılık alanlarından biridir. Başka bir kısıtlılık ise annelere yapılandırılmış klinik görüşmenin yapılmamış olması gösterilebilir.

Bu kısıtlılıklarına karşın Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocuklara sahip annelerin yaşadıkları depresyon, kaygı düzeyi ve aile işlevlerinin karşılaştırıldığı bu çalışma, DEHB tedavisinde çok yönlü yaklaşımın gerekliliğini göstermesi açısından önemli bulunmuştur.

Annelerin psikopatolojilerinin DEHB'li çocuk ve ergenler üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaların yetersiz olması nedeniyle daha büyük örneklem gruplarıyla çalışmalar yapılmasına gereksinim duyulduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, DEHB'nin tanı, prognoz ve tedavisinde bozukluğun etkilerinin çok boyutlu doğası dikkate alınmalıdır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda ebeveynlerdeki psikopatolojinin ve ailedeki işlev bozukluklarının DEHB'nin prognozu ve tedavisi üzerine etkisinin araştırılmasının literatüre büyük katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abalı, O. (2015). *Hiperaktivite ve dikkat eksikliği* (4.Basım). İstanbul: Adeda Yayıncılık.
- Abikoff, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., ... and Vitiello, B. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 349-359.
- Akgün, G. M., Tufan, E., Yurteri, N. ve Erdoğan, A. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 15-48.
- Alizadeh, H., Applequist, K. F. and Coolidge, F. L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Neglect*, 31(5), 567-572.
- Alpan, F. (2013). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin depresyon ve stresle başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Second Edition). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Third Edition). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Third Edition). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth Edition). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.th Ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Mental bozuklukların tanılma ve sayımsal el kitabı* (Beşinci Baskı) (DSM-5) (Çev. ed.: Köroğlu, E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2.nd. edition). New York: Guilford Press.

- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C. and Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria—III. Mother–child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(2), 233-255.
- Befare, M. S., Barkley, R. A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys. Mother-child interaction, parent psychiatric status and psychopathology. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 26, 705-709.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Steingard, R. and Tsuang, M. T. (1991). Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 251-256.
- Biederman, J. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215-1220.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., ... and Spencer, T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49(9), 728-738.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A., ... and Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1792-1798.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., ... and Reed, E. (1995). Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 464-470.
- Braaten, E. B., Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Calhoun, E., Cattan, G. and Faraone, S. V. (2003). Revisiting the association between attention-deficit hyperactivity disorder and anxiety disorders: A familial risk analysis. *Biological Psychiatry*, 53(1), 93-99.
- Brown, R. T. and Pacini, J. N. (1989). Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 22(9), 581-587.

- Brown, R.T., Amler, R.W., Freeman, W.S., Perrin, J.M., Stein, M.T., Feldman, H.M., ... and Wolraich, M.L. (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Overview of the evidence. *Pediatrics*, 115(6), e749-e757.
- Bulut, I. (1990). *Aile değerlendirme ölçeği el kitabı*. Ankara: Özgüzelış Matbaası, 6-8.
- Bulut, I. (1993). *Ruh sağlığının aile işlevlerine etkisi*. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, 15.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 978-987.
- Castellanos, F. X. (1997). Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivint disorder. *Clinical Pediatrics*, 36(7), 381-393.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., ... and Kaysen, D. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(7), 607-616.
- Chhabildas, N., Pennington, B. F. and Willcutt, E. G. (2001). A comparison of the neuropsychological profiles of the DSM-IV subtypes of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 529-540.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L. and Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1424-1432.
- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(5), 422-433.
- Cunningham, C. E., Benness, B. B. and Siegel, L. S. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADDH children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(2), 169-177.
- Çakmakçı, F. (2012). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Öğretmen el kitabı*. Ankara: Nobel Akademik Yayınları.

- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G. ve Küçükgöncü, S. (2008). Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 10(3), 110-115.
- Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö. ve Türkbay, T. (2008). DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 217-223.
- Ercan, E. S., Aydın, C. (2014). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu* (4.Basım). İstanbul: Pupa Yayınları.
- Ercan, E. S., Çetin, F. Ç., Mukaddes, N. M., Yazgan, Y. (2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde atomoksetin. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16, 113-118.
- Ercan, E. S., Varan, A. ve Deniz, Ü. (2005). Effects of combined treatment on Turkish children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: A preliminary report. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(2), 203-219.
- Erman, Ö., Turgay, A., Öncü, B. ve Urdarivic, V. (1999). DEHB olan çocuk ve gençlerde komorbidite: Yaş ve cinsiyet farklılıkları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(1), 12-18.
- Evinç, G. (2004). *Çocuktaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve eşlik eden belirtiler ile ilişkili olarak anne kişilik özellikleri, duygulanım durumu ve psikopatolojisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Faraone, S. V. and Doyle, A. E. (2000). Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2(2), 143-146.
- Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E. and Biederman, J. (2001). Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D4 receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1052-1057.
- Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E. ve Biederman, J. (2001). Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D4 receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1052-1057.

- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. and Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 337-346.
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 39-49.
- Freeman, W. S., Johnston, C. and Barth, F. M. (1997). Parent attributions for inattentive-overactive, oppositional-defiant, and prosocial behaviours in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Behavioural Science Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 29(4), 239.
- Gaub, M., Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.
- Gerdes, A. C., Hoza, B., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Wigal, T. and Jensen, P. S. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: Exploration of possible mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 705-714.
- Goodman, D. W. (2007). The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(5), 318-327.
- Gökçen, C., Özatalay, E. ve Fettahoğlu, E. Ç. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne babalarında psikolojik belirtiler ve aile işlevselliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18, 95-104.
- Greenhill, L.L. (1998). Diagnosing in attention deficit hyperactivity disorder children. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 31-41.
- Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinde kişilik bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 8, 18-23.
- Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2004). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yükünlük. *Klinik Psikiyatri*, 7, 32-41.

- Hauser, P., Zametkin, A. J., Martinez, P., Vitiello, B., Matochik, J. A., Mixson, J. A. and Weintraub, B. D. (1993). Attention deficit-hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *New England Journal of Medicine*, 993(328), 997-1001.
- Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41(6), 350-360.
- Heller, K., Swindle, R. W. and Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 466-470.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 85-104.
- Kandemir, H. (2009). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklar ve ailelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 147-152.
- Kepley, H. O. and Ostrander, R. (2007). Family characteristics of anxious ADHD children: Preliminary results. *Journal of Attention Disorders*, 10(3), 317-323.
- Kilic, B. G. ve Sener, S. (2005). Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 21-28.
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., ... and Garfinkel, B. (1994). DMS-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1673-1685.
- Lahey, B. B., Hartdagen, S. E., Frick, P. J., McBurnett, K., Connor, R., and Hynd, G. W. (1988). Conduct disorder: Parsing the confounded relation to parental divorce and antisocial personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 334-337.

- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., ... and Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27(1), 76-96.
- Lewis, F. M. (2004). Family focused oncology nursing research. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 288-292.
- Luş, G. (2008). *Dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde bipolar duygudurum bozukluğu eş tanısı*. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. and Hynes, M. E. (1997). Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1222-1227.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. and LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 565-576.
- Mash, E. J. and Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(1), 86.
- Matza, L. S., Rentz, A. M., Secnik, K., Swensen, A. R., Revicki, D. A., Michelson, D., ... and Kratochvil, C. J. (2004). The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 25(3), 166-174.
- McCormick, L. H. (1995). Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Family Medicine*, 27(3), 176-179.
- McLaughlin, D. P. and Harrison, C. A. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(2), 82-88.
- Mixson, A. J., Parrilla, R., Ransom, S. C., Wiggs, E. A., Mc Claskey, J. H., Hauser, P. and Weintraub, B. D. (1992). Correlations of language abnormalities with localization of mutations in the beta-thyroid hormone receptor in 13 kindreds with generalized resistance to thyroid hormone: Identification of four new mutations. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 75(4), 1039-1045.

- Morrison, J. R. and Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 28(6), 888-891.
- Motavallı, N. M. (1994). *Kentsel kesimde türk ilkokul çocuklarında DEHB'nin nozolojik bağlamda prevalansının araştırılması*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-months randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Murphy, K. and Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), 393-401.
- Norvilitis, J. M., Scime, M. And Lee, J. S. (2002). Courtesy stigma in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A preliminary investigation. *Journal of Attention Disorders*, 6(2), 61-68.
- Öncü, B. ve Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik psikiyatri*, 5, 111-119.
- Özcan, T. C. (2002). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne-babalarının empati düzeyi ile aile işlevlerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara
- Özkan-Selim, A. H. (2014). *Hiperaktivite ve dikkat eksikliği olan çocuklarda aile tutum davranış ve duygu durumlarının etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (2.Basım). Ankara: Tuna Matbacılık.
- Peris, T. S. and Hinshaw, S. P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1177-1190.
- Pliszka, S. R. (2003). Non-stimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Spectrums*, 8(4), 253-258.

- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. and Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Semerci, B. ve Turgay, A. (2014). *Bebeklikten erişkinliğe dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu* (6.Baskı). İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Semerci, Z. B. (2001). Neurological soft signs and EEG findings in children and adolescents with Gilles de la Tourette syndrome. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 42(1), 53-55.
- Spencer, T. J., Biederman, J. and Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642.
- Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E., Faraone, S. V. (2002). Overview and Neurobiology of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 3-9.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1: 1008-1012
- Sürücü, Ö. (2016). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Ana baba öğretmen el kitabı* (2.Baskı). Ankara: Bilgi Yayınları.
- Şenol, S. ve Şener Ş. (1998). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Psikiyatri ve temel kitabı*. Cilt 2, Güleç C., Köroğlu E., (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 1109-1129.
- Tahiroğlu, A. Y., Avcı, A., Fırat, S. ve Seydaoğlu, G. (2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 5-10.
- Thome, J. and Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19(5), 303-306.
- Toros, F. ve Tataroğlu C. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Sosyodemografik özellikler, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9(1), 23-36.
- Tuğlu, C. ve Şahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobijoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 76-114.

- Ulusoy, M., Hisli, N. and Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognit Psychother Internat Quart*, 12(2), 163-172.
- Weis M. and Murray C. (2002). *Attention deficit hyperactivity disorder*. In: Lewis M(ed). *Child and Adolescent Pschiatry* (3. ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, s.645-670.
- Wender, P. H., Reimherr, F. W., Wood, D. and Ward, M. (1985). A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 547-552.
- Wilens, T. E., Prince, J. B., Spencer, T., Van Patten, S. L., Doyle, R., Girard, K., ... and Biederman, J. (2003). An open trial of bupropion for the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 54(1), 9-16.
- Yıldız, Ö., Ağaoğlu, B., Karakaya, I., Şişmanlar, Ş. G. ve Memik, N. Ç. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı Türk çocuklarında OROS-metilfenidatın etkinlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 44-50.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Çocuğunuzun yaşı:
3. Medeni Durumunuz: Evli Ayrı yaşıyor Boşanmış Eşim vefat etmiş
4. Eğitim Düzeyiniz : İlköğretim Lise Üniversite Yüksek Lisans
 Doktora Diğer
5. Mesleğiniz:
6. Evinize giren aylık ücret:
7. Sürekli ilaç kullanmayı veya tedavi gerektiren bir rahatsızlığınız var mı?
8. Şuan herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?
9. Daha önceden psikiyatrik bir tedavi aldınız mı?
10. Alkol madde kullanımını var mı?
11. Ailenizde psikiyatrik tanı konulmuş bir hastalık var mı?

Ek 2. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DÂHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

| | Hiç | Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi | Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim | Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım |
|---|-----|-----------------------------------|--|--|
| 1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma | () | () | () | () |
| 2.Sıcak/ateş basmaları | () | () | () | () |
| 3.Bacaklarda halsizlik, titreme | () | () | () | () |
| 4.Gevşeyememe | () | () | () | () |
| 5.Çok kötü şeyler olacak korkusu | () | () | () | () |
| 6.Baş dönmesi veya sersemlik | () | () | () | () |
| 7.Kalp çarpıntısı | () | () | () | () |
| 8.Dengeyi kaybetme duygusu | () | () | () | () |
| 9.Dehşete kapılma | () | () | () | () |
| 10.Sinirlilik | () | () | () | () |
| 11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu | () | () | () | () |
| 12.Ellerde titreme | () | () | () | () |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 13.Titreklik | () | () | () | () |
| 14.Kontrolü kaybetme korkuşu | () | () | () | () |
| 15.Nefes almada güçlük | () | () | () | () |
| 16.Ölüm korkusu | () | () | () | () |
| 17.Korkuya kapılma | () | () | () | () |
| 18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi | () | () | () | () |
| 19.Baygınlık | () | () | () | () |
| 20.Yüzün kızarması | () | () | () | () |
| 21.Terleme | () | () | () | () |

Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1-
 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

- 2-
 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 3-
 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

- 4-
 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5-
 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-** 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

- 20-** 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmek zorlařıyor.
 3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.
- 21-** 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



Ek 4. Aile Değerlendirme Ölçeği

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (**Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum**)

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

| CÜMLELER: | Aynen Katılıyorum | Büyük Ölçüde Katılıyorum | Biraz Katılıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|---|-------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
| 1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız. | () | () | () | () |
| 2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz. | () | () | () | () |
| 3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir. | () | () | () | () |
| 4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler. | () | () | () | () |
| 5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler. | () | () | () | () |
| 6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz. | () | () | () | () |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız. | () | () | () | () |
| 8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız. | () | () | () | () |
| 9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız. | () | () | () | () |
| 10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız. | () | () | () | () |
| 11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz. | () | () | () | () |
| 12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız. | () | () | () | () |
| 13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler. | () | () | () | () |
| 14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir. | () | () | () | () |
| 15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur. | () | () | () | () |
| 16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar. | () | () | () | () |
| 17.Evde herkes başına buyruktur. | () | () | () | () |
| 18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler. | () | () | () | () |
| 19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz. | () | () | () | () |
| 20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz. | () | () | () | () |
| 21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız. | () | () | () | () |
| 22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize | () | () | () | () |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| belli etmekte güçlük çekeriz. | | | | |
| 23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor. | () | () | () | () |
| 24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır. | () | () | () | () |
| 25.Bizim ailede herkes kendini düşünür. | () | () | () | () |
| 26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz. | () | () | () | () |
| 27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz. | () | () | () | () |
| 28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz. | () | () | () | () |
| 29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir. | () | () | () | () |
| 30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır. | () | () | () | () |
| 31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz. | () | () | () | () |
| 32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir. | () | () | () | () |
| 33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız. | () | () | () | () |
| 34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz. | () | () | () | () |
| 35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır. | () | () | () | () |
| 36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız | () | () | () | () |
| 37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar | () | () | () | () |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| sağlayacak ilgi gösteririz. | | | | |
| 38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz. | () | () | () | () |
| 39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır. | () | () | () | () |
| 40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız. | () | () | () | () |
| 41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur. | () | () | () | () |
| 42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir. | () | () | () | () |
| 43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür. | () | () | () | () |
| 44.Ailemizde hiçbir kural yoktur. | () | () | () | () |
| 45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir. | () | () | () | () |
| 46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz. | () | () | () | () |
| 47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz. | () | () | () | () |
| 47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir. | () | () | () | () |
| 49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz. | () | () | () | () |
| 50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz. | () | () | () | () |
| 51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz. | () | () | () | () |
| 52.Sinirlenince birbirimize küseriz. | () | () | () | () |
| 53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez | () | () | () | () |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez. | | | | |
| 54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz. | () | () | () | () |
| 55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir. | () | () | () | () |
| 56.Aile içinde birbirimize güveniyoruz. | () | () | () | () |
| 57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz. | () | () | () | () |
| 58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz. | () | () | () | () |
| 59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz. | () | () | () | () |
| 60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız. | () | () | () | () |

Ek 5. Etik Kurul Formu

2851569

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL KARARI


Tarih: 22.02.2017


No: 2017/09

| | |
|------------------|--|
| Çalışmanın Türü: | Yüksek Lisans Tezi |
| Konu: | Anket Uygulama |
| Başlık: | DEHB Tamısı Almış çocukların Anneleri İle Sağlıklı çocuklara Sahip Annelerin Yaşadıkları Depresyon, Kaygı Düzeyinin ve Aile İşlevlerinin Değerlendirilerek Aralarındaki İlişkinin Saptanması |
| Yürütücü: | Prof. Dr. Tolga ARICAK |
| Yazar: | Sever BEŞALTI |
| Karar: | Olumlu |

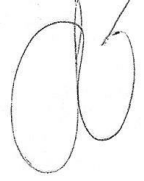
Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK
Eğitim Fak./Etik Kurul Başkanı

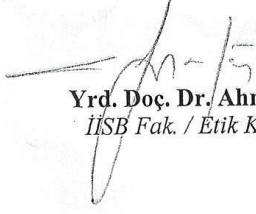

Prof. Dr. Şaban KAYIHAN
Hukuk Fak. / Etik Kurul Üyesi

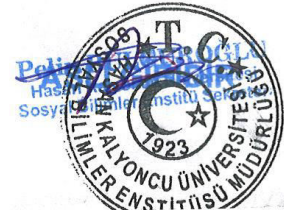

Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY
Eğitim Fak. / Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Doç. Dr. Mazlum ÇELİK
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESER
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi



Ek 6. Çalışma İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

ŞANLIURFA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ŞANLIURFA İLİ KAMU
HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
FAVRAK KAYIT BİRİMİ
0530120171254 93460149-000-73
1081629451

Sayı : 93460149/73
Konu : Çalışma İzni

Sayın SEVER BEŞALTI

İlgi : 20.06.2016 tarihli ve bila sayılı yazınız

İlgi sayılı dilekçenize istinaden, "DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile sağlıklı çocuklara sahip annelerin yaşadıkları depresyon, kaygı düzeyinin ve aile işlevselliği açısından karşılaştırılması" konulu bilimsel çalışmanızı, birliğimize bağlı sağlık tesisinde yapmanız tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim

e- imzalıdır.
Uzm. Dr. Mehmet TEZCAN
İdari Hizmetler Başkanı

Paşabağı Mah. Ticaret ve Sanayi Odası Yeni Binası Kat: 6
Tlf: 0414 318 24 00 Fax: 0414 318 24 6

Bilgi için: Bilal ÇAY
e-mail : bilal.cay@saglik.gov.tr
Web: info@sanlurfakhb.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.