



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN ANNE-BABA TUTUMLARI İLE KARŞIT OLMA KARŞI
GELME BOZUKLUĞUNA OLAN EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Muhammet Furkan ÖGE

Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN

İstanbul 2017



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN ANNE-BABA TUTUMLARI İLE KARŞIT OLMA KARŞI
GELME BOZUKLUĞUNA OLAN EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Muhammet Furkan ÖGE

[144102022]

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN

İstanbul 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 144102022
Öğrenci Adı Soyadı	: Muhammet Furkan Öge
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan
Tezin Başlığı	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne Baba Tutumları ile Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğuna Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 16.11.2017	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BIRLIGI <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne-Baba Tutumları ile Çocukların Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğuna Olan Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih .../.../.....



ÖNSÖZ

Hayatım boyunca yüksek ilgi duyduğum yegane alan psikoloji bilimi; düşündüğüm, çalıştığım, yaşadığım ve karakter edindiğim özel bir boyut oldu. Tez süreci ile birlikte, bu bilim için somut bir ürün çıkarma ve hizmette bulunma onuruna eriştim. Tezimi hazırlama sürecinin son aşamasına kadar araştırmaya, bilgi edinmeye, öğrenmeye devam ettim ve bundan sonra da bu düzeni korumaya devam edeceğim. Tez sürecinin zorlukları karşısında; dirayet, sebat, kararlılık ve sabır gibi insanı hayata hazırlayan birçok yönden geliştiğimi fark ettim. Eğitim-öğretim hayatım boyunca, beni teşvik eden, yıldığım noktalarda destek verip istikamet çizen ve tercih ettiğim alanda ilerlememe maddi manevi imkânlar sunan aileme teşekkürü borç bilirim. Tez çalışmamın başlangıcından itibaren, zihinsel yönden beni geliştiren ve her türlü konudaengin bilgilerini paylaşan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN' a vermiş olduğu destekten ötürü teşekkür ederim.

Muhammet Furkan ÖGE

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN ANNE-BABA TUTUMLARI İLE KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞUNA OLAN EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanılı çocukların anne baba tutumları ile Karşit Olma Karşı Gelme Bozukluğuna eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırma; İstanbul'da Mavi Düşler Rehabilitasyon Merkezi, Özel Papatyalar Rehabilitasyon Merkezi ve Özel İçmeler Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde yürütülmüştür. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanısı almış çocuk sahibi 100 ebeveyne ulaşılmıştır. Araştırma gönüllülük esasına dayalı olup, bilgilendirilmiş onam alınması ile araştırma değişkenlerini ölçmek amacıyla belirlenen ölçekler katılımcılara uygulanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği”, “Ana-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği” ve sosyodemografik bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 programı ile yapılmıştır. Araştırmada tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis H testi ve Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda; uyum ve davranış problemi yaşayan çocuklarda, karşit olma/karşı gelme puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve uyum ve davranış problemi yaşamayan çocukların ebeveynlerinin yetkin/demokratik tutum puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anne-baba tutumları, karşit olma karşı gelme bozukluğu

**EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PATERNAL
ATTITUDE OF CHILDREN HAVE BEEN DIAGNOSED WITH
ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER OF
CHILDREN**

ABSTRACT

The aim of this research it is examined that relationship between attitudes of parents whose children have been diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder. Research had been implemented at Mavi Düşler Rehabilitation Center, Special Papatyalar Rehabilitation Center and Special İçmeler Special Education and Rehabilitation Center in Istanbul. It has been reached one hundred parents have children have been diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder. It is based on principal of volunteering informed confirmation in the sense that is obtained, determined scales had been implemented to participants on the purpose of measure to researching variables. As data collection tool, by Ercan and his friends had been made its validity and reliability and by Tugay (1994) had been improved "for attention deficit and disruptive behavioral disorders based on dsm 4 scanning and rating scale" by robinson, mandleco, olsen and heart (2001) had been improved and by Kapci and Demirci (2009) had been made its validity and reliability analysis "parental styles and dimensional scale" and so as to gather information of socio demographic will be developed by researcher is self description form had been used In research,unidirectional varians analysis (anova), kruskal wallis h test and mann whitney u test had been implemented. In research result, it is found that defying points of children have adaptation and behavior problem is higher at meaningful level and democratic attitude of parents of children do not have adaptation and behavior problem is higher at meaningful level.

Key Words: Attention deficit and hyperactivity, oppositional defiant disorder, parental attitudes.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR	xii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1.Problem Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı	4
1.3.Problem ve Alt Problemler	4
1.4.Araştırmanın Varsayımları.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları	5
İKİNCİ BÖLÜM.....	6
ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	6
2.1.Anne Baba Tutumları.....	6
2.1.1.Tutum Kavramı	6
2.1.2.Tutumun Öğeleri ve Özellikleri	7
2.1.3.Tutum ve Davranış İlişkisi	8
2.1.4.Anne Baba Tutumları İle İlgili Modeller	9
2.1.5.Anne Baba Tutumları Türleri.....	111
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	15
2.2.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı	15
2.2.2.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Alt Tipleri	157

2.2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Klinik Belirtiler	19
2.2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Yaygınlığı .	285
2.2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Nedenleri	28
2.2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi	321
2.3.Karşıt Olma-Karşı gelme Bozukluğu Tanımı	366
2.3.1.Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Nedenleri	377
2.3.2.Karşıt Olma Karşı gelme Tanı Kriterleri ve Görülme Sıklığı.....	400
2.3.3.DEHB ve Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu Arasındaki İlişki	433
2.4.İlgili Araştırmalar.....	367
2.4.1.Anne Baba Tutumları ile İlgili Araştırmalar.....	47
2.4.2.Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile İlgili Araştırmalar	48
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	500
YÖNTEM.....	500
3.1.Çalışma Grubu	500
3.2.Veritoplama Araçları	51
3.2.1.Kişisel Bilgi Formu	51
3.2.2.Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	511
3.2.3.Ana-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği (ASBÖ-KF) (Parenting Styles and Dimensions Questionnaire)	511
3.3.Araştırmanın İşlem Yolu.....	522
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	533
BULGULAR	533
4.1.Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	533
4.2.DEHB Tanısına İlişkin Betimleyici İstatistikler	544

4.3.DEHB Tanısı Alan Çocukların Anne Baba Tutumlarının Demografik Değişkenler göre Karşılaştırılması.....	577
4.4.DEHB Tanısı Alan Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu Eğiliminin, Demografik Değişkenler ile İncelenmesi.....	788
4.5.DEHB Tanısı Almış Çocukların Anne Baba Tutumları ile Karşıt Olma/Karşı gelme Eğilimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	90
4.5.1.Anne Baba Tutumlarının ile DEHB Alt Boyutları arasındaki İlişki	90
4.5.2.DEHB Tanısı Almış Çocukların Karşıt Olma/Karşı gelme Eğilimi ile Anne Baba Tutumları Arasındaki Regresyon Analizi	92
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	93
TARTIŞMA	93
5.1.Demografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	93
5.2.DEHB Tanısı ile İlgili Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması	94
5.3.Ebeveyn Tutumu Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	95
5.4.Karşıt Olma/Karşı gelme Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması	956
5.5.Sınırlılıklar	967
5.6.Yeni Çalışmalar İçin Öneriler	967
5.7.Sonuç.....	978
KAYNAKÇA	101
EKLER	1155
EK-1. Demografik Bilgi Formu	1156
EK-2. DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği. 1188	
EK-3. Anne Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği.....	12121
EK-4. Özgeçmiş	12223

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri.....	50,53
Tablo 2. DEHB Tanısına İlişkin Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	55
Tablo 3. Cinsiyete göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4. Ebeveynin Yaşına göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 5. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Yaşına göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 6. Annenin Eğitim Düzeyine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 7. Babanın Eğitim Düzeyine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 8. Gelir Düzeyine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 9. Çocuk Sayısına göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 10. DEHB Tanısı Alan Kaçınıcı Çocuk Değişkenine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	67
Tablo 11. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Sınıf Düzeyine Göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	67
Tablo 12. Anne Baba Birlikteliğine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	71
Tablo 13. Ebeveyn Medeni Durumuna göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	71
Tablo 14. Annenin Çalışma Durumuna göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 15. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Cinsiyetine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 16. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Gittiği Okula göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	73
Tablo 17. DEHB Tanısı Alan Çocuğun İlaç Tedavisine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	73
Tablo 18. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Akademik Başarıya göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	74
Tablo 19. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Uyum ve Davranış Problemine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması.....	74
Tablo 20. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Arkadaşlarına Yönelik Şiddet Uygulama Durumuna göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	75

Tablo 21. DEHB Tanısı Alan Çocuğa Yönelik Evdeki Kurallara göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	76
Tablo 22. DEHB ile ilgili Ebeveynin Önceden Edinilmiş Bilgilere göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	76
Tablo 23. DEHB Tanısı Alan Çocuk için Eğitim Alma Durumuna göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	77
Tablo 24. DEHB Tanısı Alan Çocuğu için İlgili Yayınları Takip Etmesine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması	777
Tablo 25. Ebeveyn Cinsiyetine göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	788
Tablo 26. Ebeveynin Birliktelik Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	79
Tablo 27. Ebeveynin Medeni Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	79
Tablo 28. Ebeveynin Yaşına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	79
Tablo 29. Annenin Eğitim Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	800
Tablo 30. Babanın Eğitim Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	81
Tablo 31. Gelir Düzeyine göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	811
Tablo 32. Çocuk Sayısına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	82
Tablo 33. DEHB Tanısı Alan Kaçınıcı Çocuk Olduğuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	822
Tablo 34. Çocuğun Yaşına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	833
Tablo 35. Çocuğun Sınıfına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	84
Tablo 36. Annenin Çalışma Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	844
Tablo 37. Ebeveynin Önceden DEHB Tanısı Almış Olma Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	856

Tablo 38. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Cinsiyetine göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	855
Tablo 39. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Gittiği Okul Türüne göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	855
Tablo 40. DEHB Tanısı Alan Çocuğun İlaç Kullanma Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması	866
Tablo 41. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Akademik Başarısına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	866
Tablo 42. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Uyum ve Davranış Sorunlarına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	87
Tablo 43. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Arkadaşlarına Yönelik Şiddetine göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	877
Tablo 44. DEHB Tanısı Alan Çocuk için Evdeki Kural Koyulmasına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	877
Tablo 45. DEHB ile İlgili Ebeveynin Önceden Bilgisi Olup Olmadığına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	888
Tablo 46. DEHB Tanısı Alan Çocuğu için Ebeveynin Eğitim Almasına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	888
Tablo 47. DEHB ile ilgili Yayınları Takip Etme Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması.....	889
Tablo 48. Anne Baba Tutumları ve DEHB Tanısı Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi.....	900
Tablo 49. Anne Baba Tutumlarının Karşıt Olma/Karşı Gelme Eğilimi Değişkeninin Açıklayıcılığı Analizi.....	911

KISALTMALAR

DB: Dikkat Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

KO: Karşı Olma

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocuğun gelişim dönemine uymayan; aşırı hareketlilik, atiklik ve dikkat ile ilgili sorunlar olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, görülme sıklığı en fazla olan çocuk psikiyatrik bozukluklarından biridir. Bunun yanında, tedavi edildiğinde istenen yönde düzelme sağlanır, tedavi edilmediğinde ise yetişkinlikte de pek çok ruhsal ve sosyal açıdan sıkıntıya sebep olabildiği için önemsenmektedir(Hechtman, 1996).

Anne babaların çocuk yetiştirme biçimleri, gösterdiği tutum ve davranışlar, çocukların gelişimlerini çok yönlü olarak etkilemektedir. Anne babanın, çocukla kurduğu iletişim şekli ve çocuğa verdiği tepkiler; çocuğun kendisi ile barışık olmasında, kendisini mutlu hissedip çevresiyle olumlu ilişkiler kurmasında, özgüven geliştirmesinde, kendisini beğenmesinde, yeteneklerini fark etmesinde ve buna benzer kazanımlar elde etmesinde önemli bir yer tutmaktadır (Yücel, 2013).

Darling ve Steinberg (1993) göre, çocuğa yöneltilen davranışlar ve tutumlar, çocuktaki duygusal alanın oluşmasını sağlamaktadır. Steinberg ve arkadaşları, 4 aile stili olduğunu bildirmişlerdir. Bu aile stilleri, kabul edici/ilişkili ve sıkı denetim/kontrol boyutuna dayandırarak; otoriter, demokratik, hoşgörülü ve ihmalkar olarak ayrılmaktadır. Kabul edici boyutta, ergenler ailelerini; kabul edici, ilgili ve duyarlı olarak algılamaktadırlar. Sıkı denetim ve kontrol boyutunda ise ailelerin; kontrolcü, denetimci ve gözlemleyici olduklarından bahsedilmektedir. Demokratik/güvenilir ailelerde, bu iki boyutta da artış olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, ihmalkar aile tutumunda ise bu boyutlarda azalma olduğu saptanmıştır. Otoriter aile stilinde ise kabul edici/ilgili boyut azalma, sıkı denetim/kontrol boyutunda artış görülmektedir. Son olarak; hoşgörülü ailelerde, kabul edici/ ilgili boyutta artış, sıkı denetim boyutunda azalma olduğu belirtilmiştir.

Öztürk (2004) ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, DEHB olan çocuğa sahip annelerin, çocuklarıyla ilgili olumsuz tutumlarının, normal çocuk annelerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öner ve Aysev (2000)'in yaptıkları bir çalışmada ise, DEHB' in şiddetinin nedeni, ailede devam eden gerginlik ve annenin çocuğa karşı takındığı olumsuz tutum olarak belirtilmiştir.

DEHB tanısı olan çocukların önemli bir kısmında, karşı gelme bozukluğu da gözlenir. KOKGB, toplumsal normlara ve başkalarının temel haklarına saldırı olmaksızın; olumsuz, düşmanca, başkaldırıcı, kıskırtıcı ve bozucu davranış örüntüleriyle karakterize bir yıkıcı davranış bozukluğudur. En sık karşılaşılan belirtiler arasında; öfkelenme, tartışma, kural ya da isteklere uymayı reddetme, başkalarını rahatsız eden davranışları kasıtlı olarak yapma, hataları ya da bu olumsuz davranışları için başkalarını suçlama bulunmaktadır (APA, 1994, 2000).

DEHB'nin, kalıtsal ve biyolojik nedenlerden kaynaklandığı konusunda çok sayıda bulgu yer almaktadır. Ancak ana-baba tutumlarının, DEHB ile hiçbir ilgisi olmadığı söylenmemektedir. Yıkıcı ve saldırgan davranışlar, büyük bir olasılıkla olumsuz aile içi iletişimin bir sonucudur. DEHB tanılı bir çocuğa sahip olan aile, sürekli gerilim içerisinde (Selçuk, 2000).

Davranım bozukluğu ile karşılaştırıldığında, KO-KGB'nin etiolojisi hakkında bilinenler, ya çok azdır ya da araştırmalarda genellikle davranım bozukluğu ile birlikte ele alınmıştır. Yapılan bir çalışmada, DEHB'de binişik KOKGB'nin varlığının, olumsuz anne-baba-çocuk etkileşimiyle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Barkley ve ark. 1991).

Karşıt olma karşı gelme bozukluğunu temel nedenleri;

- Yorgunluk, mutsuzluk, hayal kırıklığına uğrama
- Güçlü görünmeye çalışma (başka çocuklar tarafından korkutulma, başkalarından güçlü görünmek için korkutma)
- Daha fazla güç ve yetkinlik arzusu
- Uzlaşma becerisinin kısıtlı olması

- Çabuk sinirlenme, karşı gelme çocuğun kaygı olduğunu da gösterir. Kaygı hali ve bazı konularda içsel çatışma yaşayan çocuklar sıklıkla anne babalarına karşı gelirler.

Kaygının nedenleri arasında;

- Kardeş Kıskançlığı
- Anne veya babanın ilgisizliği
- Okul problemleri
- Eleştirici ebeveyn tutumları
- Çocukluk çağı depresyonu
- Cezalandırıcı disiplin tutumları
- Evlilik çatışması (Çocuklar problemi yanlış yorumlayarak kendilerinin kötü oldukları ve anne babalarını hayal kırıklığına uğrattıklarını düşünebilirler).
- Psikososyal faktörler sayılabilir (Çoban, 2014).

DEHB olan çocukların, ancak %30'u yetişkinlikte normal yetişkin işlevlerini sürdürebilmektedir. Bu çocukların %50-60'ının; konsantrasyon, dürtüsellik ve sosyal ilişkilerle ilgili önemli sorun yaşadıkları gösterilmiştir. Geri kalan %10-15'lik oranın yetişkinlikte, ruhsal ve anti sosyal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (Morgan, 1998). Literatürdeki araştırmaların çok büyük bir çoğunluğunda, agresif olan veya saldırgan davranış gösteren çocuklar, KOKGB veya DB olarak ayrılmadan "davranım problemleri" başlığı altında veya KOKGB/DB olarak belirtilerek değerlendirilmiştir (August, Realmuto, Joyce, Hektner, 1999). Bu nedenle çocuklarda çok sık görülmesine rağmen, görülme sıklığı hakkında sayısal olarak kesin bilgiye ulaşmak mümkün olmamaktadır.

Ayrıca, çocuk psikiyatrisi kliniklerinde görülen hastaların yarıya yakını, DEHB olan çocukların oluşturabildiği ileri sürülmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, polikliniğe başvuru nedenleri arasında, aşırı hareketlilik şikayetlerinin yedinci yada on beşinci sırayı aldığı ya da başvuran çocuklarda, %2.78 hiperaktivite saptandığı bildirilmektedir. Alan çalışmalarında ise alt tiplere göre yaygınlığı; %4.7-9 dikkatsizliğin önde geldiği tip, %3.4-3.9 hiperaktivite/ataklığın önde geldiği tip %4.4-4.8 karışık tip bozukluk olduğu bildirilmiştir (Şenol, Şener, 1997).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocukların, anne-baba tutumu ile karşı gelme karşı olma bozukluğuna olan eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.3. Problem ve Alt Problemler

Bu amaç çerçevesinde, araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocukların, anne-baba tutumu ile karşı gelme karşı olma bozukluğu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocukların, karşıt olma karşı gelme bozukluğuna eğilimi, ailenin sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
 - a) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocukların karşıt olma karşı gelme bozukluğuna eğilimi; ebeveynin cinsiyetine, ebeveynin yaşına, ebeveynlerin birliktelik durumuna, çocuk sayısına, ebeveynin medeni durumuna, ebeveynin önceden DEHB tanısı alma durumuna, DEHB tanısı alan çocuk için evde kural koyulmasına, annenin çalışma durumuna, ebeveyn eğitim düzeyine, gelir düzeyine, çocuğun yaşına, çocuğun cinsiyetine, çocuğun gittiği okul türüne, çocuğun doğum sırasına, çocuğun sınıf düzeyine, çocuğun ilaç kullanma durumuna, çocuğun akademik ve uyum problemlerine, çocukların arkadaşlarına şiddet göstermesine ve ebeveynin DEHB ile ilgili eğitim alma ve yayın takip etme durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
 - b) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocuklarda anne-baba tutumu; ebeveynin cinsiyetine, çocuk sayısına, ebeveynin yaşına, ebeveynin birliktelik durumuna, ebeveynin medeni durumuna, annenin çalışma durumuna, ebeveyn eğitim düzeyine, gelir düzeyine, çocuğun yaşına, çocuğun cinsiyetine, çocuğun gittiği okul türüne, çocuğun doğum sırasına, çocuğun sınıf düzeyine, çocuğun ilaç kullanma durumuna, çocuğun akademik problemlerine, uyum ve davranış problemlerine, çocukların arkadaşlarına şiddet göstermesine

ve ebeveynin DEHB ile ilgili eğitim alma ve yayın takip etme durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

3. Ana-baba tutumları Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların karşıt olma karşı gelme bozukluğuna eğilimini yordamakta mıdır?

1.4. Araştırmanın Varsayımları

1. Araştırmaya katılan; İçmeler, Papatyalar ve Mavi Düşler Rehabilitasyon Merkezlerindeki çocukların ebeveynlerinin ölçekleri içtenlikle cevaplayacakları
2. Ölçekler yoluyla alınan bilgilerin geçerli ve güvenilir olacağı kabul edilmiştir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırmanın bulguları, 2015-2016 akademik yılında İçmeler, Papatyalar ve Mavi Düşler Rehabilitasyon Merkezlerinde öğrenim görmekte olan öğrenciler ve onların ebeveynlerinin ölçeklere ve kişisel bilgi formuna verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.
2. Araştırma verileri, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Ana-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği ve sosyodemografik bilgileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formunun ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde, anne baba tutumları, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu kavramlarına ilişkin genel bilgiler ve bu alanda yapılan çalışmalar yer almaktadır.

2.1. Anne Baba Tutumları

2.1.1. Tutum Kavramı

Zihinsel işlemler sonucunda bireyin dışarıya karşı bulunduğu ifadedir. Bireyin zihinsel işlemleri, gösterdiği davranışlar ile yorumlanabilir. Ancak kişilerin sahip oldukları tutumlarda duygu ve davranışların da etkisi vardır (Kağıtçıbaşı, 1999: 102-106). Cüceloğlu' na göre tutum; bir bütün halini almış, geniş zamanda oluşan duygu, davranış ve inançların ifadesidir. (Cüceloğlu, 1996).179010

Bireyin gelişiminde maruz kaldığı tutumlar, bireyin psikolojik ve kişilik yapısına yüksek derece tesir etmektedir. Çünkü tutum; bireyin herhangi bir durum ya da nesneye karşı nasıl tepki vereceğini belirler ve tutum sürekli dir (Şerif, 1985: 90-95).

Morgan (1999); tutumların üç bileşeninden söz eder; bunlar nesnelere dair duygulardan oluşan duygusal, inanç ve düşüncelerden oluşan bilişsel, duygu ve inançlarla uyumlu yaşama eğiliminden oluşan davranışsal bileşendir (Morgan, 1999).179010

Bireyin bir nesne, durum ya da kişiye dair zihinsel, duygusal ve davranış olarak sergilediği durum, tutumunun ifadesidir. Yani bir tutumun olgunlaşması için, bahsedilen üç öge arasında uyumlu ve anlamlı bir ilişki ve bağlantı zorunludur (İnceoğlu, 2004).179010

İnsanda tutum ve davranışlarının gelişmeye başladığı yıllarda, çocuklar ebeveynlerinden görerek edindikleri davranışları sahiplenirler. Bu nedenle ebeveynlerin tutumları, çocuğun kişilik gelişimine yüksek oranda etki eder (Özgüven, 2001: 209). Örneğin, çocukların ideolojik gelişimleri, sigara kullanımına eğilimleri ebeveynleri ile uyumludur (Kağıtçıbaşı, 2008: 128).

Tutumun, insanların çevreleriyle olan ilişkilerinde yöntem gösterici ve sosyal uyumlarını sağlayıcı etkisi vardır. Ayrıca tutum, davranış üzerinde yön belirleyici tesiri olan bir durum olarak düşünülmektedir (Tufan ve Güdek, 2008).

2.1.2. Tutumun Öğeleri ve Özellikleri

Her tutumun bir tesiri vardır. Bir tutumun tesiri, zihinsel, duygusal ve davranışsal öğelerin toplamından oluşur (Kağıtçıbaşı, 1999: 110).

Zihinsel Öğeler: Tutumun hedefindeki birey, durum ve nesneye dair edinilen bilgi, deneyim, inanç ve düşünceyi içeren zihinsel ya da bilişsel öğeler, tutumun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. (İnceoğlu, 2004). Bireyler, kişiler arası ilişkilerde bir bilgi algoritması kullanmakta ve çoğu dış uyarıcıyı anlamlandırabilmek için, önce gruplandırıp sonra grupları da aralarında ilişkilendirmektedirler. (Baysal, 1981: 14). Kısacası; zihinsel öğeler, bireyin herhangi bir nesneye yönelik düşünce, bilgi ve inançlarının toplamıdır.

Zihinsel öğelerde bireyin nesneye dair tüm inançları bulunur ve doğru ya da yanlış olmaları önemli değildir. Ancak bilginin doğruluğuna göre tutumlar değişebilir (Yaprak, 2007).

Duygusal Öğeler: Dış dünyaya dair bilgi, duyum ve deneyimlerin sınıflandırılmasının yanında, bu sınıflandırılmalarının olumlu, olumsuz olaylarla, istenen ya da istenmeyen amaçlarla ilişkilendirilmesi mümkündür. Bu tür bir ilişkinin varlığı, tutumun duygusal öğesini simgeler (İnceoğlu, 2004). Birey dışarıdan gelen uyarıcının kaynağına karşı tutumu ne yönde ise (olumlu/olumsuz) uyarıcının kaynağı olan nesneye dair yorumu da aynı yöndedir. Tutumu, gerçek bir olgu ve durumdan farklı kılan yönü onun duygusal bir yapıya da sahip olmasıdır (Aydın, 1987: 295).

Ancak duygusal öğeler diğer iki öğeden bağımsız olarak anlamlı bir yapıya sahip olamaz. Zihinsel öğeler, duygusal öğenin oluşumunda, daha önceden nesnenin bilgisine ve deneyimine sahip olduğu için destekleyici ve geliştirici yönüyle etkindir. Tutumda duygusal boyut zihinsel birikimden edindiği bilgiler dahilinde şekillenir ve oluşur (Yaprak, 2007).

Davranışsal Öğeler: Belli bir uyarıcı bütününde, tutum nesnesine dair bireyin sahip olduğu davranış tarzını şekillendirir. Kişinin davranış tarzı, sözlü

beyanlarından anlaşılabilceği gibi diğere hareketlerinde de ifade bulabilir. Bu noktada duygusal ve düzgüsel davranışın ayırđına varmak gerekir. Duygusal davranış tutum nesnesinin benimsenen ve benimsenmeyen bir durumla ne şekilde ilişkilendirildiğine göre şekil alır. Düzgüsel davranış ise uygun davranışın nasıl olması gerektiğine dair inançlara bağılı bir davranıştır. Birey, içinde bulunduğı toplum bir davranışı uygun kabul ediyorsa, bu davranışı benimsemese de yapar (İnceoğlu, 2000: 18).

Duygusal ve zihinsel öğenin etkisi irdelendiğinde, duygusal öge, bilişsel ögeye göre daha basittir fakat duygusal yönü belirgin olan tutumlar daha güçlüdürler. Özellikle bireyin kendisi ile ilgili durumlar karşısında tutumu genelde duygusal boyuttadır (Baysal, 1981: 16).

2.1.3. Tutum ve Davranış İlişkisi

Tutum konusunun dikkat çekmesi, birçok yönden tutumların davranışlar üzerinde ciddi etkileri olduğı düşölmesi ile başlamıştır. Günümüze kadar tutumla ilgi yapılan çalışmalarda, tutum ve davranış arasında bir ilişki olup olmadığı konusunda sonuç aranmıştır. Ancak, tutum-davranış ilişkisinin kanıtlanamamasının ardından, bir grup psikolog, tutumların davranışları kesin bir şekilde belirleyememesi üzerine çalışma yapmış ve tutumların davranışlara hangi durumlarda etki ettiğini araştırmışlardır (Kağıtçıbaşı, 1999: 114-115).

Tutumlar, davranışa yol gösteren ön eğilimler olarak düşünölebilir. Ama tutumların davranışlarımız üzerinde ne ölçüde etkili olduğı ve dolayısıyla tutumlarla davranışlar arasındaki bağıın ne kadar kuvvetli olduğı sorularına verilecek cevaplar oldukça önemlidir (Kağıtçıbaşı, 1999: 109-112).

İnsanların her zaman tutumlarıyla tutarlı davranmadıkları gözlenmektedir. Örneğın, trafik kurallarına her koşulda uyulması gerektiğini vurgulayan bir sürücünün trafik ışıklarını ihlal ettiğı görölebilmektedir. Fiziksel şiddete karşı olan öğretmenlerin öğrencilerini döverek cezalandırdığı görölmektedir. Genellikle nüfus ve çocuk sayısı konusunda tutumlarla davranışlar arasında önemli bir fark ortaya çıkmaktadır. İnsanlar, sorulduğı zaman ortalama 2 çocuk istediklerini ve bunun ideal çocuk sayısı olduğunu belirttikleri halde, büyük bir kısmı bundan daha fazla sayıda çocuğa sahiptir.

2.1.4. Anne Baba Tutumları İle İlgili Modeller

Anne baba tutumları ve eylemleri arasında kavramsal farklılıklara dikkat etmek gerekir. Buna dayanarak çocuklara göre anne baba tutumlarındaki farklılıklar irdelenmiştir. Anne baba tutumlarındaki yerel değişiklikler anne baba stillerinin oluşumunda değişikliğe sebep olabilmektedir (Yılmaz, 1999: 110-111).

Çocuğun sahip olacağı kişilik yapısı, anne babanın tutumlarına göre şekillenir. Ayrıca anne babalar tutumları farklı olması, çocuğun sosyal ve duygusal yönden belirsizliğe sürüklenmesine sebep olabilir (Yılmaz, 1999).375360

2.1.4.1. Psikodinamik Model

Sigmund Freud, çocuk gelişiminde ebeveynlerin önemli bir etki yaptığını ve kişilik gelişimini yönlendirdiğini söylemiştir. Gelişimin kritik döneminin 4-5 yaş olduğunu belirtmiştir (Yeşilyaprak, 2003: 62). Bu görüşe dayanarak çocuğun ilk beş yılında kişiliğin oluşumu açısından en önemli faktör, anne-baba tutumlarıdır. (Akbaba, 1988:1) Psikoseksüel kurama göre, çocuk fallik dönemde (3-6 yaş) önce karşı cins ebeveyne sonra hemcins ebeveyne yönelir. Bu noktadaki anne baba tutumları çocuğun kişilik yapısının oluşumunda kritik öneme sahiptir (Yavuzer, 2005: 20). Psikanalitik kuramın yaratıcısı Freud, kişilik yapısını id, ego ve süper ego şeklinde incelediğinde, her kişilik yapısının anne-baba tutumlarından etkilenerek şekil alacağını ortaya koymaktadır. Buna ek olarak çocuğun kişilik yapısı ile anne babanın tutumları farklı olabilir. Bu farklılık çocuğun cinsiyet rolleri, sosyal ve kişilik gelişimi ile anne babanın çocuğun istediği yapı arasında uyumsuzlığa ve çocuk-ebeveyn çatışmasına yol açabilir. Son tahlilde, sağlıklı bir kişilik gelişim için çocuğun yapısı ve ailenin tutumu uyumlu olmalıdır (Yılmaz, 2000). Adler, bir çocuğun gelişiminde anne-baba-kardeş faktörlerinin önemine vurgu yapmıştır. Anne babanın tutumlarının çocukların doğum sırasına göre farklılaşabildiğini savunmuştur. Adler de gelişimin ilk 5-6 yılının ve bu yıllar içerisinde anne baba tutumunun çocuğun kişilik gelişiminde etkili faktörler olduğunu söylemektedir. Anne babasından ilgi bir tutum gören çocuklar yapı olarak cesur, aktif, özgüven sahibi olurlar (Geçtan, 1993: 78).

2.1.4.2.Davranışçı Model

Davranış kuramcılar, anne-baba tutumlarına yönelik araştırmalarında, davranışların çeşitliliği noktasına odaklanarak davranışın tutumdan öncelikli bir etmen olduğunu savunmuşlar. Buna bağlı olarak davranışçı modele göre, anne-baba tutumları, anne-babanın davranış farklılıklarına göre sınıflanmıştır. Davranışçı mantığı benimseyen kuramcılar, çocuğun dışarıdan aldığı pekiştirenin çocuğun gelişimine etkisini araştırarak, çocuğun gelişim özelliklerinin içinde yaşadığı ortamı yansıttığını belirtmektedirler(Yılmaz, 2000). 296659

Anne babanın çocuklarına karşı olan tutumları arasındaki farklılıkların sebebini anne babaların kendi inançları olarak belirtmekte ve çocuğun sosyal, cinsiyet ve kişilik gelişiminin de bu faktörden etkilendiğini ileri sürmektedirler (Öğretir ve Demiriz, 2009). 296659

Davranışçı yaklaşım; babanın olumlu davranış yönündeki tutumunun anneden daha etkin olduğu noktada, çocuklarla anneden daha kısa zaman geçirmesine rağmen, kız ve erkek çocuklar arasındaki davranış farklarını ortaya çıkarmada ve kuvvetlendirmede daha fazla role sahip olduğunu söylemektedir (Yavuzer, 2005).

2.1.4.3.Baumrind'in Sınıflama Modeli

Baumrind henüz okula başlamış çocukları ev ve laboratuvar ortamında incelemiş, ebeveyn-çocuk ilişkisini araştırmıştır. Ana baba stiliyle ilişkili 4 faktör belirlemiştir. Bunlar; ebeveyn kontrolü, ebeveyn çocuk iletişimde açıklık, olgunluk beklentisi ve bakım-destektir (Yılmaz, 2000).

Baumrind, dört boyutun ortak noktasından üç temel anne baba tutumu oluşturmuştur. Bunlar otoriter, izin verici, demokratik anne baba tutumudur. Baumrind'e göre çoğu anne baba tutum olarak bu üçünden birine daha yatkın olurlar. (Yılmaz, 2000).

Kontrol ve olgunluk beklentisi boyutlarında yüksek, açık iletişim ve bakım boyutlarında düşük olan ebeveynler otoriter grupta yer almaktadır. Otoriter ebeveynler çocuklarından, belirledikleri kurallara karşı mutlak itaat beklerler. Bu şekilde bir yapının bulunduğu ailelerde sağlıklı bir iletişim yoktur ve çocuklara fikirleri sorulmaz(Yılmaz, 2000).

Bütün modellere ait özellikleri yüksek oranda taşıyan anne babalar tutum olarak demokratik grupta yer almaktadır. Demokratik anne babalar, çocuklarıyla iletişim kurmayı önemser, onların her yönden ihtiyaçlarına karşı ilgili olurlar. Bir karar alınacağında çocuklarının fikirlerini de sorarlar. Demokratik anne babalar çocuklarından kurallara uyacak bir olgunluk beklerler. Demokratik ebeveynlerin çocukları kendi kendine yetebilen, kendini iyi ifade edebilen, sosyal ve akademik başarıları yüksek çocuklar olurlar (Yılmaz, 2000).

Kontrol ve olgunluk beklentisi boyutlarında düşük, açık iletişim ve bakım boyutlarında yüksek olan ebeveynler ise izin verici grupta yer almaktadır. İzin verici ebeveynler çocuklarını kontrol etme gereği duymazlar ve ihmal edebilecek düzeye gelebilirler. Çocuklarına karşı olan ilgili davranışları, tanıdıkları özgürlük aşırıdır. (Yılmaz, 2000).

2.1.4.4.Maccoby ve Martin'in İki Boyutlu Bakış Açısı Modeli

Maccoby ve Martin ana baba tutumlarını duyarlılık ve talepkarlık/kontrol boyutları açısından incelemiştir. Bu boyutların ortak noktasında 4 anne baba stili belirlemiştir. Maccoby ve Martin izin verici anne baba stilini ikiye ayırmıştır. Bunlar izin verici/müsamahakar (hoşgörülü), izin verici/ ihmalkar ana baba stilleridir (Yılmaz, 2000).

İzin verici/müsamahakar ebeveynler çocuklarına karşı ilgili fazla, kontrolleri azdır. Bu ailelerin çocukları çoğunlukla saldırgan davranış sergiler, sorumluluk almazlar. İzin verici/ ihmalkar ebeveynler çocuklarına mesafeli olur, vakit ayırmaz, ilgi göstermez ve denetleme yapmazlar. Bu ebeveynler çocukların maddi gereksinimleri üstlenir, manevi gereksinimlerini ihmal ederler (Yılmaz, 2000).

2.1.5.Anne Baba Tutumları Türleri

Anne baba tutumları ile ilgili geçmişte yapılan çalışmalar incelendiğinde birçok sınıflamanın yapıldığı görülmektedir. Çocuğa dönük tutum her ebeveyn için değişik tarzda olabilir. Ebeveyn sayısı kadar farklı çocuk yetiştirme tarzı olması da mümkündür. Ancak sınıflamalar çocuğa dönük tutum ve davranışların ortak noktaları üzerinden gidilerek ortaya çıkarılmıştır. (Kuzgun ve Eldeleklioğlu, 2005).

Bu çalışmada, en sık karşılaşılan anne baba tutumları olduğu düşünölen “baskıcı otoriter”, “koruyucu-istekçi” , “demokratik” ve “ilgisiz” anne baba tutumları ele alınacaktır:

2.1.5.1.Baskıcı Otoriter Anne Baba Tutumu

Aşırı baskıcı ve otoriter ana baba tutumu katı bir disiplin anlayışı ve kurallardan oluşur(Yavuzer, 2005). Aşırı baskı, çocuğun kişiliğini gölgede bırakan geleneksel aile yapısına özgü bir tutumdur. “Baskıcı denetleme” ve “sevgi esirgeyerek denetleme” gibi yöntemler barındıran aşırı baskılı ve otoriter aile yapısında çocuk hangi davranışına karşı hangi tepkiyi alacağından emin olamaz. Buna bağılı olarak çocuk belirsizlik bir ruh haline girer ve aşırı tepkisel ya da aşırı kabulcü olur. Bu tür ailelerde büyüyen çocuklar kendi istedikleri değil kendilerinden istenen davranışları edindikleri için dışa bağılı kişilik sahibi bireyler olurlar (Yavuzer, 2005).

Bu sınıfa dahil olan anne baba tutumu çocuk üstünde baskı kurmaya dayanır. Çocuğun davranışlarına sınır koyarlar ve çocuğun davranışlarını yargılamaya, kontrol etmeye ve belirlemeye çalışırlar. Otoriter anne baba, çocuğu üzerinde mutlak hakimiyet hedefler. Onlar için itaat önemli bir gerekliliktir. Kurallar belirlenirken çocukların fikri alınmaz ve onlara bilgi verilmez. Anne babanın nasıl diyorsa öyle yapılmalıdır anlayışına sahip olurlar (Şendil, 2003: 176).

Çocuğun herhangi bir özerklik ve bağımsızlık niyeti otoriter ebeveyn açısından başkaldırı olarak kabul edilir. Bu tavra karşılık olarak da cezalandırılmalarına ve fiziksel şiddete varan yaptırımlara başvurmalarına sebep olur. (Can, 1990: 118) Çocuğun kendine ait duygusal yapısı ve istekleri olabileceğı ihtimali dahi göz ardı edilir. Otoriter yapıya sahip bir ailede yetişen çocuk bireysel girişim kabiliyetlerini yitirir, sosyal kabiliyetlerini ise otoritenin müsaade ettiğı ölçüde kullanabilir (Geçtan, 1999: 40).

Otoriter ve baskıcı anne babaların yetiştirdikleri çocuklarda olumsuz benlik algısı, özgüven eksikliği, öğrenilmiş çaresizlik ve sosyal çekingenlik gibi olumsuz özellikler oluşur (Aslan, 1992).

Baskı ve otorite gölgesinde büyüyen çocuklar, yetişkinlik dönemlerinde öfkeli davranışlar geliştirebilir ve aşağılık duygusuna kapılabilirler (Aydın, 2004). Bu tutumda olan ebeveynler ile çocuk arasında zamanla çatışma durumu oluşur ve çocuk

kaygılı, dış dünya ile ilişki kuramayan, sosyal iletişimini kaybeden bir yapıya bürünür (Özdoğan, 1997).

2.1.5.2.Koruyucu Anne Baba Tutumu

Koruyucu anne babalar çocuğun sorumluluklarını üstlenir ve onların yerine yaparlar. Koruyucu anne baba tutumu sürekli çocuğunun yerine düşünme ve gerekli olmayan durumlarda dahi onlar adına karar verme gibi sonuçlar doğurur. Bu tutuma sahip ebeveynlerin çocukları kendi başlarına karar alamaz, sorumluluklarını üstlenemezler (Kulaksızoğlu, 2011: 120-121).

Koruyucu anne babalar çocuklarına karşı aşırı düşkün, çocuklarının sağlık ve eğitimlerini çok önemseyen, çocuğun iyiliği için gerekli olan her şeyi yapmaya çalışan, kuralları aşırıya kaçan, çocuklarından hep başarı ve olgunluk bekleyen yapıdadır. Çocuğun her şeyine karışır; arkadaşlarını, giyeceklerini ve hatta besinlerini kendileri seçerler. Böyle anne babalar çocuklarından hep başarı beklediklerinden çocuklarının başarısızlığını kabul edemez, çocuğun başarısızlığını çoğunlukla manevi cezalarla ve ayıplayarak karşılarlar(Yavuzer, 1994: 33).

Aşırı korunan çocuklar kendi başlarına karar vermekte zorlanan, anne babasına bir şey sormadan girişimde bulunamayan, isteklerini ağlayarak yerine getirtmeye çalışan ve istedikleri olana kadar ağlamayı sürdüren, aşırı dediğim dedik, inatçı bireyler olarak yetişmektedir (Navaro, 1989: 123).

Koruyucu anne babaların çok fazla müdahaleci ve korumacı olmasının altında yatan bazı nedenler de bulunmaktadır. Çocuğun ölen bir bebeğin ardından doğması, tehlikeli bir hastalık geçirmiş olması, eşler arasında meydana gelen çatışmalar, anne ve babanın kendi çocukluklarında yeterince sevgi görmemiş olması ve sağlıksız ortamlarda büyümüş olmaları gibi nedenler kendi çocuklarına korumacı davranmalarına neden olabilir (Şendil, 2003: 176).

Aşırı koruyucu aile ortamlarında büyüyen çocuklar zamanla ev dışından olan bireyler üzerinde de egemenlik kurmaya çalışırlar (Yavuzer, 2006: 29-30).

2.1.5.3. Demokratik Anne Baba Tutumu

Demokratik anne baba tutumu çocuğun bireyselliğinin farkında olma ve ihtiyaçlarına saygı duyma temellerine dayanmaktadır (Demiriz ve Öğretir, 2007: 109). Demokratik ailelerde çocuğun temel yaşam ihtiyaçlarına ek olarak sevgi ve

ilgili ihtiyaçları da karşılanmaktadır (Örgün, 2000: 26). Demokratik anne babalar, çocuğun isteklerini önemser ve aile içerisindeki varlığına saygı duyar(Aslan, 1992).

Demokratik anne babalar çocuklarına koşulsuz sevgi gösterirler ve empati ile yaklaşır. Tutum, düşünce ve davranışları saydamdır, çocukları da bunlardan haberdar olurlar. Aile içerisinde olaylar sağlıklı iletişimle, sıcak bir ortamda değerlendirilir. Kurallar fikir alışverişi ile ve herkesin katılımıyla belirlenir (Özgüven, 2001: 213).

Çocuklara belirlenen kuralların mantığı anlatılır. Çocuk hem kurallara uyar hem de özgürlüğünü yaşar. Kurallar anlatılır ve tutarlı şekilde uygulanır. Tutarlılık çocuğun ebeveynlerine güvenmesi ve kuralları önemsemesi bakımından kritik öneme sahiptir. Tutarlı ebeveynlerin çocuğu hem özdenetim hem de güven duygusu kazanır (Şendil, 2003: 179).

Demokratik ana babalarda şu tutum ve davranışlar görülür:

-Çocukla ilgilenir, sağlıklı iletişim kurar, kuralları anlatır ve evladının ihtiyacı olan imkânlarla sahip olması için rehberlik yapar,

-Çocuğun varlığını ve bireysel farklılığını kabul eder, çocuğun kendileriyle, karşılıklı sevgi ve saygılı bir etkileşim kurmasını sağlar,

-Aile içinde demokratik bir sistem kurarak, çocuklara dengeli bir bağımsızlık ortamı sağlamak (Oskay, 1986: 82).

Genel kanı; ana-baba, ne fazla baskıcı, ne fazla ilgisiz olmalıdır. Tutarlı ve güven verici bir tutuma sahip olmalıdır. Anne babalar, çocuğun makul isteklerini, imkanlar dahilinde özgürce yapmasına izin vermeli ve çocuktan beklentilerini ona anlaşılır bir şekilde ifade etmelidirler(Senemoğlu, 2007: 12). Ancak ana-baba tutumlarının bazı kişilik özellikleri üzerine etkisini araştıran Akbaba (1988), sadece demokratik ana-baba tutumuna bağlı çocuk yetiştirmenin bazı kişilik özellikleri üzerinde olumsuz etkilerinin de olduğunu saptamıştır. Araştırmacıya göre genel geçer en iyi ana-baba tutumunu belirlemenin çok güç olduğunu, bunun yerine tüm ilişkilerde başta demokratik tutum olmak üzere diğer ana-baba tutumlarından da yararlanılabileceğini vurgulamaktadır.

2.1.5.4.İlgisiz Ve Kayıtsız Anne Baba Tutumu

Çocuğa karşı ilgisiz ve kayıtsız tutum gösteren anne ve baba çocuğu yalnız bırakmakta, onu görmezlikten gelmekte ya da çocuğu dışlamaktadır. Bu tutumlar sonucunda ise, çocukta ait olma ve güven duygusu sarsılmakta ve saldırganlık eğilimleri görülmektedir (Aydın, 2004).

Böyle ailelerde çocukla ilgilenmiyorlar, çocuk tek başına kalmaktadır. İlgisi ve sevgi yoksunluğunun sonucu olarak çocukta kişilik gelişimi olumsuz etkilenir. Sonuç olarak yetişkin yaşamlarında kendine ve çevresindeki insanlara güvenmeyen bireyler olarak yetişir. Böyle davranış biçimini çocuğa karşı duygusal istismar da adlandırmak olur (Tuzcuoğlu, 2003).

Aile içerisinde anne ve babanın birinin ya da her ikisinin de çocuğa karşı ilgisiz ve kayıtsız tutum göstermesinin en önemli nedeni ailede iletişim bozukluğunun var olmasından kaynaklanmaktadır (Deniz, Hamarta ve Arı, 2005).

2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.2.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocuğun gelişim dönemine uymayan aşırı hareketlilik, atıklık ve dikkat ile ilgili sorunlar olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat sorunları, aşırı hareketlilik ve istemsiz davranış belirtileri barındıran ruhsal bir bozukluktur. (Ercan, 1999).

Aşırı hareketlilik, düşük engellenme eşiği, dikkati yönlendirme konusunda iradesizlik, sosyal düzene karşı uyumsuzluk, akran ilişkileri kurmada zorluk ve akademik başarısızlık gibi özellikler bulundurulur. (Yazgan, 1999).

DEHB, okul öncesi dönemde başlayan, okul ve sosyal ortamlarda başarısızlığa sebep olan, yaşına göre kısa dikkat süresi, yaşa göre fazla hareketlilik ve dürtüsellik ile görülen bozukluktur. Tanı için 6 ay boyunca görülmelidir. Belirtilerin eğitim kurumları, sosyal alan, ev vb, gibi ortamlardan en az ikisinde görülmesi gerekir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Fowler' a göre dikkat eksikliği ve aşırı ataklık; çocukların dağınık olmasına sebep olur. Bu sebeple eşyaları ve ödevleri unutmakta, işlerini düzenli şekilde yapmakta güçlük çekmekte ve birkaç görevi aynı anda aldıklarında nereden başlayacaklarını bilememektedirler (akt. Şenel, 1996a).

Oyunlarda genelde sıralarını bekleyemezler ve akran ilişkilerinde sıkıntı yaşarlar. Sık sık okulda kullandıkları materyalleri kaybederler. Düşüncesiz davranışlarda bulunabilirler. Bir şey söylendiğinde dinlemiyormuş gibi bir halleri olur. (Selçuk, 2001).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu fazla hareketlilik, dikkat problemleri ve ertelenemeyen istekler gibi belirtilerle görülen psikiyatrik bir bozukluktur. Bir bireye DEHB tanısı konulabilmesi için belirtilerin okul öncesi dönemden itibaren bulunması, normal bir bireyde olandan daha fazla düzeyde görülmesi yeterlidir (Ercan, 2007:19).

DEHB için, belirtiler 7 yaşından önce ortaya çıkmasına rağmen, tanı konulması ve tedaviye başlanması okul yıllarına rastlamaktadır. Kuralları olan, uyum gerektiren ve zihinsel işlevlerin kullanılması gereken ilköğretim yılları, sadece DEHB olan çocuk için değil veliler ve eğitimciler için de zor geçen bir süreçtir. Bu çocuklar eğitim faaliyetlerine kendi başlarına ilgi duymazlar, ödevlerini öğretmenlerinin ve velilerinin denetiminde yaparlar. Ders başında uzun bir süre duramazlar. Dışarıdan gelen bir uyarı dikkatini kolayca dağıtır ve ödev yapmayı bırakmak isterler. Yerlerinde duramamaları ve sürekli hareket etme istekleri, okula başladıkları andan itibaren dikkat çekmelerine ve uyarı almalarına sebep olur. Derslerde masalarını sürekli terk ederler, sınıf içerisinde izinsiz hareket ederler ve sınıf içerisinde düzenin sağlanmasını zorlaştırırlar. Ders dinlemek istemezler ve ilgileri başka şeylere yönelir. Derste sıkılmaya başladıklarında dürtülerini kontrole edemedikleri için sınıf ortamını da sabote ederler. Oyunlarda kurallara uymamaları ve sıralarını beklememeleri arkadaşlar ilişkilerinde de sorun yaşamalarına sebep olur. Fazla hareketli olmaları, dikkat sorunları yaşamaları ve dürtüsel olmaları istemsiz de olsa eşyalara ve arkadaşlarına zarar vermelerine sebep olabilir. DEHB, herhangi bir zeka düzeyiyle orantılı değildir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu olan

çocuklar akademik olarak istikrarsız bir görüntü çizerler. Ev ortamında ise yapılan işlerde bir görev almak istemezler. DEHB, ömür boyu devamlılığı olabilen bozukluktur (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005).

Dersin başında uzun süre kalamayan, ders yaparken veya dinlerken dikkati dağılan, ilgi duyduğu şeye odaklanabilirken derse odaklanamayan, düzensizliği ve unutkanlığı fark edilebilen düzeyde olan çocuklarda DEHB şüphesi göz önünde bulundurulmalıdır. DEHB tanısı alan çocukların ailelerinin en çok şikayetçi olduğu konulardan birisi çocukların sevdikleri aktiviteler ile dersler arasında odaklanma ve ilgi duyma noktalarında belirgin farklar olmasıdır. Örneğin bir erkek çocuğu saatlerce futbol oynayabilirken kısa bir okuma parçasını tamamlayamayabiliyor. Kız çocukları ise bir şarkıyı kolayca ezberleyip söylerken çarpım tablosunu aylarca öğrenemeyebiliyor. (Ercan ve Aydın, 2012, s.17-18).

2.2.2.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Alt Tipleri

DEHB' nun temel özelliği dikkatin kısa süreli olması, denetim eksikliği sebebiyle oluşan ataklık ve aşırı hareketlilik. Buna bağlı olarak, çocukta üç tip gelişimsel sorun görülür: Dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik (Şenol ve İşeri, 2004). Alt tipler son altı ay içerisinde belirginleşen semptomlar dikkate alınarak ayırt edilir.

DEHB – Dikkatsizliğin Ön Planda Olduğu Alt Tip

Bu tipte belirgin olan hareketlilik değil dikkat eksikliğidir. Bu noktada dikkati toplayıp bir konuya verememe, dikkatin sürdürülememesi ve sıkça dağılması gibi durumlar öne çıkmaktadır. (Hayta, 2011)

Bu çocuklarda dikkatin sağlanması, sürdürülmesi ve organizasyonu noktalarında sorunlar olmaktadır. Bu sorunlar aile içi ve sosyal ortamlarda zorluklara yol açsa da okulda daha sık ve belirgin bir şekilde gözlenmektedir. Bu tipteki öğrencileri eğitimciler hep geç kalan, sistemli olamayan, ödev yapamayan, rüyada gibi ve unutkan olarak tanımlarken diğer çocuklar ise oyunbozan olarak tarif etmektedir. Bu tipteki çocuklarda okul öncesi dönemde belirtiler görülmeyebilir ve

ilk tanı çoğunlukla ilkokulda konulur. (Weis ve Weis, 2002). Görülme sıklığı kız çocuklarda daha fazladır. (Şenol ve Köroğlu, 1994).

Dikkat eksikliğinin bu tipinde temel sorun şudur; çocuk bir şeyle uğraşırken o esnada içinde farklı bir eylemde bulunma isteği oluşursa buna engel olamazlar. Bu istek onlar için ertelenemezdir. Ancak çok sevdikleri bir şey ile uğraşıyorsalar dikkatleri kolay dağılmaz ve başka bir arayışa girmezler. Dikkat eksikliği sebebiyle öğrenmede verimlilikleri düşebilir, ilgi azalabilir ve anlatılanları kavramada zorluklar olabilir. Sahip oldukları zeka potansiyeli ile performansları tutarsız olur. (Türe, 2010).

DEHB – Hiperaktivite ve Dürtüsellik Ön Planda Olduğu Alt Tip

Dikkat eksikliğine pek rastlanmayan, genelde fazla hareketli, fevri ve tepkisel olma gibi belirgin özellikler taşıyan tiptir. Çoğunlukla şikayetler aşırı hareketlilik konusunda gelir. (Hayta, 2011)

Aşırı hareketlilik ölçütlerini taşıyan çocuklar dikkat eksikliğine dair ölçütler taşımazlar. Ancak bu tipteki çocukların belirtileri daha çabuk ve kolay fark edilir. Çocukların aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri akranları ile oynarken, ev ve okul gibi ortamında daha kolay gözlemlenebilir. Yetişkinlerin yanında veya muayenede belirtiler görülemeyebilir.. Görülme sıklığı erkek çocuklarda daha fazladır. (Tahiroğlu ve ark, 2009)

Bu alt tipte tanı koyma diğerlerine göre daha erken yaşta gerçekleşir. Yaş geçtikçe motor işlem kabiliyetinde azalma başlar, yetişkinlikte genel bir huzursuzluk durumu görülebilir. Engellenme eşikleri daha düşüktür. (Biederman, Mick, & Faraone, 2002) .

DEHB – Birleşik Alt Tip

Hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtilerinin birlikte bulunduğu alt tiptir. Bu çocuklarda akademik başarı ve sosyal işlevsellik sıkıntıları görülür. Gözlem altına alındıklarında aşırı hareketlilikleri kolay bir şekilde fark edilir. (Hayta, 2011).

DEHB-bileşik tipte temel bulguların tamamı bir arada bulunur. Yaşlarına göre gelişim dönemlerine uygun olmayan hareketlilik durumu görülür. Düşünmeden hareket etme, sırasını bekleyememe, etrafı kurcalama, gereksiz konuşma, aşırıya kaçan cinsel eylemler gibi dürtüsellik belirtileri sergiledikleri için çokça sosyal sorunlar yaşarlar. Odaklanmada ve dikkatin sürdürülmesinde zorluk yaşarlar, herhangi bir uyarana karşısında odakları kayar ve bu sebeple özellikle eğitim-öğretimde sıkıntı çekerler. (Türe, 2010)

Genel olarak DEHB tanısı alan çocukların çoğunluğu bu alt tipte bulunur. Yetişkinler için bu yorumun yapılabilmesi için yeterli veri yoktur. İçinde bulunduğu gelişim döneminin özelliklerine uymayan huzursuzluk, duygu ve davranışlarda engellenme hissi, kolay dağılan dikkat görülür. Bu belirtiler çocuklarda eğitim ve sosyal ortamlarda zorluklara sebep olur. Belirtiler çoğunlukla yetişkinliğe kadar görülür. (Weis ve Weis, 2002). Görülme sıklığı her iki cins için de en fazla olan alt tiptir.(Şenol & Köroğlu, 1994).

2.2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Klinik Belirtiler

Günümüzde çocuklar arasında salgın bir hastalık gibi gün geçtikçe artan basında, okulda, evlerde sık duyulan, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ya da yaygın kullanımıyla ‘hiperaktif çocuk’ kavramı ile sıkça duymaya başladığımız tanısı klinik temele dayanan bir hastalıktır. Klinik değerlendirmeler ve testler sonucu elde edilen bulgular aracılığıyla tanıya gidilmektedir. Çocuğun davranışlarının farklı alanlardaki görünümünü belirlemek amacıyla ana baba ve öğretmen değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için dünyanın birçok yerinde kullanılan sınıflama sistemlerinden birisi olan Amerika Birleşik Devletleri Psikiyatri Derneği'nin DSM V-R tanı ölçütleridir(Türe, 2010).

Okul öncesi dönemde olan çocuklara tanı koymak, bu yaş çocuklarının genelde hareketli olması ve öz denetimlerinin yetersiz olması nedeniyle oldukça zordur. DEHB tanısı koymakta aceleci davranmadan aile danışmanlığı, davranışsal öneriler ve düzenli takiplerle bu yaş çocuklarının okula başlama yasına kadar izlenmesi gerekmektedir. DEHB olan pek çok çocuk bebekliklerinde de huzursuz,

hareketli, az uyuyan, çok ağlayan ve beslenme problemleri yasayan çocuklardır. Bu çocuklar aşırı hareketli, yerinde durmayan, huzursuz, kontrol edilemeyen, uzun süre oyun faaliyetlerini sürdüremeyen, çabuk sıkılan, çok soru soran ancak sorunun cevabını beklemekte zorluk çeken, yorulmak nedir bilmeyen, kıpır kıpır olan çocuklardır. Bozukluk okul öncesi dönemde sinyallerini verirken tanı koyma ve tedaviye başlama okul yıllarına denk gelir (Şenol vd., Senol, S., İşeri, E., Koçkar, 2006).

Kızlarda DEHB' nin dikkat eksikliğinin önde geldiği tip, erkeklerde ise hiperaktif- dürtüsel tip daha sık görülmektedir. Erkeklerde bu bozukluğun daha sık görülmesiyle ilgili olarak aşağıdaki çıkarımlar yapılabilir:

- 1-Erkekler genel olarak kızlara göre daha hareketlidirler.
- 2-Dikkat problemlerinin genetik temelleri bulunmaktadır.
- 3-Okul yapay bir ortamdır, can sıkıcıdır. Erkek çocuklar daha doğal, hareketli ve eğlenceli etkinliklerden daha çok hoşlanırlar.
- 4-Erkek çocukları okul olgunluğu açısından kızlara göre daha geridir. 10 yaşlarında kızların gelişimsel farkları daha da artar.
- 5-Erkekler otorite figürüyle daha fazla yüz yüze gelirler. Bu durum onların daha kavgacı ve gürültücü olmasına yol açabilir. Burada sıralanan etkenlerin hepsi olasılıklardan ibarettir. Erkek çocuklarda daha fazla görülmesi bir yanlışlık gibi algılanabilir ama bu yanlış bir mantık yürütme olabilir (Akt: Selçuk, 2002, s.32-34).

Hiperaktivite kızlardan çok erkeklerde görülen bir bozukluktur. Ancak cinsiyetten kaynaklanan belirti farklılıklarına pek rastlanmamıştır. Hiperaktif kızlar erkekler kadar hareketli değildirler; 6-11 yaşlarındaki çocuklarda yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre dürtüsellik ve dikkat eksikliği cinsiyetle bağıntılı değildir. Hiperaktif kız çocuklarının ileriki yaşamları pek mercek altına alınmamıştır. Ancak cinsiyetle bağıntılı olarak yapılan yeni bir araştırmanın sonuçlarına göre hiperaktif erkek çocukların % 40'ı, kız çocuklarınsa % 25'i ergenlik döneminde de hiperaktivite özelliklerini taşımaktadırlar. Hiperaktiviteye kızlarda daha az rastlanılmasının nedeni koruyucu etken olabilir. Kimi varsayımlara göre erkeklerin sinir sisteminin gelişimsel olgular karşısındaki dayanıksızlığı söz konusu farklılıkların temel nedenlerinden biridir. Başka bir açıklamaya göre de kızların

genetik yükünün erkeklerinkinden daha güçlü olması bozukluğun ortaya çıkmasını önleyen bir etkidir (Heuzey, 2005, s.31-32; Akt., Bilge, 2013).

DEHB'nun temel özelliği bireyin gelişimsel düzeyiyle uyumsuz biçimde, belirgin ve şiddetli hiperaktivite-dürtüsellik ve/veya dikkatsizlik belirtilerinin olmasıdır. Tanı için belirtilerin en az iki ortamda (ev, okul ya da işyeri gibi) ortaya çıkması, işlevsellikte bozukluk oluşturması ve belirtilerden en azından bazılarının 7 yaşından önce başlaması gerekmektedir (Köroğlu, 1994).

Bu çocuklar bireysel katılım gerektiren etkinlikleri sürdürmezler ve bir işi tamamlamadan diğerine geçme eğilimiyle birlikte düzensiz, denetimsiz, aşırı hareketlilik gösterirler. Dikkat eksikliği, işleri bitirmeden bırakma ve görevleri erken terk etme şeklinde görülür. Aşırı hareketlilik ise sakin olmayı gerektiren durumlarda aşırı huzursuz olma şeklindedir ve duruma bağlı olarak çevrede koşma ve atlama, oturması gerektiğinde yerinden kalkma, aşırı konuşma, gürültücülük ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durma şeklinde olabilir. Atak olmaları nedeniyle kazalara yatkındırlar ve kurallara uymadaki zorlukları nedeniyle disiplin sorunları çok olur. Yetişkinlerle ilişkilerinde sosyal sınırları bilmezler, diğer çocuklarla ilişkilerinde de zorluklar yaşayarak genelde dışlanırlar (Weiss ve Weiss, 2003).

DEHB tanısının konulmasıyla ilgili en önemli konulardan birisi, bu belirtilerin nerelerde görüldüğüdür. Bu belirtilerin en az iki alanda bulunması gereklidir (Köroğlu, 1994). Klinik değerlendirmeler genel olarak okulda ve evde bu belirtilerin görülüp görülmediği ile ilgilenmektedir. Anne baba ve öğretmen için bu amaç doğrultusunda çocuk değerlendirme ölçekleri geliştirilmiştir. Anne-baba ve çocukla görüşme, anne-baba, öğretmen ve okulun rehberlik birimi, çocuğu yakından tanıyan akrabalar gibi gerekli görülen diğer kaynaklardan bilgi alınması, anne-baba ve öğretmen tarafından çeşitli test ve ölçeklerin doldurulması gibi fazla kaynaktan bilgi alınması ve değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısının konulmasında hiçbir beyin filmi, manyetik rezonans görüntüleme (MR), bilgisayarlı tomografi (BT), neurofeedback veya benzeri işlemler Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konmasında kullanılmaz. Bir çocuğun veya ergenin Dikkat Eksikliği

Hiperaktivite Bozukluğu olup olmadığı çocuk psikiyatrisinin anne baba ve çocukla görüşmesi; gerektiğinde öğretmenden bilgi alması sonucunda belirlenir. Çocuk psikiyatristi tarafından gerekli görülen durumlarda zekâ testi ve bazı nöropsikolojik testler de DEHB tanısı konmasında kullanılabilir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısının konulması (teşhis edilmesi) olabildiğince fazla kaynaktan bilgi alınarak ve çeşitli değerlendirmeler sonucunda gerçekleştirilir. Anne-baba ve çocukla görüşme, anne-baba, ğretmen ve okulun rehberlik birimi, etüt, spor hocası, çocuğu yakından tanıyan akrabalar gibi gerekli görülen diğer kaynaklardan bilgi alınması, anne-baba ve ğretmen tarafından çeşitli test ve ölçeklerin doldurulması DEHB tanısı konulurken uygulanan işlemlerdir (Ercan ve Aydın, 2012, s.37).

“Hiperaktivite belirtileri; aşırı hareketlilik, yerinde duramama, kıpır kıpır olma ve devamlı hareket halinde olma tarif edilebilir. Hiperaktivite denince çocuğun sürekli dolaşması, hiç yerinde oturmaması anlaşılmamalıdır. Bu çocuklar bir süre içinde yerlerinde oturabilirler, ancak oturdukları yerde dahi kıpır kıpırdırlar. Etraflarındaki insanları yorarlar ancak kendileri yorulmazlar. Sakin bir şekilde oyun ve benzeri etkinliklere katılamazlar. Özellikle küçük çocuklarda belirtiler dikkatlice ele alınmalıdır. Hareketlilik çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi dikkate alınarak değerlendirilmelidir”. (ztrk ve Uşaklı, 2001, s.55-56)

Reiff ve arkadaşları (21) doğru bir tanıya ulaşmak için 6 basamak önermiştir;

1. Ebeveyn ve bakım veren kişilerle ayrıntılı görüşme ile belirtilere yönelik öykü ve gelişimsel tıbbi, ailevi, akademik, sosyal ve psikiyatrik öykünün alınması,
2. Çocuğun gelişim düzeyine uygun görüşme ile belirti ve bulguların, özellikle kaygı, intihar düşünceleri, depresyon, varsanımlar ya da uygunsuz düşüncelerin belirlenmesi,
3. Genel tıbbi durumun değerlendirilmesi,
4. Bilişsel değerlendirme,
5. Geniş ve dar kapsamlı DEHB’ ye yönelik ebeveyn ve ğretmen değerlendirmeleri,
6. Gerekli görülen bazı olgularda ayrıca konuşma ve dil, ince ve kaba motor işlevlerin değerlendirilmesi gibi yardımcı değerlendirmelerin yapılması(Reiff MI, Banez GA, Gulbert TP (1993)

Okul döneminde dikkatsizlik, ödevlere karşı isteksizlik, ders dinleyememe, uygunsuz ortamlarda aşırı hareketlilik, çok konuşma, kaza ve yaralanmalara yatkınlık, yaşlılarıyla sosyal ilişkilerde güçlük gibi belirtilerle karşımıza çıkarken ergenlik döneminde aşırı hareketlilik yerini huzursuzluğa bırakır. Bunun yanı sıra ergenlik döneminde dikkatsizlik, zamanı organize edememe, riskli cinsel davranışlar, alkol-madde kötüye kullanımı gibi tehlikeli aktiviteler, zayıf sosyal ilişkiler, depresif yakınmalar ve antisosyal davranışlar sergilenebilir. Erişkinde dikkatin çabuk dağılması, işe başlamada ve bitirmede zorluk çekme, iş ve evlilik ilişkilerinde zorluklar, depresif ve anksiyöz yakınmalar ve öfke kontrol güçlüğü olabilir(Işık ve Işık, 2009).

2.2.3.1.DEHB ile Eşlik Eden Tanılar

Ayrırcı tanı ve eşlik eden hastalıklar arasındaki fark her zaman net ve basit olmayabilir. DEHB, farklı bozuklukların sıkça eşlik ettiği bir yapıdadır. Belirtiler incelendiğinde, eğer başka bir bozukluk net bir şekilde gözlenebiliyorsa DEHB tanısı konulmaz. Fakat belirtiler hem DEHB hem de başka bir bozukluğu tarif ediyorsa eş tanı konulur. DEHB'ye herhangi bir bozukluk eşlik ettiğinde, çocuğun aile ve okul ortamında yaşadığı sıkıntılarda da artış oluyor. Bu noktada yapılan hata tek bir bozukluğun tedavisi ile sorunun tamamının ortadan kaldırma çalışmaktır. Bu şekilde tedavide başarı sağlanamadığı gibi tedaviye karşı motivasyon düşmekte, umut ve güven kaybolmaktadır. DEHB tedavisi, eşlik eden bir tanı varsa bu tanının tedavisi de planlanarak başarıyla yapılabilir. (Şenol, Şener, 1997).

DEHB eşlik eden bir ruhsal bozukluk ile %46-68 arasında oranla görülmektedir. Erken yaşlarda eşlik eden tanı oranı fazla olmakta ancak ileri yaşlarda bozukluklar birbirinden ayrışmaktadır.

DEHB'ye en çok eşlik eden bozukluklar Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) olarak tespit edilmiştir. DEHB, KOGB ve DB arasında klinik olarak yüksek (%32,5) ilişki saptanmıştır. Aşırı hareketli çocuklarda, KOGB ya da DB %40 ve üstü oranda eşlik eden tanı olarak görülmektedir. Bu eş tanıları olan çocuklarda aşırı öfke, düzene ve kurallara karşıtlık ve kolay kontrol kaybı gibi durumlar sık sık gözlenmektedir.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğinde DEHB tanısı alan çocukların %48'i Yıkıcı Davranış Bozuklukları dışındaki DSM-IV tanılarında birini karşılamıştır. En sık eşlik eden tanılar sırasıyla; Enürezis ya da Enkopresiz %24, Depresyon %6, Özgül Öğrenme Bozukluğu %5 ve Anksiyete Bozuklukları %0.8 oranında bulunmuştur (Şenol, Şener, 1997).

Ülkemizde bir çalışma yapılmış ve Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış olan çocuk/ergenlerde eşlik eden bozuklukların cinsiyet ile ilişkisi incelenmiştir. Sonuçların %29'unda sadece DEHB, %35'inde bir, %25.5'inde iki, %8'inde üç eşlik eden bozukluk tespit edilmiştir. Erkeklerde eşlik eden bozukluk sıklığı en fazla olan karşıt olma karşı gelme bozukluğudur (%62.3). Daha sonra da davranım bozukluğu (%30.2), iletişim bozuklukları (%11.3), duygu durum bozuklukları (%7.5) ve anksiyete bozuklukları (%6.6) gelmektedir. Kızlarda ise karşıt olma karşı gelme bozukluğu (%54.8), davranım bozukluğu (%22.6), duygu durum bozuklukları (%12.9), iletişim bozuklukları (%9.7), ve anksiyete bozuklukları (%6.5) belirtilen sıklıkta eşlik etmektedir. (Erman, Turgay, Oncu ve Urdarivic, 1999).

Öner, Öner ve Aysev (2003b) DEHB ve özel öğrenme güçlüğü'nün birlikte görülme sıklığının %10-25 oranında seyrettiğini belirtmektedir. Hechtman (2007) ayrımı durumun %9-30 arasında değiştiğini saptamıştır.

Gelişimsel bozuklukların DEHB ile sıklıkla birlikte görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan psikometrik ölçümlere göre DEHB tanısı alan bireylerin %25-35'inde genel anlamda öğrenme ve dil bozuklukları tespit edilmiştir (Pliszka, 1999). Özel tanılar da ise %25-40'ı disleksi, %10-60'ı diskalkuli ve %50'si motor koordinasyon bozuklukları görülmektedir (Rommelse, 2009).

Tourette bozukluğu da %2 oranında eşlik eden tanı olarak tespit edilmiştir. (Hechtman ve ark., 2005).

2.2.3.2.DEHB ile Ayırıcı Tanılar

DEHB'nin çok fazla belirtisi olması ve belli ruhsal bozukluklarla birlikte görülmesi tanı konulurken karışıklığa sebep olmaktadır. En sık karıştırılanlar zeka

geriliği, öğrenme bozuklukları, bipolar bozukluk, uyum bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğudur. (Weiss, 1996).

Zihinsel Geriliği olan bireylerde DEHB sıkça görülmektedir. Ancak DEHB olan çocuklarda zihinsel gerilik nadir görülmektedir. DEHB olmadığı halde, aldığı eğitimden bağımsız olarak zihinsel geriliği olan çocuklarda DEHB belirtileri görülebilmektedir (Weiss, 1996).

Bipolar Bozukluk ve DEHB belirtileri benzeyebilmektedir. Ancak aralarındaki fark, DEHB çocuklukta başlayan uzun süreli; Bipolar Bozukluk ise, herhangi bir gelişim çağında başlayan dönemsel bir hastalıktır (Biederman, 1992).

Bir çocukta anksiyete de tek başına DEHB gibi aşırı hareketlilik ve dikkat dağınıklığına sebep olabilir. (Kaplan ve ark., 1994).

Ayırıcı tanıda KOKGB, davranım bozukluğu, depresyon ve bipolar duyu durum bozukluğu, kaygı bozuklukları, tik bozuklukları, madde kullanımı, yaygın gelişimsel bozukluklar, öğrenme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve zeka geriliği gibi psikiyatrik bozukluklar; ihmal/istismar, kötü beslenme, bozuk aile yapısı gibi psikososyal durumlar; işitme ve görme sorunları, epilepsi, genetik bozukluklar, uyarıcı ilaçlar, tiroid bozuklukları organik bozukluklar hesaplanmalıdır (Şenol, 2008).

Buna ek olarak çocuklar gelişim dönemlerine bakılarak hareketlilik ve dikkat seviyeleri değerlendirilmelidir.

2.2.4.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Sıklığı ve Yaygınlığı

DEHB yaygınlığına dair birbirine uymayan değişik verilerin ortaya çıkmasının sebebi, çalışmalarda farklı tanı kriterlerinin ölçüt alınmasıdır. Bu ölçüt farklılığı nedeniyle DEHB çok yaygın görülen bir bozukluk olmasına rağmen, araştırmacılar tarafından görüş birliği sağlanamamaktadır (Köroğlu, 2007).

Yalnızca envanter taramalarıyla tanı koyulan çalışmalarda, klinik taramalarda görülenden çok daha fazla DEHB tanısı ortaya çıkmıştır.

DSM-IV tanı ölçütleri kullanıldığında en yüksek prevalans oranları elde edilirken, DSM-III-R ve ICD-10 kriterleri temel alındığında daha düşük oranlar elde edilmektedir (Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel ve Brown, 1996).

Evrensel güvenilirliği olan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin çalışmalarında, DEHB' nin okul dönemi çocuklarında %3-5 oranında rastlandığı saptanmıştır (Köroğlu, 1994).

Türkiye'de yürütülen çalışmalarda, kliniğe tedavi için gelen çocukların %2.78'inde aşırı hareketlilik tespit edilmiştir. Alan çalışmalarında ise alt tiplere göre yaygınlığı; %4.7-9 dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip, %3.4-3.9 aşırı hareketliliğin baskın olduğu tip %4.4- 4.8 bileşik tipin olduğu belirlenmiştir (Şenol ve Şener, 1997).

Epidemiyolojik çalışmalar DEHB' nun yaygın bir bozukluk olduğunu göstermiştir. Tanıma göre sıklığı farklılıklar göstermekle birlikte, DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlerdeki sıklığı %5-10'dur. Yaygınlık çalışmalarında ebeveyn ya da öğretmenden bilgi alınmasına, tanı araçlarına, kullanılan ölçeklerin kesim noktalarına, yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış danışmanlık şekillerine, örneklem alınan popülasyona bağlı olarak ve kullanılan tanı ölçütlerinin katılığına göre sıklık oranları değişmektedir. ICD tanı ölçütleri kullanıldığında daha düşük sıklık saptanmaktadır (Saydanoğlu, 2011).

Ebeveyn ve ikiz çalışmaları DEHB' de genetik aktarım oranının fazla olduğunu ortaya koymaktadır. DEHB tanısı alan kişilerin akrabalarında DEHB saptanma ihtimali %10- 35 arasında, ebeveynlerden birinde DEHB tanısı varsa, çocukta DEHB saptanma ihtimali %57, ikiz kardeşlerin ikisinde de DEHB saptanma ihtimali ise %80'in üzerinde olduğu belirlenmiştir (Barkley, 2006).

Günümüze kadar süren araştırmalarda, 7 yaş altı çocukların %2-6'sının DEHB tanısı aldığı görülmektedir. Bu oran klinik örneklerde %5 olarak saptanmıştır (Greenhill, Posner, Vaughan ve Kratochvil)

Polikliniğe başvuran erkeklerin oranı kızların 9 katı olarak tespit edilmiştir. Kızlarda genelde dikkat eksikliğinin belirgin olması ve eş tanının daha seyrek olmasının kliniğe başvuru yüzdesini azaltmaktadır (Ercan, Avcı, Mukaddes, Semerci, şenol ve Yazgan, 2008).

Tahiroğlu ve arkadaşları (2005), DEHB tanısı alan çocukları incelemiş, aşırı hareketliliğin belirgin olduğu tipe erkeklerde, dikkat eksikliğinin belirgin olduğu tipe ise kızlarda daha sık rastlamışlardır (Duran, 2006, s.5).

Türkiye'de Trabzon ilindeki 1126 ilköğretim çağı çocuklarında (6-12 yaş) DSM-V tanı ölçütlerine göre yapılan araştırmada, DEHB sıklığı % 8.6 olarak saptanmıştır (Gul ve ark, 2010).

Ülkemizde DEHB sıklığıyla ilgili yapılan kapsamlı araştırmalardan birinde, 620 ilkokul çocuğu tarama ve klinik görüşmelerle değerlendirilmiştir, boyutsal ve kategorik tanı yaklaşımları kullanılmıştır. DEHB prevalansı boyutsal yaklaşımla % 6,2 ve klinik görüşmeyle % 5 olarak değerlendirilmiştir (Mukaddes, 1993).

Türkiye' de DEHB sıklığı konusunda son yıllarda yapılan bir çalışmada, ilkokul öğrencilerine yapılandırılmış görüşme uygulanmıştır ve olguların ebeveyn ve öğretmenlerinden bilgi alınmıştır. Çalışmaya katılan 1455 olgudan elde edilen verilerin analizi sonucunda DEHB prevalansı %13,38 olarak saptanmıştır. DEHB tanısı konan olguların % 23,6'sı kız ve % 76,4'ü erkek olgulardan oluşmaktadır (erkek: kız=3,23). Çalışmanın ikinci yılında DEHB prevalansı %12,64 ve erkek: kız oranı 3,4:1 saptanmıştır (Ercan, 2010).

Tahiroğlu ve arkadaşlarının 2005 yaptıkları araştırmada, DEHB tanılı erkek çocukların %77.5'inde bileşik tip, %18.8'inde aşırı hareketliliğin önde olduğu tip ve %3.6'sında dikkat eksikliğinin önde olduğu tip belirlemişlerdir. Aynı araştırmada DEHB tanılı kızların ise %79,8'inde bileşik tip, %10,6'sında aşırı hareketliliğin

önde olduğu tip ve %9,6'sında dikkat eksikliğinin önde olduğu alt tipi bulmuşlardır. Aşırı hareketliliğin önde olduğu tip erkeklerde daha sık iken, dikkat eksikliğinin önde olduğu tip kızlarda daha sık görülmüştür.

Barkley ve arkadaşları tarafından, DEHB tanısı alan bireylerin %70'inin rahatsızlığı ergenlik dönemine, %66'sının yetişkinlik dönemine kadar devam ettiği tespit edilmiştir (Barkley, 1998).

Kılıçoğlu v.d.'nin (2009) toplam 1961 üniversite öğrencisiyle yaptıkları bir araştırmada DEHB belirtilerinin %15.55 oranında olduğu ve erkek öğrencilerin kızlara göre erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinden elde edilen puanlar doğrultusunda aşırı hareketlilik belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kılıçoğlu ve ark, 2009).

2.2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Nedenleri

DEHB çıkış sebebi bilinmeyen, kaynağı emin olunamayan bir bozukluktur. Ancak tespit edilebilen sonuçlar ışığında DEHB'in nedenlerinde hem genetik ve hem de sosyal etmenlerin yer aldığı bilinmektedir (Turgay, 1997).

1980 sonrası çalışmalarda elde edilen bulgular, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun ortaya çıkış yoluyla ilgili önemli veriler sağlanmıştır. Bugüne değin süren araştırmalarda DEHB'nin ortaya çıkışında çeşitli sebeplerin rol oynadığı anlaşılmıştır. Bu araştırmalar sonucunda elde edilen bulgulara göre fizyolojik etmenler daha çok görülmektedir (Ercan & Aydın, 2007).

2.2.5.1. Genetik Etkenler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ortaya çıkış sebepleri araştırılırken en fazla dikkate alınan, kalıtım üzerine yapılan araştırmalardır (Ercan ve Aydın, 2007:55).

Bozukluğun kalıtım yönüne dair veriler ikizler, üvey çocuk ve ebeveynler üzerine yapılan araştırmalarda elde edilmiştir. DEHB tanısı alan çocukların kardeşlerinde, DEHB bulunma ihtimalinin %32, anne-baba DEHB tanısı almışsa, evlatlarında da DEHB çıkma ihtimalinin %57 oranında seyrettiği görülmüştür. Ailelere dair patoloji araştırmaları, bazı kişilik bozuklukları(anti-sosyal) ve depresyon türleri(majör) ve maddenin kötüye kullanımı gibi, DEHB ile eşlik eden bozuklukların, genetik aktarım tabanlı olduğunu göstermektedir. İkiz kardeşler

üzerine yapılan araştırmalarda ise DEHB' nin genetik yönü desteklenmiş, tek yumurta ikizlerinin ikisinde de DEHB görölme oranı %50-84, çift yumurta ikizlerinde ise %30-40 olarak saptanmıştır (Farone, 1994).

DEHB' nin genetik yapısına dair yapılan ikiz kardeş taramasında, tek yumurta ikizlerinde bir tanesi DEHB tanısı aldıysa diğerinde de görölme oranı %80-90 olarak bulunmuştur. Çift yumurta ikizlerinde ise aynı durumun oranı %30' dur. Başka bir araştırmada ise, tek yumurta ikizlerinin aşırı hareketliliğe(hiperaktivite) çift yumurta ikizlerinden daha yatkın oldu görölmüştür. Hiperaktivite tanısı oranı çift yumurta ikizlerinde % 33, tek yumurta ikizlerinde ise % 55 olarak saptanmıştır (Goodman & Stevenson, 1989).

Evlat edinilmiş çocuklara dair araştırmalarının bulguları, DEHB tanısı almış evlat edinilmiş çocukların öz olmayan ebeveynlerinde, DEHB tanısı almış çocukların öz ebeveynlerine göre daha az oranda DEHB saptandığını ortaya koymaktadır (Sprich ve ark, 2000; Akt., Ozaner, 2011).

DEHB'nin ortaya çıkış nedenleri araştırıldığında, diğer bir etmen de kalıtım ve çevre ortaklığıdır. Prenatal evrede sigaraya maruz bırakılma ile DAT1 ve DAT4 gen varyasyonu arasındaki etkileşim, gen-çevre birlikteliğine kanıttır (Nigg, Nikolas & Burt,2010).

2.2.5.2. Beyin İşlevleri ile İlgili Etmenler

Yıllar boyunca DEHB' nin, beyinde oluşan kalıcı hasarlardan ya da beyindeki gelişimsel bozukluklardan kaynaklandığı varsayılmıştır. Ancak normal bir beyinde yapılan, beyin inceleme işlemleri göstermiştir ki normal bireylerde de DEHB görülebilir. DEHB tanısı olan ve olmayan iki kişinin beyinleri, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) ölçümleri yapılmış ve sonuçlar iki beyin arasında çeşitli farklılıklar görölmüştür. (Kanay, 2006, s.31).

Beyin görüntüleme çalışmaları DEHB ile görölen çok önemli biyolojik bozuklukların da öğrenilmesine yol açmıştır. Caudate çekirdeğindeki sorun, bazal gangliyonlarda asimetri, frontal lobda kan dolaşımı, oksijen ve glikoz dağılımında azlıklar, elektro fizyolojik bozukluklar olduğunu göstermiştir. (Selçuk, 2002, s.80-81).346821 Pozitron Emisyon Tomografi (PET) ile yapılan araştırmalarda bazal gangliyonlarda glukoz metabolizmasında azalma ve frontal kortekste eylemsel

azalma olduğu ve stimulan içerikli ilaç tedavisi sonucunda bu alandaki bozukluklarda düzelme kaydedilmiştir (Schweitzer ve ark, 2003).

DEHB tanısı alan bireylerde, diğer insanlara göre beynin anatomik yapısında özellikle üç bölgede farklılık görölmektedir: prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellum. Bu bölgeler, dikkatin toplanması, planlama, dürtü kontrolü, zihinsel esneklik, eyleme geçme ve özdenetim gibi yürütücü işlevlerin merkezidir. Prefrontal korteks, dikkati dağıtan uyaranlara cevabı engellemekte ve konu dışı uyaranları bastırmaktadır (Arnsten 2006; Guney ve ark, 2008:84; Akt., Türe, 2010).

DEHB tanısı alan bireylere yapılan MRI çalışmasında, kontrol grubuna göre serebral hacmin ortalama % 8,3 daha küçük olduğu ve sol frontal lobda daha belirgin olmakla birlikte beyaz cevherde azalma olduğu gösterilmiştir (Mostofsky ve ark, 2002).

2.2.5.3. Nörokimyasal Etkenler

DEHB tanısı alan kişilerde, beynin kimyasal yapısının bozuk olduğu ve bazı nörotransmitterlerin eksik olabileceği savunulmaktadır. DEHB' nin, belli yönlerden dopamin, noradrenalin ve benzeri nörotransmitterlerle bağlantısı gözlenmektedir. Bahsedilen nörotransmitterler, zihinsel işlemler esnasında beyin hücreleri arasında veri aktarımını sağlayan kimyasal maddelerdir. Yapılan deneysel çalışmalarda kobay hayvanların, beyinlerinde nörotransmitterlerin bulunduğu alanlar zarar gördüğünde DEHB belirtileri görölmeye başlamıştır. DEHB tedavisinde yararlanılan ilaçlarla müdahale edildiğinde ie hayvanların beyindeki dopamin ve noradrenalin seviyesi yükselmiştir (Ercan ve Aydın, 1999).

En fazla çalışmaya konu olan nörotransmitterler noradrenalin ve dopamindir. Bilhassa dopamin, limbik ve motor kabiliyetlerin kontrol altında tutulması için kullanılır. Dopamin düzenin bozulması, bilişsel kabiliyetlerde de bozulmaya yol açmaktadır (Castellanos ve ark, 1996).

DEHB olan bireylerin, beyindeki dopamin ve noradrenalin seviyelerini yükselten santral sinir sistemi uyarıcılarına (metilfenidat vb.) verdiği olumlu dönüt, katekolamin metabolizmasındaki tahribatı kanıtlar niteliktedir. Ancak tam olarak bu durumun oluşumuna sebep olan tek bir nörotransmitterde belirlenememiştir (Weiss, 1996; Akt., Önal, 2009).

2.2.5.4. Psikososyal Etkenler

Nöroloji araştırmaları, DEHB' nin muhtemel sebeplerine ışık tutuyor olsa da günümüz araştırmaları DEHB belirtileri açısından psikososyal çevrenin yadsınamaz olduğunu göstermektedir. Psikososyal etkiler belirtileri birçok açıdan tanımlasa dahi bozukluğun temel sebeplerini karşılama noktasında yetersiz olduğu ifade edilmektedir (Biederman, 2005).

Aile içi çatışmalar, evde kişiler arasındaki uyumsuzluk, anne/baba tarafından yapılan patolojik aktarım gibi sorunlu sosyal koşulların, DEHB için riskli etmenler olduğu düşünülmektedir (Spencer, Biederman & Mick, 2007).

Bozukluğun ortaya çıkış sürecinde temel bir kaynaktan ziyade tetikleyici ve hızlandırıcı faktörlerden bahsedilebilir. DEHB tanısı alan bireylerin çoğunlukla dağılmış ailelerden çıktığı ve ebeveynleri psikolojik problemlili olan ya da geçinemeyen çocukların kontrol grubuna göre daha çok olduğu saptanmıştır. Hayat güçlükleri, düzensiz aile ortamı ve diğer kaygı sebepleri DEHB' nin belirtilerinin görülmesini kolaylaştırmaktadır. Ekonomik seviye etkili bir faktör olarak değerlendirilmemektedir (Şenol & Şener, 1997).

Anne babası olmayan ve yetiştirme yurtlarında büyüyen çocuklarda görülen DEHB belirtileri, çocuklar evlatlık olarak bir aile sahibi olunca ortadan kalkmaktadır (Kaplan, Sadock & Greb, 1994).

Ruther ve arkadaşları; ebeveyn uyuşmazlığı/geçimsizliği, kötü sosyal durum, çekirdek aile dışında kişilerle yaşama, sabıkalı baba ve patolojisi olan anne gibi durumları, çocuklar için DEHB sürecini hızlandıran sosyal risk faktörleri olarak saptamıştır. (Biederman ve ark., 1995).

DEHB tanısı alan bireylerin DEHB tanısı almayanlara göre daha fazla hareketli, söz dinlemeyen ve ikna olmayan yapıda oldukları bilinmektedir. Geniş zamanlı araştırmalar, çocukların bu şekilde davranmalarına karşı ebeveynlerin daha kontrolcü, müdahaleci ve cezalandırıcı bir tavır takındıklarını göstermektedir. (Ercan & Aydın 2000).

Gebelik sürecinde maruz kalınan toksik veya alerjen maddelerin de, DEHB belirtinin ortaya çıkmasına sebep olduğu düşünülmektedir. En fazla şüphelenilen maddeler, kurşun, gıda katkı ve boyalardır (Turgay, 1997).

2.2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tedavisi

2.2.6.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun İlaç Tedavisi

Dikkat sorunlarının çözümü için genelde uyarıcı ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar odaklanmanın kalitesinin ve süresinin artması için beyni uyarmaktadır. Yapılan dikkat testlerinde uyarıcı ilaçlar kullanan çocukların %70 'inde dikkat artışı olduğu kanıtlanmıştır. Bu çocuklar ilacın faydasını gördüklerinde, hareketlilikleri azalmış ve dikkatin dağılması noktasında dış uyarıcılardan daha az etkilenmeye başlamışlardır. Birçok araştırmanın ardından, ilaç tedavisinin DEHB için en etkili çözüm olduğu belirlenmiştir (Almacioğlu, 2007).

Ülkemizde ilaç tedavisi, çocuk psikiyatri kliniklerinde %80 ile DEHB tedavisi için en yüksek oranda tercih edilen yöntemdir. (Semerci, 1999). DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar genel itibariyle stimulan (amfetamin, metilfenidat vb.) ilaçlar ile üçüncü nesil antidepressanlardır (Şengül, Şengül, Kılıç, & Dilbaz, 2005).309500 Türkiye'de stimulan ilaç grubundan metilfenidat tercih edilmektedir.

DEHB tedavisinde en fazla kullanılan ilaçlar Psikostimulanlardır. Prefrontal kısımdaki DA oranını artırma işlevi görürler. Türkiye'de En fazla tercih edilen psikostimulan türü metilfenidattır(MPH). İki farklı türü vardır ve temel farkları etki etme süreleridir. Yavaş etki eden form 11-12 saatte, hızlı etki eden form ise 4-6 saatte sonuç verir. Günlük tercih edilen doz miktarı 0,3-1 mg olarak belirlenmiştir. Öngörülen yan etkileri; iştah ve uykuda azalmalar, kalp çarpıntısı, sersemleme, motor işlevlerde sorunlar, çeşitli ağrılar ve kaygı düzeyinde artıştır. MPH hızlı etki eden form, ilaç etkisi bittiğinde DEHB belirtilerinin abartılı şekilde görülmesi gibi bir yan etkiyi ortaya çıkarabilir. Böyle bir durum gerçekleşirse psikiyatr form ya da doz değişikliği yapabilir. MPH tedavisi sürekliliği olan ve zamana yayılmış bir etkisi olduğu için ilaç bağımlılığına sebep olmadığı düşünülmektedir (Yüksel, 2013).

Üçüncü nesil antidepressanlardan imipramin de DEHB ilaç tedavisinde tercih edilir. Aritmi riski sebebiyle belli sürelerle EKG takibi yapılmalıdır. İmipiramin günlük doz sınırı 5mg olarak belirlenmiştir. DEHB tedavisinde ayrıca Sertralin ve fluoksetin gibi serotonin inhibitörleri, klonidin ve guanfazin gibi alfa 2 agonistler veya bupropiyon gibi noradrenalin-dopamin geri alım inhibitörleri tercih edilebilmektedir. (Yüksel, 2013).

Metilfenidatın (Ritalin) her iki cinsiyette de ilkokul çocuklarında DEHB belirtilerini giderme konusunda sonuç verdiği araştırmalarla kanıtlanmıştır. Bu ilacın etkileri üç farklı düzeyde incelenmiştir (Türe, 2010).

1.Motor Etkinlikler Düzeyi: Çocuk akranlarıyla uyumlu olur, dinginleşmeye başlar, eskisi kadar konuşmaz ve sınıf kurallarına aykırı davranmaz. Eğitim faaliyetlerinde gelişme olur ve kontrolsüz davranışları azalır. (Türe, 2010).

2.Toplumsal Düzey: Sosyal anlamda ılımlı bir tavır gelişir. Aktivitelere katılımları artar, öfkesi kontrolü artar, akademik olarak gelişir. Bununla birlikte sadece akranları ile değil öğretmenleri ve ebeveynleri ile olan iletişiminde de görülebilir iyileşmeler olur. Çocuğun okul ve ev ortamında daha uyumlu olması aldıkları cezaların da iyice azalmasını sağlar. (Türe, 2010).

3.Bilişsel Düzey: Çocuk daha uzun ve kolay odaklanır. Dürtüsellik azalır, eyleme geçmeden önce düşünmeyi başarır, dikkati kolay dağılmaz ve akademik başarısı artar. Ancak çocukların kişisel özelliklerindeki farklılık, tedavi sürecinde de farklılığa sebep olur(Le Heuzey, 2005: 99-100).

Ritalin ve emsali ilaçların, bireylerin rutin gelişim dönemlerine olumsuz etki ettiği düşünölmektedir. Tedavileri bahsedilen ilaçlarla yapılan çocukların gelişim süreçlerinin ilacı kullanmayı bırakana kadar istenilen düzeyde ilerlemediği veya çocuklarda gelişimin durduğu tespit edilmiştir. (Stein, 2002:35).

Stimölanların DEHB olan çocukların bilişsel alanları, davranışları ve okul başarısı üzerine olumlu etkilerini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Buna karşın, ilaç tedavisi DEHB tanılı çocuklarda davranım sorunlarını çözmede uzun süreli ve kalıcı olmadığı görölmektedir. Aynı durum akademik başarı ve sosyal becerilerin sağlanması da görölmektedir. İlaç çocuğun hayatında bir düzen oluşturmaktadır fakat bu düzenin uzun dönemde devamlılığı konusunda yeterli görölmemektedir. Bununla birlikte, dünya çapında çok yaygın olarak kullanılmakta olan metilfenidatın yan etkileri ve kötüye kullanımı tartışılmaktadır. Uyku bozuklukları ve iştahsızlık gibi yan etkileri olan stimölanların çocukların beslenme durumlarına ve gelişimleri

üzerinde uzun süreli kullanımının etkisi hala net değildir. Bu durum ailelerin ilaç tedavisine bakışını etkilemekte ve ilaç tedavisine başlamakta güçlük çekildiği gibi çoğu zaman tedavinin de yarım bırakıldığı görülmektedir.

DEHB tedavisinde ilaç kullanımının faydası olduğu çeşitli araştırmalarla kanıtlanmasına rağmen belirtilerin yoğun olarak gözlemlendiği bazı çocuklarda sadece ilaç tedavisinin olumlu sonuç verme konusunda yetersiz kalabildiği görülmüştür. Bazı çocuklarda ise ilaç tedavisi ile sonuç alınamayabiliyor. Bu tür çocuklarda tedavi ilaçla sınırlı kalmayarak yapılandırılmış bir terapi süreci ile desteklenerek istenen yönde davranış değişiklikleri sağlanabilmektedir. (Brown ve ark, 2001).

2.2.6.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Psikososyal Tedavisi

DEHB'de ilaç tedavisinin yadsınamaz bir etkisi olmasına rağmen uzun süreli tedavilerde yeterli sonuçların elde edilemediği vakalar vardır. DEHB çoğu kişide hayat boyunca devam eden, yürütücü işlev bozukluğu ile görülen bir olgudur. Bu kişiler için kısa veya uzun süreli danışmanlık veya terapi gerekli olabilmektedir. DEHB yalnızca bireyi değil ebeveynlerini ve okulundaki eğitimcileri de ilgilendirmektedir. Bu noktada çocukların çevresindeki diğer aktör tarafından desteklenmesi için; psikoeğitim, akademik yeterlilik kabiliyetleri desteği, ebeveyn eğitimi, davranış ve iletişim eğitimi, atılganlık eğitimi ve bilişsel davranışçı terapi gibi birçok etmenden faydalanılarak çocuk desteklenmelidir. Yapılan araştırmalar çocukların ilaç tedavisinin yanında bu tür destekler almasının iyileşme adına faydalı olduğunu göstermektedir (Hechtman, 2007).

Psikolojik ve sosyal desteklerin ilaç tedavisine eklendiği takdirde, faydalı sonuçların uzun süreye yayılması amacıyla pekiştirme seanslarından yararlanmayı, DEHB tedavisinde umut veren bir bakış açısı olarak nitelendirmektedir (Hechtman, 2007).

DEHB tanısı alan çocuklara karşı ebeveyn ve eğitimciler tarafından doğru yaklaşım uygulandığında çocuğun sosyal anlamda ilerleme kaydettiği görülecektir. Bu yaklaşım ilaç tedavisine destek olarak da tek başına da uygulansa olumlu etki yaptığı belirlenmiştir. (Ercan & Aydın, 2007).

Çocukta görülen DEHB belirtileri, çekirdek aile içerisindeki her bireyde olumsuz izlere yol açar. Ebeveynler nasıl davranacaklarını bilemezler ve yoğun

kaygı yaşarlar. Annelerin depresyona girme ihtimali olan bir süreçtir. Bu noktada ailelere bazı eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler ile stres yönetimi, anne babalık görevleri, aile içi iletişimin düzenlenmesi ve DEHB belirtilerinin giderilmesi hedeflenir. Ebeveynlerin çocuklarının sahip olduğu bozukluk konusunda eğitilmesi suçluluk duyguları, hayal kırıklıkları gibi durumlara karşı önlem niteliğinde olacaktır. Ailelerin bu eğitimlerle özgüven kazanması, sürece umutla bakması, çocuklarıyla olan iletişimlerine ve sorun çözme kabiliyetlerine katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu bozukluğun genetik aktarımdan gelme olasılığı göz önüne alınarak ebeveynlerin, eğitimlerde bozukluğun fizyolojik temelleri konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir (Şenol ve ark, 2006).

Davranışçı tedavinin birinci adımı, bireyin nasıl motive olduğunu ve neleri düzeltmesi yada değiştirmesi gerektiğini tespit etmek amacıyla belirtilerin dikkatle incelenmesidir. İkinci adım, bireyin ve ebeveynlerin tedaviye karşı bakış açısının değerlendirilmesidir. Bir sonraki adım, bireyin tedavinin amaçlarına yönelik kaydettiği performansın aile tarafından nasıl karşılandığı ve yorumlandığının görülmesidir. Dördüncü adımda, uygulanan terapinin faydasının izlenmesi, işe yaramayan yöntemlerin değiştirilmesi ve faydalı neler yapılabileceğinin değerlendirilmesidir (Brown ve ark., 2001).

Hectman yaptığı çalışmalarda DEHB tanısı alan bireylerde terapinin belirtilerin giderilmesi noktasında başarıya ulaşan bir veriye ulaşmasa da, terapinin bireyin rahatsızlığına dair farkındalığının artmasını, kendisine olan güveninin tazelenmesi, kaygı durumuyla başa çıkması, depresif belirtilerin giderilmesi gibi fayda sağlayan yönleri olduğunu keşfetmiştir (Hechtman, 2007).

Davranışçı terapi yaklaşımı sadece bireye değil aynı zamanda ebeveynlere de eğitim olarak sunulmaktadır. Aileler için amaç doğru davranışların edinilmesi, çocuklarının başarısına önem verilmesi, elde edilen iyileşme verilerinin değerlendirilmesi, çocukların ihtiyacı olan dinlenme zamanının belirlenmesi, evde çocuklara dair bilgi edinilecek uygulamaların kazandırılmasıdır. Ebeveynler kapalı terapi eğitimi gruplarına alınarak 8 ile 10 seans arasında bilgilendirilmektedir (Hechtman, 2007).

DEHB'nin çocukların sosyal ilişkilerinin bozulmasına sebep olan belirtilerinin çocuk tarafından yönetilmesini amaçlayan Sosyal Beceri Eğitimi ciddi yarar sağlayıcı bir programdır. Çocukların sosyal ortamlardan men edilmesi ya da sosyalleşme isteklerinin azalması ruhsallıklarını etkilemektedir. Çocuğun tekrar sosyal kabiliyet kazanması adına Sosyal Beceri Eğitimi; sırasını beklemeyi, söz istemeyi, bencilliği bırakmayı, uyumlu olmayı arkadaşlarına karşı ne tarzda tutum takınması gerektiğini, kendisini düzgün ifade etme yolunu ve benzeri kazanımları çocuğa edindirmektedir. (Hechtman, 2007).

2.3. Karşıt Olma-Karşı gelme Bozukluğu Tanımı

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, toplumsal kurallara ve insanların temel haklarını ihlal etmeksizin, inatçılık, uyumsuzluk ve karşı çıkma gibi davranışlar ile ortaya çıkan bir yıkıcı davranış bozukluğudur. Bu bozukluğun ilk sinyalleri okul öncesi dönemde alınsa da genelde okul döneminde, yıkıcılık, düşmanlık, kavgacılık ve otoriteye mukavemet etme gibi belirtilerle belirgin şekilde ortaya çıkar (Canat, 1998).

KOKGB 6 aydan fazla süren ve çocukların sürekli ters tavır takınan, kurallara aykırı davranan ve düşmanca yaklaşan bir yapıda olduğu bir bozukluktur. Bu tür davranışlar bazı gelişim evrelerinde doğal kabul edilebilirken, KOKGB olan bireylerde normalden fazla ve yoğun biçimde görülmektedir. Bu bozukluk sebebiyle görülen belirtiler sosyal alanda, okulda ya da mesleki süreçlerde ortaya çıkabilir. Bu tanıyı alan çocukların çatışma ısrarı kontrolün kendilerinde olması niyetiyledir. Bu çatışma tavrı genelde otorite ile olan iletişimde ortaya çıkar. KOKGB tanısı olan bireyler, davranışları verilmesi gereken ve doğru tavır olarak görürler. Etrafindakiler tarafında bu tavır/davranışlar keyif kaçırıcı ve uygunsuz olarak görülse de, davranım bozukluğundaki şekilde bir sınır tanımazlık durumuna rastlamaz (Uslu, 2011). En fazla görülen belirtiler; öfkelenme, münakaşa, kuralları kabullenmeme, kasıtlı rahatsız edici davranışlarda bulunma, kendi sebep oldukları sorunlar için başkalarını sorumlu tutmaktır.

DSM-IV' de Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığı içerisinde tanımlanmıştır. Belirtilerin 6 aydan fazla bir zaman dilimi boyunca görülmesi gerekmektedir. Ayrıca belirtilerin uygun kabul edilebilmesi için kendi yaş ve gelişim seviyesindeki çocuklarda görülenden

daha sık ortaya çıkması gerekmektedir. Tanı konulabilmesi için belirtilerin çocukların normal yaşam standartlarını olumsuz etkilemesi ve Davranım Bozukluğu için tanı ölçütlerine uymaması gerekmektedir. (APA, 1994).

Önerilen DSM-5 KOKGB Tanı Ölçütlerinde A Tanı Ölçütü ‘Kardeşler dışında başka kişi ya da kişilere de gösterilen, karşı koyan ve kinci davranışın eşlik ettiği, çabuk kıskırılabilen, kolay öfkelenen’ ifadesi ile değiştirilmiştir. 8. Maddede yer alan sıklıkla ifadesi ‘Son 6 ay içinde en az iki kez’ olarak düzeltirmiştir. ‘Davranışlar bir alanda sınırlı olabilir ya da daha ciddi vakalarda birçok alanda görülebilir’ ifadesi eklenmiştir. Davranım Bozukluğu varlığında tanı konamaz maddesi kaldırılmıştır (Shaffer ve ark, 2011).

2.3.1. Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu Nedenleri

KOKGB için özel bir oluşum sebebi ve yolu bulunmasa bile, günümüze değin yürütülen çalışmalardan edinilen verilen KOKGB’ nin, bireylerin zor karakterinden ve destekleyici olmayan anne baba tutumlarından oluşan bir bozukluk olduğunu destekler niteliktedir (Ercan, 2008).

2.3.1.1. Biyolojik Nedenler

Kardeşlerde ve diğer yakın aile bireylerinde yıkıcı davranışların görülmesi, bu bozukluklarda kalıtsal etkinin var olduğu fikrini desteklemektedir. Ancak yine de karşı olma karşı gelme bozukluğuna çerçevesinde kalıtsal etkiye dair yapılan araştırmalar, karışık sonuçlar çıkarmıştır. Nörobiyolojik araştırmalar yalnızca karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtileri yerine, öfkeli davranışlar genel başlığı altında değerlendirmeyi daha uygun görmektedir. Bu incelemeler dikkatli biçimde anlamlandırılmalıdır, çünkü karşı davranışlar ile ciddi fiziksel saldırılar kıyaslandığında ayırt edilebilir bir fark vardır. Yapılan bir deneysel incelemede, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ve herhangi bir tanısı olmayan çocuklara oranla, karşı olma karşı gelme bozukluğu olan çocuklarda dehidroepiandrosteron-Sülfat (DHEA-S) seviyesinin daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Başka çalışmalarda, artan serotonin seviyelerinin, saldırgan davranışlarla ilgili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Uslu, 2011).

Yapılan bir grup çalışmada, düzen bozan ve öfkeli çocuk, ergen ve erişkinin olası monoamin nörotransmitterlerinin fonksiyon bozukluğu ya da eksikliğiyle ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Monoamin nörotransmitterleri ile ilgili çalışmalara tanımlama, duygudurum düzenlemesi ve uyarı kontrolü de dahil edilmelidir. Serotonerjik fonksiyonun bozulması, evreler halinde gelen öfke patlamalarına sebep olabilmektedir. Bu durumun davranışsal engellenme kapasitesi ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Serotoninin işlevi tıpkı bir nöromodülatör gibidir (Spoont, 1992).

Yıkıcı davranışlarda, bozulmuş trombosit monoamin oksidaz seviyelerinin de yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Stoff ve ark., 1989).

2.3.1.2. Psikolojik Nedenler

Diğer psikiyatrik hastalıklar ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, öfkeli davranışları olan çocukların bilişsel ve psikolojik profilleri farklıdır. Az öfkeli ve çok öfkeli çocuklar karşılaştırıldığında 1) tanımlanan sosyal problemler karşı tarafın düşmanca davrandığının algılanmasına dayanır, 2) daha az sayıda ve fazla etkili olmayan çözümler bulur, 3) öfke dışavurumunu göstermekten çekinmez (Guerra and Slably, 1989).

Yapılan çalışmalarda, annelerin tanımladığı KOKGB ve DEHB gruplarının, annenin psikolojik sorunları ve çocuğun okuldaki davranışlarıyla değişiklik gösterdiği, oysa öğretmenin tanımladığı gruplarda; eşlik eden tanı durumları, anne-çocuk ilişkisi ve anne-babanın alkol kullanımı gibi durumlarla değişiklik gösterdiği saptanmıştır (Drabick ve ark, 2004).

Offord ve ark. (1996) KOKGB' nin, sosyal bağlar ile ilişkilerini tanımlayacak farklı yöntemler geliştirmiştir. Hem anne-babanın hem de eğitimcinin tanımladığı KOKGB, ekonomik durumu kötü olan ailede yaşayan erkek ya da kız çocuğu olması ile ilişkilendirilmiştir. Diğer açıdan da, anne-babanın tanımladığı KOKGB, anne-babanın depresyonu ve aile içi çatışmalarla, öğretmenin tanımladığı grup ise tek bir ebeveyn ile yaşamasıyla ilişkilendirildi (Offord, Boyle & Racine, 1996).

Kayıtsız ebeveyn tavrı, aile içi geçimsizlik ve şiddet, aile uyumsuzluğu, sabıka kaydı bozuk olan insanların muhitinde yaşama, çocuk istismarı ve ailesel

patolojileri içeren çok sayıda etken yüksek dereceli karşıt olma davranışlarına sebep olmaktadır. KOKGB, genellikle düşük sosyoekonomik düzeyi olan ailelerin çocuklarında görülmektedir(Williams ve Wilkins, 2000). 156524 Loeber ve ark. (1995) ekonomik durumu kötü olan bir ortamda yetişen bir çocuğun KOKGB' nun Davranım Bozukluğuna dönüşmesi riskine dikkat çekmiştir (Loeber, Green ve Kenan, 1995).

KOKGB' nin en mühim risklerinden biri de davranım bozukluğu ya da anti-sosyal kişilik bozukluğu gelişmesidir. Uzun süreli bir incelemede, KOKGB' li erkek çocukların 1/3 'de davranım bozukluğu ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise davranım bozukluğu olan bireylerin %90' ının sağlık geçmişlerinde, KOKGB tanı ölçütlerini karşılayan belirtiler vardır (Williams ve Wilkins, 2000).

Öfkeli çocukların, ebeveynlerinin de öfkeli insanlar olduğu sıkça dile getirilen bir varsayımdır. Destekleyici olama ve geçiş dönemlerini yöneteme konularında sıkıntı yaşayan ebeveynlere sahip olmak, aile içi iletişim yetersizliği ve stres KOKGB oluşuma sebep olabilir (Tolan, 1988).

Kişiler arası ilişkilerin önemine dikkat çeken bağlanma teorisi, karşıt davranışların sürecini açıklamak için kabul edilebilir bir anlayış önermektedir. Güvensiz bağlanma, karşı gelme bozukluğu tanısıyla ilişkilendirilmektedir. Edinilen verilere göre güvenli bağlanma, bozukluğun oluşumuna karşı önleyici bir faktördür. Karşıt olan ve karşı gelen davranışların psikolojik incelemelerinin en sonuç verenlerinden biri, Kenneth Dodge ve arkadaşlarının kullandığı sosyal bilgi yöntemidir. Bu inceleme bireylerin küçük yaşta maruz kaldıkları sorunlu anların onlarda nasıl düşmanca bir yapı oluşturduğuna odaklanmıştır. Bu çocuklar, etraflarından gelen uyarıları olumsuz yorumlamaya ve düşmanca bir tavır takınmaya elverişli durumdadırlar (Uslu, 2011).

KOKGB' nin, anksiyöz ve kaçınan bağlanma paternleri ile ilişkisi olabileceği tanımlanmıştır. Güvensiz bağlanma, erkek çocuklarda öfke patlamasına ve sosyal alanda ciddi davranış sorunlarına sebep olmaktadır. Ayrıca öfkeli çocuklarda, sosyal uyarıyı doğru değerlendirme noktasında sorun olduğu tespit edilmiştir(Williams ve Wilkins, 2000).

Dinamik, davranışçı ve bilişsel teorileri içeren gelişimsel teoriler, erken çocuklukta normal karşı olma davranışlarına karşı takınılan tavrın, uygun sosyal becerileri ya da artan karşı gelme durumlarını şekillendirme noktasında mühim etkenler olduğunu ortaya koymaktadır. Bu noktada ebeveynlerin davranışlarındaki fonksiyonel eksiklikler KOKGB'yi tetikleyebilir. Patterson' un baskı modeline göre ebeveynler çocuğun karşı gelme davranışına karşılık sınırlama yoluna giderse, çocuğun bu davranışı pekişebilir ya da şiddet olarak artabilir. Yapılan çalışmalar, tutarsız sınırlama yönteminin, bastırılan kural ve düzen karşıtı davranışları ortaya çıkarabileceğini göstermektedir. (Uslu, 2011).

2.3.2. Karşı Olma Karşı gelme Tanı Kriterleri ve Görülme Sıklığı

KOKGB belirtileri; kontrol denetimsizliği, düzen ve kaidelere riayet etmeme, kendi yanlışları yüzünden başkalarını sorumlu tutma, genellikle öfkeli küs olma ve benzeri bozucu tavırları içermektedir. Ancak KOKGB tanısı alan çocuklar, davranım bozukluğu olanlar gibi suça meyilli, etrafına zarar veren çocuklar değil, sorumluluklarını yerine getirmemek için direnç gösteren ve düzenin gerekliliklerine uymamakta ısrarcı olan çocuklardır. Bu çocuklar söz dinlemeyen, akranları tarafından kolay tahrik olan, agresifliklerini zor kontrol altında tutan ama etrafındaki insanlara veya eşyalara zarar vermeyen çocuklardır. Bu iki bozukluğa sahip olan çocuklar arasındaki en belirgin ve temel fark budur (Uslu, 2011).

Üç yıl devam eden inceleme sürecinde, bozukluğun seyri ve tedavisinde elde edilen bulgular konusunda sağlam bir sonuç edinilemediği belirtilmektedir. Vakaların %50'sinde, üç yılsonunda belirtilerin devam ettiği, %25' ne herhangi bir tanı konulmadığı, %25'ine de Davranım Bozukluğu, %25'ine de Anti-sosyal Kişilik Bozukluğu tanısı konulduğu belirtilmektedir (Williams ve Wilkins, 2000).

Bozukluğun akıbeti çeşitli faktörlere dayanmaktadır. Bunlar bozukluğun derecesi, aile durumları, DB, özgül öğrenme güçlüğü, duygu durum bozuklukları, madde kullanımı gibi bozuklukların eşlik etme durumu bozukluğun seyrini belirleyen faktörlerdir (Canat, 1998).

Çocukluk dönemi psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülen bozukluklardan biri olmasına ve mental sorunlara sebep olmasına rağmen karşın KOKGB hakkında şaşkırtıcı düzeyde az veri bulunmaktadır (Greene, Biederman, Zerwas, Monuteaux, Goring ve Faraone, 2002). Bunun sebebi bilimsel çalışmalarda KOKGB' nin DEHB ve/veya DB ile beraber değerlendirilmesidir. Geçmişteki bilimsel çalışmaların çoğunluğunda, öfkeli veya saldırgan olan çocukların KOKGB veya DB olarak tanımlanmadan “davranım problemleri” başlığında veya KOKGB/DB olarak ifade edilmiştir (August, Realmuto, Joyce & Hektner, 1999).

KOKGB en çok DEHB ile eş tanı olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda, KOKGB ve DEHB eşlik etme oranı %40-95 olarak tespit edilmiştir (Turgay, Gordon ve Vigdor, 1994).

Angold ve arkadaşlarının çalışmalarında, KOKGB ve DB' nin en sık birlikte görüldüğü bozukluklar; DEHB (%50), depresyon (%30), anksiyete bozuklukları (%30) ve öğrenme bozuklukları (%30-40) şeklinde tespit edilmiştir (Angold & Costello, 2000)

KOKGB yaygınlığı, sosyal ve ekonomik etkenlerle ilişkilendirilmekte ve tanı daha çok alt sosyoekonomik sınıfta olan ailelerin çocuklarında görülmektedir. Kısıtlı bulgulara rağmen 13 yaş altında KOKGB erkeklerde kızlardan fazla görülürken, 13 yaş üstünde cinsiyetler arasında yaygınlık farkı bulunmamıştır. Ortaya çıkışı çoğunlukla 6 yaşında, çoğu çocuğun normatif karşıt davranışlarından arındığı zamanda olmaktadır (Thomas, 2007).

Yıkıcı Davranım Bozukluklarının epidemiyolojisi ile ilişkili olarak Lahey ve ark. (1999), 1970 ile 1997 yılları arasında Davranım Bozukluğu ve/ya KOKGB ile ilgili yapılmış 25 yaygınlık çalışmasını taramışlar ancak cinsiyetler arasında yaygınlığa dair belirgin farklar tespit edememiştir (Lahey, Miller, Gordon & Riley, 1999).

Maughan ve arkadaşları tarafından, yaşları 5–15 arasında olan, 73 kız 168 erkek çocuk DSM IV ölçütleri esas alınarak çalışmaya alınmıştır. Bu çalışma sonucunda erkeklerde kızlara oranla daha yüksek yaygınlık saptanmıştır (Maughan, Rowe, Messer, Goodman & Meltzer, 2004).

Oldukça yeni bir sistematik gözden geçirme ve meta regresyon analiz çalışmasında Canino ve arkadaşları (2010), KOB ve DB prevalansındaki farklılıklara etki eden özellikleri araştırmışlar ve KOB prevalansı farklılıklarını etkileyen tek faktörün yaş olduğunu belirtmişlerdir. 1987-2008 yılları arasında KOKGB ve DB prevalansı konusunda yapılmış araştırmalardan 39 araştırma çalışmaya alınma kriterlerini karşılamış, ancak 25 araştırmada yeterli bulgu elde edilmiş ve 25 araştırma değerlendirmeye alınmıştır. KOKGB' nin ortalama prevalansının %3.3 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Coğrafik etmenlerin KOKGB prevalans oranı ile ilişkili bulunmamıştır. Ancak araştırmaya alınan 25 araştırmadan sadece 4'ü batı harici ülkelerden (3 Asya'dan, 1 Orta-Doğu) geri kalan 21'i yani çok büyük bir çoğunluğunun Avrupa ve Amerika'dan olması bu sonuca sebep olmuş olabilir. KOKGB ve DB prevalans oranlarında olduğu gibi (Canino ve ark, 2010) DEHB prevalansında bulunan farklı sonuçların da coğrafik bölgeden çok araştırmalarda kullanılan farklı metodolojilere bağlı olduğu gösterilmesine karşın (Polanczyk & Rohde, 2007). KOKGB epidemiyolojisinin, etiyojolojisinin ve gidişinin daha iyi anlaşılabilmesi için batılı olmayan ülkelerden, önerilen metodolojilerle yapılan araştırmalara gereksinim bulunmaktadır(Akt., Uslu, 2011).

Türkiye'de Sivas ilinde ebeveyn ya da eğitimcilerin ölçeklerine göre tanı konularak gerçekleştirilen 1425 kişi ile yapılan araştırmada 6-15 yaş grubunda KOKGB yaygınlığı 11.5% olarak tespit edilmiştir (Erşan, Doğan, Doğan & Sümer, 2004).

Trabzon ilinde 6-12 yaş arasında 1226 ilkokul öğrencisinin ebeveyn ya da eğitimcilerinin ölçeklerine göre tanı konulan araştırmada ise KOKGB görülme sıklığı 14.1% olarak tespit edilmiştir (Gül ve ark, 2010).

Ülkemizde KOKGB yaygınlığının saptanması için yapılmış en kapsamlı çalışmada, ilkokul öğrencilerinde 2. sınıftan başlayarak KOKGB prevalansının boylamsal olarak tespit edilmiştir. Uygun ve yeterli mevcutlu örnekleme, iki kademeli değerlendirme (tarama yapılması sonrası olguların seçilmesi) yöntemiyle, DSM-IV tanı ölçütleri baz alınarak, yarı yapılandırılmış görüşmesi yöntemi kullanılarak (KSADS), çocuk, aile ve öğretmenden bilgi toplanarak, kısa WISC-R ile

bilişsel değerlendirme yapılarak ve bozulma kriteri göz önüne alınarak yapılan bu çalışmada KOKGB prevalansı birinci yıl 3.78%, ikinci yıl 0.96% oranlarında tespit edilmiştir (Kabukçu ve ark, 2011).

2.3.3. DEHB ve Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu Arasındaki İlişki

DEHB tanısı alan bireylerde düşünmeden davranma, öfkelenme durumları ve duygulanımda sebepsiz ani yükselmeler görülebilir. DEHB tanısı olan bireyler kurallara ters davranır ve genelde söylenenleri yapmaz ya da tersini yaparlar. Buna benzer sorunlar akranlarıyla olan iletişimlerinde de görülür. Oyunlarda emredici, kontrolcü ve kavgacıdırlar. Rahat bir şekilde arkadaş edinseler de sergiledikleri bu davranışlar uzun süre arkadaş kalmalarına imkan vermez. Zamanla özlere dönük bakışlarında olumsuz belirtiler görülmekte ve buna bağlı olarak sosyal ilişkileri zedelenmektedir (Soykan, 1991).

Arı'nın (2006) farklı çalışmalardan oluşturduğu derlemesinden çıkan sonuca göre, derslerde başarısız olan DEHB tanılı çocuk, çoğu zaman dürtü kontrolünde yaşadığı sıkıntıların da sebep olduğu, fark edilmek ve önemsenme için akranlarına karşı saldırgan tavırlar sergiler. Bunların sonucunda akran ilişkileri bozulur ve yalnızlığa kalmaya mecbur olur. (Arı, 2006). Akranlarıyla sağlıklı iletişim kuramaz, akademik başarıları düşer ve toplumsal düzene uyma konusunda sorun yaşarlar. Bütün bunlar uzun vadede bireyin sağlıklı gelişimini ve ruhsal dirayetini zedeleyebilir (Aslan, 2008).

Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde hem ülkemizde hem de uluslararası alanyazında benzer çalışmaların olduğu görülmektedir. İlk olarak, Schacher ve Wachsmuth (1990), DEHB ile ailesel psikopatoloji arasındaki ilişkiyi incelemiştir. DEHB olan çocuklarda yüksek oranda aileye ait psikopatoloji görülmektedir. Bununla birlikte aile öykülerine bakıldığında, hiperaktivite bozukluğu diğer normal ve duygusal bozukluğu olan aile popülasyonuna göre daha yüksek bulunmaktadır. Hiperaktivite, davranış bozukluğuna eşlik gösterirse, aileye ait psikopatoloji oranında artma görülmektedir (Fisher,1998).

Öner ve Aysev (2000)'in yaptıkları bir çalışmada, DEHB'nin şiddetinin nedeni ailede devam eden gerginlik ve annenin çocuğa karşı takındığı olumsuz tutum olarak belirtilmiştir.

Öztürk (2001) ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, DEHB olan çocuğa sahip annelerin çocuklarıyla ilgili olumsuz tutumlarının normal çocuk annelerine göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdi.

Çocuklarda DEHB ile birlikte görülen bozukluklar arasında KOKGB, davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, duygu durum bozukluğu ve öğrenme bozuklukları yer alır (Kessler ve ark. 2005). Bu eşhastalanım durumları arasında en sık görüleni KOKGB' dir. DEHB' nin kızlarda daha az görüldüğü bilinmektedir (Szmari ve ark. 1989, Cohen ve ark. 1993). Önal (2007) tarafından yapılan çalışmada ise kızların oranı %5, erkeklerin oranı ise %95' dir.

Barkley ve ark. (1991) tarafından yapılan araştırmada, DEHB' de KOKGB eşhastalanımının, agresyonla ve olumsuz anne-baba-çocuk etkileşimiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Barkley ve ark. 1991)

KOKGB olan bireylerin otorite figürüne karşı negativist, karşı gelen, asi ve düşmanca davranışları mevcuttur. Bu davranışlar erişkin – çocuk ve akran ilişkilerine zarar vermektedir. DSM IV' e göre prevalansı %2–16 arasındadır. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte daha çok anne ve babaların tutumlarının ve çocuğun mizaç özelliklerinin önemli olduğu düşünülmektedir (Calzada ve ark. 2004; Satake ve ark.2004; Webster-Stratton ve ark. 2004).

Anne baba tutumları çocukların gelişimini pek çok alanda etkilemektedir. Etkilenen durumlardan bazıları problem çözme becerileri ve saldırganlık düzeyleridir. Yapılan araştırmalar anne baba tutumlarının çocukların problem çözme becerisini ve saldırganlık düzeyini etkilediğini ortaya koymuşlardır. Anne ve babalarını otoriter ve ilgisiz algılayan çocukların saldırganlık düzeylerinin yüksek ve problem çözme becerilerinin düşük olduğu bulunmuştur (Kılınç, 2012, s.31).

DEHB'li bireyler çoğu zaman kontrol edilemeyen öfke ve duygusal belirtilerinden bahsederler. Bu belirtilerin DEHB' e eşlik eden KOKGB, DB veya davranış problemlerinin bir parçası mı yoksa eşlik eden bir belirti mi gibi soruların kesin cevabı yoktur. Bununla birlikte, öfke belirtileri olan DEHB tanılı bireyler

karşılardaki kişilerin tutumlarını abartılı yorumlamaya meyillidirler ve gereksiz öfkeli cevaplar verebilirler (Westby & Cutler, 1994).

DEHB, evde ve okulda önemli akademik, sosyal ve duygusal sorunlara sebep olmaktadır. DEHB tanısı alan çocukların sahip olduğu akademik sorunlar ve davranış sorunları, çocuğun ailesiyle, çevresiyle ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde sorun yaşamasına sebep olur (Kanay, 2006). Çevresiyle olan iletişim sorunları yüzünden akranlarından farklı özellikler sergilerler, sorunlar yaşarlar (Arı, 2006).

Okul başarıları genelde düşüktür. Sosyal olarak, akranlarıyla, öğretmenleriyle ve aileleriyle olan ilişkilerinde sorunlar görülebilir. Özgüvenleri düşüktür ve depresyon, kaygı ve/veya suçlu davranış riskleri oldukça artmıştır. DEHB’de eşlik eden bozukluk oranı yüksektir. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB), Öğrenme Bozuklukları, Kaygı Bozuklukları ve Depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluklar DEHB ile ilişkilidir (Aslan, 2008).

DEHB tanısı alan çocukların sosyal kabiliyetleri zayıftır. DEHB tanılı çocukların sosyal olarak, akranlarıyla, öğretmenleriyle ve ebeveynleriyle olan ilişkileri işlevsellik yönünden yetersizdir (Önal, 2007). Hatta bazı araştırmacılar, DEHB ‘nin bir sosyal bozukluk olduğunu ifade etmektedirler (Gentschel ve McLaughlin, 2000). Çoğunlukla akranları, ebeveynleri ve öğretmenleriyle ilişkisi sorunlu olan bu bireyler sosyal ipuçlarını kaçırlar ve sosyal durumları algılayamazlar ve uygunsuz tepkilerde bulunurlar. Etrafına karşı duyarsız olan, kontrolcü ve rahatsız edici kişiler olarak tanımlanırlar (İyisoy, 2006).

DEHB tanısı alan çocuklar, sosyal ortamlardaki uyumsuz davranışları sebebiyle kolayca tespit edilirler. Tehlikeli fiziksel eylemlerde bulunma, kolay engellenememe, sırasını bekleyememe, isteklerini engelleyememe, oyun ve sohbetleri sabote etme, düşünmeden eyleme geçme gibi farklı dürtüsel durumları vardır. Bu durumları sebebiyle ebeveynleri, akranları ve öğretmenleri ile çok fazla münakaşaya girerler. Dürtüsel ve hırçın davranışları, kural tanımamaları, öfkelerini kontrol edememeleri vb. sebeplerle uzun süreli arkadaşlıklar kuramazlar. Ebeveyn ve eğitimcilerin ifadelerine göre, aşırı hareketli çocuklar arkadaşları ve diğer kişilerle sorun yaşadıklarında bunu saldırganlıkla çözme yoluna gideler. Son tahlilde; DEHB

'in doğasına çevresel sorunlar eklendiğinde DEHB tanılı çocuklarda KOKGB' ye yatkınlık artmaktadır.

Son yıllara değin ebeveyn-çocuk problemlerinin ve aile yaşantısındaki farklı bozuklukların, DEHB ortaya çıkmasında etken olduğu savunulmuştur. Buna karşın birçok araştırmadan elde edilen bulgular, bu etmenlerin DEHB' nin ortaya çıkışında öncelikli sebep olmadıkları; fakat DEHB' ye sıkça eşlik eden KGB ve DB' nin ortaya çıkmasında çok büyük bir etkiye sahip oldukları görülmektedir (Cantwell, 1996). Bunlara örnek olarak şiddetli geçimsizlik, uyumsuzluk, sosyoekonomik imkansızlıklar, sabıkalı baba, patolojik anne ve çocuğun çok yönlü ihmali gibi faktörler söylenebilir.

Otoriter, ilgisiz veya aşırı hoşgörülü ana-baba tutumlarının ve sosyoekonomik imkânsızlıkların, DEHB' ye sebep olabileceği yaygın olan bir düşüncedir. DEHB' nin genetik ve fizyolojik sebeplerden kaynaklandığına dair birçok bilimsel çalışma sonucu vardır. Ancak, ebeveyn stillerinin ya da anne-baba tutumlarının, DEHB ile hiçbir bağlantısı yoktur denemez. Yıkıcı ve hırçın davranışlar, genelde sağlıksız bir aile ortamının sonucudur. DEHB tanılı bir çocuğu olan aile hep gergindir. Çocukları her an herhangi bir soruna sebebiyet verebilir. Aile, çocuklarının sebep olduğu davranışlar sebebiyle sürekli şikâyet alır. DEHB tanılı çocuklar, sürekli neyi nasıl yanlış yaptıklarına dair geribildirim alırlar. Ebeveynler, giderek aşırı kontrolcü, ikaz edici ve stresli bir duruma gelir. Böyle bir ortamda yetişen çocuğun ve onu yetiştiren ailenin sorunlar yaşaması kaçınılmazdır. Sosyoekonomik imkânsızlıklar, yetersiz beslenme, eksik uyaran vb. etkenlerle ilişkisi kurulmaktadır. (Selçuk, 2002, s.86)

DEHB tanısı olan çocukların annelerinin daha az dönüt veren, daha baskıcı ve daha emredici oldukları tespit edilmiştir. Çocuklar istedik yönde davranış geliştirdiklerinde dahi annelerinin olumlu cevaplarının az ve devamsız olduğu saptanmıştır (Cunning & Barkey, 1979). Bu çalışmadaki gibi bir anne modeline karşı çocuk karşılık bulamadığını fark ettiğinde, kendisini kabul ettirebilmek için saldırgan, karşı gelen ve söz dinlemeyen bir tavır takınabilir.

2.4.İlgili Araştırmalar

2.4.1.Anne-Baba Tutumları ile İlgili Araştırmalar

Schacher ve Wachsmuth (1990), DEHB ile ailesel psikopatoloji arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. DEHB olan çocuklarda yüksek oranda aileye ait psikopatoloji görülmektedir. Bununla birlikte aile öykülerine bakıldığında, hiperaktivite bozukluğu diğer normal ve duygusal bozukluğu olan aile popülasyonuna göre daha yüksek bulunmaktadır. Hiperaktivite, davranış bozukluğuna eşlik gösterirse, aileye ait psikopatoloji oranında artma görülmektedir (Fisher,1998).

ner ve Aysev (2000)'in yaptıkları bir çalışmada, DEHB'nin Şiddetinin nedeni ailede devam eden gerginlik ve annenin çocuğa karşı takındığı olumsuz tutum olarak belirtilmiştir.

Öztürk (2001) ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, DEHB olan çocuğa sahip annelerin çocuklarıyla ilgili olumsuz tutumlarının normal ocuk annelerine göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdi.

Anne baba tutumları çocukların gelişimini pek çok alanda etkilemektedir. Etkilenen durumlardan bazıları problem çözme becerileri ve saldırganlık düzeyleridir. Yapılan araştırmalar anne baba tutumlarının çocukların problem çözme becerisini ve saldırganlık düzeyini etkilediğini ortaya koymuşlardır. Anne ve babalarını otoriter ve ilgisiz algılayan çocukların saldırganlık düzeylerinin yüksek ve problem çözme becerilerinin düşük olduğu bulunmuştur (Kılınç, 2012, s.31).

Genel kanı; ana-baba, ne fazla baskıcı, ne fazla ilgisiz olmalıdır. Tutarlı ve güven verici bir tutuma sahip olmalıdır. Anne babalar, çocuğun makul isteklerini, imkanlar dahilinde özgürce yapmasına izin vermeli ve çocuktan beklentilerini ona anlaşılır bir Şekilde ifade etmelidirler (Senemoğlu, 2007: 12). Ancak ana-baba tutumlarının bazı kişilik özellikleri üzerine etkisini araştıran Akbaba (1988), sadece demokratik ana-baba tutumuna bağlı ocuk yetiştirmenin bazı kişilik özellikleri üzerinde olumsuz etkilerinin de olduğunu saptamıştır. Araştırmacıya göre genel geçer en iyi ana-baba tutumunu belirlemenin çok güç olduğunu, bunun yerine tüm

ilişkilerde başta demokratik tutum olmak üzere diğer ana-baba tutumlarından da yararlanılabileceğini vurgulamaktadır.

Decovic ve Janessens (1992) ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları ile 6-11 yaş arasındaki çocuklarının sosyal konumları arasındaki ilişkiye baktıkları çalışmalarında, popüler çocukların anne babalarının yetkinci, reddedilen çocukların anne babalarının ise yetkeci tutuma sahip oldukları görülmüştür (Aktaran: Gülay, 2008: 94).

Chen, Wang, Chen ve Liu (2002) tarafından yapılan araştırmada, ebeveyn tutumlarından destekleyici, sıcak, sevgi dolu tavırların saldırganlıkla ters yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu araştırma sonucuna göre, çocukların sosyal davranışlarının şekillenmesinde, anne-baba tutumları etkin rol oynamaktadır. (Aktaran: Gülay, 2008: 93).

2.4.2. Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile İlgili Araştırmalar

Barkley ve ark. (1991) tarafından yapılan araştırmada, DEHB' de KOKGB eşhastalanımının, agresyonla ve olumsuz anne-baba-çocuk etkileşimiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Barkley ve ark. 1991)

Çocuklarda DEHB ile birlikte görülen bozukluklar arasında KOKGB, davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, duygu durum bozukluğu ve öğrenme bozuklukları yer alır (Kessler ve ark. 2005). Bu eşhastalanım durumları arasında en sık görüleni KOKGB' dir. DEHB' nin kızlarda daha az görüldüğü bilinmektedir (Szmari ve ark. 1989, Cohen ve ark. 1993). Önal (2007) tarafından yapılan çalışmada ise kızların oranı %5, erkeklerin oranı ise %95' dir.

KOKGB olan bireylerin otorite figürüne karşı negativist, karşı gelen, asi ve düşmanca davranışları mevcuttur. Bu davranışlar erişkin – çocuk ve akran ilişkilerine zarar vermektedir. DSM IV' e göre prevalansı %2–16 arasındadır. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte daha çok anne ve babaların tutumlarının ve çocuğun mizaç özelliklerinin önemli olduğu düşünülmektedir (Calzada ve ark. 2004, Satake ve ark.2004, Webster-Stratton ve ark. 2004).

Bozulma kriteri göz önüne alınmadan yani sadece klinik görüşme (K-SADS-PL) ile DEHB, KOKGB ve DB sıklığı sırasıyla 21.8%, 2.4%, 1.9% olarak bulunmuş, ek

olarak bozulma kriteri de dikkate alındığında ise oranlar sırasıyla 12.7%, 1.2%, 1.9% olarak saptanmıştır. Önerilen DSM-5 Tanı Ölçütlerine göre yapılan değerlendirmede ise DEHB ve KOKGB prevalansı 22.3% ve 5% bulunurken; bozulma kriteri dikkate alındığında DEHB ve KOKGB prevalansı 12.7% ve 3.6% olarak saptanmıştır. (Uysal, 2012).

DEHB tanısına binişiklik gösteren karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) bulunması işlevselliği daha da bozmakta ve ilaveten bir yük getirmektedir. KOKGB, DEHB tanısına %40-60 oranında binişiklik gösterir. DEHB olan grup duygusal yüz ifadelerini tanımakta sağlıklı bireylere oranla daha başarısız olduğu saptandı. Ancak DEHB grubu ile DEHB+KOKGB binişiklik gösteren grup karşılaştırıldığında, KOKGB binişikliği gösteren grup nötral ifadeler hariç duygusal yüz ifadelerini tanımakta anlamlı bir farklılık göstermedi. Nötral ifadelere ise daha fazla anlam katmaya eğilimliydi. Sonuç olarak, DEHB olan bireyler duygusal yüz ifadelerini tanımada güçlük çekerken, KOKGB binişikliği kızgın yüzler dahil duygusal yüz ifadelerini tanımayla ilişkilendirilmemiştir. (Kara, 2014)

KOB ve DEHB arasında çok yüksek oranda bir üst üste binme olduğu farklı coğrafik bölge ve kültürlerden epidemiyolojik ve klinik örneklemelerde net olarak ortaya konmuştur (38). Greene et al (2002)'in yapmış olduğu bir çalışmada, DB2nin eşlik ettiği ya da etmediği KOB olan gençlerin DEHB, majör depresyon, bipolar bozukluk ve çoğul anksiyete bozukluğu oranlarının ne KOB ne de DB olan psikiyatrik karşılaştırma deneklerinden önemli derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgular, iki bozukluk arasındaki anlamlı örtüşmeyi kanıtlayan daha önceki araştırmalarla uyumlu olarak KOB'nin DEHB ile eşlik ettiğini göstermiştir. Conner et al (2008)'in yapmış olduğu bir başka çalışmada ise, DEHB örnekleminde 70 çocukların %43'üne KOB ve %25'ine (n=50) DB tanıları eşlik ettiği, Post Hoc Analizi ile ise DEHB semptomlarının en şiddetlisinin DEHB + DB grubunda olduğunu ve onu DEHB + KOB grubunun izlediği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da DEHB'nin KOB'ye eşlik etme durumu literatürle uyumlu olarak ilk dalgada KOB (+) olan olguların %87.0'sine, KOB (-) olan olguların %31.7'sine; 2. dalgada KOB (+) olan olguların %92.9'una, KOB (-) olan olguların %46.4'üne; 3.dalgada KOB (+) olan olguların %100'üne, KOB (-) olan olguların %42.3'üne DEHB tanısının eşlik ettiği saptandı ve KOB (+) olan olgularda KOB (-) olan olgulara göre komorbid DEHB tanısı görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulundu (Uslu, 2011).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu

Araştırmanın evreni, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda DEHB tanısı almış çocukların anne baba tutumları ile karşı olma karşı gelme eğilimi arasındaki ilişkiyi incelemek için gönüllülük esasına dayalı olarak, anne veya babalardan oluşan 100 kişilik örneklem ile araştırma yürütülmüştür. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinden oluşan örneklem grubunun demografik değişkenleri Tablo 1’de yüzdeleri ile birlikte verilmiştir.

Tablo 1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Demografik değişkenler (N=100)	n	%	
Ebeveyn Cinsiyet	Erkek	33	33,0
	Kadın	67	67,0
Ebeveyn Yaşı	22-30	11	11,0
	31-39	76	76,0
	40 ve üzeri	13	13,0
Medeni durumunuz	Bekar	10	10,0
	Evli	90	90,0
Anne baba birlikteliği	Birlikte Yaşıyorlar	92	92,0
	Ayrılar	8	8,0
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	6	6,0
	İlkokul	32	32,0
	Ortaokul	30	30,0
	Lise	30	30,0
	Lisans	2	2,0
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	2	2,0
	İlkokul	23	23,0
	Ortaokul	23	23,0
	Lise	48	48,0
	Lisans	4	4,0
Anne Çalışıyor mu?	Evet	16	16,0
	Hayır	84	84,0
Baba Çalışıyor mu?	Evet	99	99,0
	Hayır	1	1,0
Gelir Düzeyiniz	Düşük	17	17,0
	Orta	77	77,0
	Yüksek	6	6,0
Çocuk Sayısı	Tek Çocuk	21	21,0
	2	64	64,0
	3	14	14,0
	4 çocuk ve üstü	1	1,0

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma için veri toplama amacıyla; Kişisel Bilgi Forumu, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Ana-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği (ASBÖ-KF) (Parenting Styles and Dimensions Questionnaire) kullanılmıştır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, aileye ve çocuğa ilişkin sosyo- demografik bilgileri toplamayı ve çocuğun gelişim özelliklerini, ailenin çocuğa yaklaşımını belirlemeyi hedeflemiştir. Ailenin demografik bilgileri yanı sıra ana babanın sağaltım sürecindeki yeri ve çocuğun ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanmıştır.

3.2.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellik sorgulayan 3, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu'nu sorgulayan 8 ve Davranım Bozukluğu'nu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır (Turgay, 1994). Ölçek, DSM-IV ölçütlerinin anlamını değiştirmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde geliştirilmiştir. DEHB tanısı alan veya belirtileri ile DEHB varlığının söz konusu olabileceği çocukların anne, baba ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır. Ercan ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin, Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile yapılan madde analizi ve güvenilirlik sonuçları doğrultusunda ölçeğin %88.4 oranında doğru sınıflandırma yaptığı ve %84 oranında ayırt edici özellikte olduğu tespit edilmiştir. (Ercan ve ark., 2001).

3.2.3. Ana-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği (ASBÖ-KF) (Parenting Styles and Dimensions Questionnaire)

Robinson, Mandlco, Olsen ve Hart (2001) tarafından geliştirilmiş olan Anne-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği, 2-13 yaş aralığında çocuğu bulunan ana-babaların tutumlarını değerlendirmektedir. Toplam 32 maddeden oluşan ölçekteki ifadeler, "1= Hiçbir zaman" ile "5= Her zaman" arasında değişen beşli likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri Kapçı ve Demirci

(2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. ASBÖ' nün faktör yapısını belirlemek amacı ile yapılan Promaks döndürmeli faktör analizi sonucunda, özgün ölçeğe benzer biçimde varyansın %36"sını açıklayan üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçek, Yetkin (authoritative), Yetkeci (authoritarian) ve İzin verici (Permissive) olarak adlandırılan 3 alt faktörden oluşmaktadır. Yetkin/demokratik ana-babalığı ölçen "Yetkin" (authoritative) alt faktörü 15 maddeden (1., 3., 5., 7., 9., 11., 12., 14., 18., 21., 22., 25., 27., 29., ve 31. madde) oluşmaktadır. Örneğin "Çocuğumun duygu ve ihtiyaçlarına duyarlıyım" ifadesi yetkin ana-babalığı ölçmektedir. Yetkeci ya da otoriter ana-babalığı ölçen Yetkeci (authoritarian) alt faktörü 7 maddeden (2., , 6., 13., 19., 23., 30., ve 32. madde) oluşmaktadır. Örneğin "Çocuğumu disipline sokmak için fiziksel cezalandırmayı kullanırım" maddesi yetkeci ana-babalığı değerlendirmektedir. izin verici (permissive) olarak adlandırılan 3. faktörde ise, 10 maddeden (4., 8., 10., 15., 16., 17., 20., 24., 26., ve 28. madde) oluşmaktadır. Örneğin "Çocuğumu cezalandıracağımı söylerim ama aslında cezalandırmam" ifadesi izin verici ana-babalığı ölçmektedir. Ölçeğin, Cronbach Alfa ile değerlendirilen iç-tutarlılığı „yetkeci“ faktör için .88, „yetkin“ faktör için .74 ve „izin verici-açıklama yapmama“ adı verilen faktör için .64 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test kararlılığı değerlendirilmiş ve .64 ($p<.0001$) olarak bulunmuştur. Analizler, ASBÖ-KF' nin çocukları 3-13 yaş aralığında bulunan annelerin tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılabileceğini göstermiştir (Kapçı ve Demirci, 2009).

3.3. Araştırmanın İşlem Yolu

Bilgilendirilmiş onamları doğrultusunda araştırmaya katılımı sağlanan kişilerin vermiş oldukları yanıtların veri girişleri yapılarak istatistiksel analiz yöntemleri uygulanmıştır. Veri analizleri, sosyal bilimlerde araştırmalarda kullanılan istatistik yazılımı olan SPSS ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sorularının cevaplanması ve hipotezlerin test edilmesi amacıyla yapılan analiz yöntemleri olarak betimleyici istatistiksel yöntemler, çoklu bağımsız grupların söz konusu olduğu demografik değişkenler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve normal dağılım göstermeyen değişkenler için Kruskal-Wallis H Testi, iki bağımsız grup içeren değişkenlerin karşılaştırılması için "Bağımsız örneklem t testi" ve normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U Testi ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi uygulanmıştır. aralarında

korelasyon olduğu belirlenen değişkenlerin yordayıcılığını incelemek için ise regresyon analizi yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinden oluşan örneklem grubunun demografik değişkenleri Tablo 1’de yüzdeleri ile birlikte verilmiştir.

Tablo 2. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Demografik değişkenler (N=100)		n	%
Ebeveyn Cinsiyet	Erkek	33	33,0
	Kadın	67	67,0
Ebeveyn Yaşı	22-30	11	11,0
	31-39	76	76,0
	40 ve üzeri	13	13,0
Medeni durumunuz	Bekar	10	10,0
	Evli	90	90,0
Anne baba birlikteliği	Birlikte Yaşıyorlar	92	92,0
	Ayrılar	8	8,0
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	6	6,0
	İlkokul	32	32,0
	Ortaokul	30	30,0
	Lise	30	30,0
	Lisans	2	2,0
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	2	2,0
	İlkokul	23	23,0
	Ortaokul	23	23,0
	Lise	48	48,0
	Lisans	4	4,0
Anne Çalışıyor mu?	Evet	16	16,0
	Hayır	84	84,0
Baba Çalışıyor mu?	Evet	99	99,0
	Hayır	1	1,0
Gelir Düzeyiniz	Düşük	17	17,0
	Orta	77	77,0
	Yüksek	6	6,0
Çocuk Sayısı	Tek Çocuk	21	21,0
	2	64	64,0
	3	14	14,0
	4 çocuk ve üstü	1	1,0

Örneklem grubunun demografik değişkenlerine bakıldığında,

Katılımcıların % 67'si annelerden, %33'ü babalardan oluşmaktadır.

Ebeveynin yaş aralıkları incelendiğinde %11 oranında 22-30 yaş arası, %76 oranında 31-39 yaş arası ve %13 oranında 40 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür.

Ebeveynin medeni durumu incelendiğinde, %10'u boşanmış, %90'ı hala evli olduklarını bildirmişlerdir.

Ebeveynlerin birliktelik durumu ise %92 oranında birlikte, %8 oranında ayrı olarak bildirilmiştir.

Anne eğitim düzeyi incelendiğinde, %6 oranında okuryazar düzeyinde, %32 oranında ilkokul mezunu, %30 oranında ortaokul mezunu, %30 oranında lise mezunu ve %2 oranında üniversite mezunu olarak belirtilmiştir.

Baba eğitim düzeyi incelendiğinde, %2 oranında okuryazar düzeyinde, %23 oranında ilkokul mezunu, %23 oranında ortaokul mezunu, %48 oranında lise mezunu ve %4 oranında üniversite mezunu olarak belirtilmiştir.

Annelerin %16'sı çalışmakta ve %84'ü çalışmamaktadır. Babaların ise yalnızca %1 oranında çalışmadığı bildirilmiştir.

Gelir düzeyi katılımcılarda %17 oranında düşük, %77 oranında orta ve %6 oranında yüksek olarak bildirilmiştir.

Çocuk sayısı değişkenine göre anne veya babalar %21 oranında tek çocukları olduğunu %64 oranında 2 çocukları olduğunu, %14 oranında 3 çocukları olduğunu ve %1 oranında 4 çocuk ve üzeri sayıda çocukları olduğunu bildirmişlerdir.

4.2. DEHB Tanısına İlişkin Betimleyici İstatistikler

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinden DEHB tanısına ilişkin sorular "Kişisel Bilgi Formu"nda yöneltilmiştir. Ebeveynlerin sorulara vermiş oldukları yanıtların yüzdesel dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 3. DEHB Tanısına İlişkin Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

DEHB Tanısına İlişkin değişkenler (N=100)	n	%		
Anne ya da baba veya her ikisi de daha önce dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış mı?	Evet	2	2,0	
	Hayır	98	98,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuz kaçınıcı çocuk?	1	57	57,0	
	2	37	37,0	
	3	6	6,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuzun cinsiyeti nedir?	Kız	27	27,0	
	Erkek	73	73,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuz kaç yaşında?	5	1	1,0	
	6	11	11,0	
	7	19	19,0	
	8	17	17,0	
	9	17	17,0	
	10	17	17,0	
	11	9	9,0	
	12	4	4,0	
	13	5	5,0	
	DEHB tanısı olan çocuğunuz kaçınıcı sınıfa gidiyor?	Okul öncesi	6	6,0
		1. Sınıf	28	28,0
		2. Sınıf	14	14,0
		3. Sınıf	8	8,0
4. Sınıf		26	26,0	
5. Sınıf		11	11,0	
6. Sınıf		1	1,0	
7. Sınıf		4	4,0	
8. Sınıf		2	2,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuzun gittiği okul türü nedir?	Devlet Okulu	97	97,0	
	Özel Okul	3	3,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuz ilaç tedavisi görüyor mu?	Evet	35	35,0	
	Hayır	65	65,0	
Kaç yıldır ilaç kullanıyor?	Kullanmıyor	65	65,0	
	1-5 yıl	35	35,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuzun akademik başarı problemi var mı?	Evet	71	71,0	
	Hayır	29	29,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuzun uyum ve davranış sorunları var mı?	Evet	65	65,0	
	Hayır	35	35,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuz arkadaşlarına şiddet uyguluyor mu?	Evet	41	41,0	
	Hayır	59	59,0	
DEHB tanısı olan çocuğunuza evinizdeki kurallar net olarak	Evet	81	81,0	
	Hayır	19	19,0	

açıklandı mı?			
“Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite” olarak adlandırılan davranış bozukluğuna ilişkin daha önceden öğrendiğiniz bilgileriniz var mı?	Evet	24	24,0
	Hayır	76	76,0
DEHB tanısı olan çocuğunuz için eğitimler aldınız mı?	Evet	7	7,0
	Hayır	93	93,0
DEHB ile ilgili ne tür eğitimler aldınız?	Eğitim	92	92,0
	Almadım		
	Aile Eğitimi	7	7,0
	Dikkat Toplama	1	1,0
	Eğitimi		
DEHB tanısı olan çocukların eğitimi konusunda yayın takip ediyor musunuz?	Evet	58	58,0
	Hayır	42	42,0
Ne tür yayınlar takip ediyorsunuz?	Yayın Takip		
	Etmeyorum	36	36,0
	Dergi	3	3,0
	Gazete	2	2,0
	Televizyon	28	28,0
	Kitap	8	8,0
	Diğer	23	23,0

Örneklem grubunun çocuklarının DEHB tanısına ilişkin değişkenlerine bakıldığında, Anne ve babanın DEHB tanısı alma durumu %2 oranında görüldüğü %98 oranında görülmediği bildirilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların %57’si ailenin ilk çocuğu, %37’si ikinci çocuğu ve %6’sı üçüncü çocuğu olarak bildirilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların %73’ü erkek, %27’si kızlardan oluşmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların %1’i 5 yaş, %11’i 6 yaş, %19’u 7 yaş, %17’si 8 yaş, %17’si 9 yaş, %17’si 10 yaş, %9’u 11 yaş, %4’ü 12 yaş, %5’i 13 yaş olarak bildirilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların sınıf düzeyi incelendiğinde %6’sı okul öncesi, %28’i 1. Sınıf, %14’ü 2. Sınıf, %8’i 3. Sınıf, %26’sı 4. Sınıf, %11’i 5. Sınıf, %1’i 6. Sınıf, %4’ü 7. Sınıf ve %2’si 8. Sınıf olarak bildirilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların %97’si devlet okulunda, %3’ü ise özel okullarda okumaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların %35'i ilaç tedavisi alırken, %65'i ilaç kullanmamaktadır. İlaç kullanan çocuklar 1-5 yıl süresince ilaç kullanmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların %71'i akademik problem yaşarken, %29'u okulda akademik sorun yaşamamaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların %65'i uyum ve davranış problemleri yaşarken, %35'i uyum ve davranış problemleri yaşamamaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların %41'i arkadaşlarına şiddet uygulamakta, %59'u arkadaşlarına karşı şiddet uygulamamaktadır.

DEHB tanısı konulan çocuklar için evde %81 oranında kurallar net bir biçimde açıklanmış, %19 oranında açıklanmamıştır.

Ebeveynlerin %24 oranında DEHB hakkında daha öncesinde bilgisi varken %76 oranında anne veya babanın DEHB hakkında önceden öğrendiği bilgi olmadığı bildirilmiştir.

Ebeveynlerin %93 oranı DEHB hakkında eğitim almadığını %7 oranında ebeveynin eğitim aldığı bildirilmiştir.

Eğitim alan ebeveynlerin Aile Eğitimi ve Dikkat Toplama eğitimleri aldığı bulunmuştur (N=8).

Ebeveynlerin %58'i DEHB hakkında yayınları takip ettiği ve %42 oranında ebeveynin DEHB ile ilgili yayınları takip etmediği görülmektedir. Yayın takip ettiğini bildiren ebeveynlerin dergi, gazete, televizyon ve kitap türü yayınları takip ettiği bildirilmiştir.

4.3. DEHB Tanısı Alan Çocukların Anne Baba Tutumlarının Demografik Değişkenlere göre Karşılaştırılması

Anne baba tutumlarının (Yetkin/Demokratik, Yetkeci ve İzin verici olmak üzere) katılımcıların demografik ve DEHB tanısına ilişkin değişkenlerle karşılaştırılması “parametrik olmayan istatistiksel yöntemler” kullanılarak yapılmıştır. SPSS üzerinde yapılan ve değişkenlerin test edildiği “Normallik testi” sonuçlarına göre değişkenlerin normal dağılım gösterdiği Sapphiro-Wilk sınaması yapılarak tespit edilmiş olup, demografik değişkenlerin p değerleri .005'ten büyük

olması sebebiyle değişkenlerin normal dağılım gösterdiği her bir değişken için tespit edildiğinden, iki bağımsız grubun olduğu karşılaştırmalar için Bağımsız örneklem t testi; çoklu bağımsız grupların olduğu karşılaştırmalar için ise Tek Yönlü varyans analiz (ANOVA) testleri kullanılmıştır. Ayrıca, çoklu bağımsız gruplarda homojenlik testi uygulanmış olup, anlamlı bulunan farklılıkların nerede görüldüğünü tespit etmek amacıyla “Post-hoc analizi” yöntemlerinden LSD uygulanmıştır.

Anne Baba tutumlarının araştırmanın demografik ve DEHB tanısına ilişkin değişkenlerle karşılaştırılmasında tutum biçimlerinin söz konusu değişkenler bakımından anlamlı farklılığı bulunup bulunmadığı aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Anne Baba Tutumları	Ebeveyn Cinsiyeti	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin Demokratik	Kadın	67	53,76	8,565	,223	,824
	Erkek	33	53,30	11,585		
Yetkeci	Kadın	67	15,88	5,201	-,166	,868
	Erkek	33	16,06	5,031		
İzin verici	Kadın	67	25,28	6,249	-,1563	,123
	Erkek	33	27,30	5,987		

Tablo 4. Cinsiyete göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Tablo 3’te ebeveynin cinsiyeti ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız örneklem t Testi’ne göre, Yetkin/Demokratik (p=,824), Yetkeci (p=,868) ve İzin Verici (p=,123) Tutumların ebeveynin cinsiyeti bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (p>.05).

Tablo 5. Ebeveynin Yaşına göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Ebeveyn Yaşı	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p	LSD
					Levene	p							
Yetkin Demokratik	22-30 yaş arası	11	46,91	8,491			Gruplar Arası	571,870	2	285,935			
	31-39 yaş arası	76	54,62	9,565	,573	,566	Grup İçi	8569,920	97	88,350	3,236	,044	31-39>22-30 31-39>40+
	40 ve üzeri	13	53,38	9,070			Toplam	9141,790	99				
	Toplam	100	53,61	9,609									
Yetkeci	22-30 yaş arası	11	15,00	4,879			Gruplar Arası	53,458	2	26,729	1,020	,364	
	31-39 yaş arası	76	16,34	4,890	,639	,530	Grup İçi	2542,182	97	26,208			
	40 ve üzeri	13	14,38	6,526			Toplam	2595,640	99				
	Toplam	100	15,94	5,120									
İzin verici	22-30 yaş arası	11	24,00	7,874			Gruplar Arası	110,176	2	55,088			
	31-39 yaş arası	76	26,54	5,855			Grup İçi	3704,574	97	38,191	1,442	,241	
	40 ve üzeri	13	24,15	6,543	1,447	,240	Toplam	3814,750	99				
	Toplam	100	25,95	6,207									

Tablo 4'te ebeveynin yaşı ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi'ne göre, Yetkeci (p=,364) ve İzin Verici (p=,241) Tutumların ebeveynin cinsiyeti bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (p>.05).

Yetkin/Demokratik tutumun ise ebeveynin yaşı bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir (p=044, p<.05). Bu durumda 31-39 yaş arası ebeveynlerin Yetkin/Demokratik puan ortalamalarının 22-30 ve 40 ve üzeri yaş arasında olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 6. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Yaşına göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Çocuk Yaşı	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p	LSD		
					Levene	p									
Yetkin/Demokratik	6	12	53,58	12,139	1,889	,080	Gruplar Arası	595,213	7	85,030	,915	,498			
	7	19	51,26	6,127			Grup İçi	8546,577	92	92,898					
	8	17	57,94	9,417			Toplam	9141,790	99						
	9	17	54,53	11,369											
	10	17	53,00	10,422											
	11	9	49,67	8,367											
	12	4	55,00	6,928											
	13	5	52,80	8,955											
	Toplam	100	53,61	9,609											
	Yetkeci	6	12	13,50			4,400	1,016	,425	Gruplar Arası					
7		19	19,79	5,564	Grup İçi	631,129	7			90,161	4,222	,000			

								Toplam	1964,511	92	21,353		
	8	17	16,12	3,569								7>6	7>8
	9	17	15,18	4,586					2595,640	99		7>9	7>10
	10	17	17,41	5,444								7>11	7>12
	11	9	13,67	4,500								7>13	
	12	4	10,00	1,155									
	13	5	13,00	1,871									
	Toplam	100	15,94	5,120									
	6	12	22,92	6,473									
	7	19	27,84	5,928	,630	,730	Gruplar Arası	736,889	7	105,270	3,147	,005	10>6
	8	17	26,41	5,161			Grup İçi	3077,861	92	33,455			10>7
	9	17	25,35	4,541			Toplam	3814,750	99				10>8
İzin Verici	10	17	29,29	6,527									10>9
	11	9	23,89	6,954									10>11
	12	4	17,00	2,309									10>12
	13	5	26,00	6,000									10>13
	Toplam	100	25,95	6,207									

Tablo 5’te DEHB tanısı alan çocuğun yaşı ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,192$) Tutumun çocuğun yaşı bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Bununla birlikte,

Yetkeci ($p=,001$) ve İzin Verici ($p=,005$) boyutlarının DEHB tanısı alan çocuğun yaşı bakımından anlamlı ölçüde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<.05$). Yapılan LSD Post-hoc analizi sonuçlarına göre, yetkeci tutum için anlamlı farklılığın yol açtığı değişkenin 7 yaş; izin verici tutum için ise 10 yaş olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Annenin Eğitim Düzeyine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Anne Eğitim Düzeyi	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p			
					Levene	p									
Yetkin/Demokratik	Okuryazar	6	56,67	8,595	1,340	,261	Gruplar Arası	507,623	4	126,906	1,396	,241			
	İlkokul Mezunu	32	53,75	9,571			Grup İçi	8634,167	95	90,886					
	Ortaokul Mezunu	30	54,63	8,373			Toplam	9141,790	99						
	Lise Mezunu	30	52,77	10,582											
	Üniversite Mezunu	2	39,50	12,021											
	Toplam	100	53,61	9,609											
Yetkeci	Okuryazar	6	15,00	2,366	1,355	,255	Gruplar Arası	215,432	4	53,858	2,150	,081			
	İlkokul Mezunu	32	15,94	5,808			Grup İçi	2380,208	95	25,055					
	Ortaokul Mezunu	30	15,43	4,666			Toplam	2595,640	99						
	Lise Mezunu	30	15,97	4,796											
	Üniversite Mezunu	2	26,00	2,828											
	Toplam	100	15,94	5,120											
İzin Verici	Okuryazar	6	28,00	5,441	,286	,866	Gruplar Arası	323,448	4	80,862	2,200	,075			
	İlkokul Mezunu	32	24,53	5,957						36,751					
	Ortaokul Mezunu	30	25,77	5,870						Grup İçi			3491,302	95	80,862
	Lise Mezunu	30	26,53	6,516						Toplam			3814,750	99	
	Üniversite Mezunu	2	36,50	3,536											

Toplam	100	25,95	6,207
--------	-----	-------	-------

Tablo 6’da annenin eğitim durumu ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne göre, Yetkin/Demokratik (p=,241), Yetkeci (p=,081) ve İzin Verici (p=,075) Tutumların annenin eğitimi bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (p>.05).

Tablo 8. Babanın Eğitim Düzeyine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Baba Eğitim Düzeyi	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
					Levene	p						
Yetkin/Demokratik	Okuryazar	2	55,00	,000	2,971	,023	Gruplar Arası	81,026	4	20,256	,212	,931
	İlkokul mezunu	23	55,13	9,687			Grup İçi	9060,764	95	95,376		
	Ortaokul mezunu	23	53,48	9,307			Toplam	9141,790	99			
	Lise mezunu	48	52,92	9,441								
	Üniversite mezunu	4	53,25	17,328								
	Toplam	100	53,61	9,609								
Yetkeci	Okuryazar	2	12,00	,000	1,193	,319	Gruplar Arası	217,480	4	54,370	2,172	,078
	İlkokul mezunu	23	14,26	4,731			Grup İçi	2378,160	95	25,033		
	Ortaokul mezunu	23	15,78	5,402			Toplam	2595,640	99			
	Lise mezunu	48	16,56	4,916								
	Üniversite mezunu	4	21,00	6,000								
	Toplam	100	15,94	5,120								
İzin Verici	Okuryazar	2	24,00	,000			Gruplar Arası	129,216	4	32,304	,833	,508
	İlkokul mezunu	23	25,26	6,916			Grup İçi	3685,534	95	38,795		
	Ortaokul mezunu	23	26,70	4,436								

Lise mezunu	48	25,60	6,613	2,216	,073	Toplam	3814,750	99
Üniversite mezunu	4	30,75	6,946					
Toplam	100	25,95	6,207					

Tablo 7’de babanın eğitim durumu ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne göre, Yetkin/Demokratik (p=,931), Yetkeci (p=,078) ve İzin Verici (p=,508) Tutumların babanın eğitimi bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (p>.05).

Tablo 9. Gelir Düzeyine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Gelir Düzeyi	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi	Varyansın	KT	SD	KO	F	p
---------------------	--------------	---	-----------	----	------------------	-----------	----	----	----	---	---

					Levene	p	Kaynağı					
Yetkin/Demokratik	Düşük	17	53,82	8,233	1,015	,366	Gruplar Arası	3,265	2	1,633	,017	,983
	Orta	77	53,52	9,695			Grup İçi	9138,525	97	94,212		
	Yüksek	6	54,17	13,497			Toplam	9141,790	99			
	Toplam	100	53,61	9,609								
Yetkeci	Düşük	17	17,12	4,372	2,616	,078	Gruplar Arası					
	Orta	77	15,68	5,064			Grup İçi	28,992	2	14,496	,548	,580
	Yüksek	6	16,00	7,899			Toplam	2566,648	97	26,460		
	Toplam	100	15,94	5,120				2595,640	99			
İzin Verici	Düşük	17	26,59	5,409	3,204	,045	Gruplar Arası					
	Orta	77	25,97	6,089			Grup İçi	33,851	2	16,925	,434	,649
	Yüksek	6	23,83	9,948			Toplam	3780,899	97	38,978		
	Toplam	100	25,95	6,207				3814,750	99			

Tablo 8’de gelir düzeyi ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne göre, Yetkin/Demokratik (p=,983), Yetkeci (p=,580) ve İzin Verici (p=,649) Tutumların gelir düzeyi bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (p>.05).

Tablo 10. Çocuk Sayısına göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Çocuk Sayısı	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
					Levene	p						

Yetkin/Demokratik	Tek Çocuk	21	49,76	9,934			Gruplar Arası	444,068	3 148,023	1,634 ,187
	2	64	55,02	9,240	,057	,945	Grup İçi	8697,722	96 90,601	
	3	14	53,07	10,171			Toplam	9141,790	99	
	4 çocuk ve üstü	1	52,00	.						
	Toplam	100	53,61	9,609						
Yetkeci	Tek Çocuk	21	15,90	5,522			Gruplar Arası	12,864	3 4,288	,159 ,923
	2	64	16,08	5,361	1,716	,185	Grup İçi	2582,776	96 26,904	
	3	14	15,21	3,534			Toplam	2595,640	99	
	4 çocuk ve üstü	1	18,00	.						
	Toplam	100	15,94	5,120						
İzin Verici	Tek Çocuk	21	26,10	6,971			Gruplar Arası	1,778	3 ,593	,015 ,997
	2	64	25,89	6,380	1,125	,329	Grup İçi	3812,972	96 39,718	
	3	14	26,07	4,615			Toplam	3814,750	99	
	4 çocuk ve üstü	1	25,00	.						
	Toplam	100	25,95	6,207						

Tablo 9’da çocuk sayısı ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,187$), Yetkeci ($p=,923$) ve İzin Verici ($p=,997$) Tutumların çocuk sayısı bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 11. DEHB Tanısı Alan Kaçınıcı Çocuk Değişkenine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Kaçınıcı Çocuk	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
					Levene	p						
Yetkin/Demokratik	1	57	52,51	9,631	,468	,628	Gruplar Arası	431,954	2	215,977	2,405	,096
	2	37	56,08	9,257			Grup İçi	8709,836	97	89,792		
	3	6	48,83	9,283			Toplam	9141,790	99			
	Toplam	100	53,61	9,609								
Yetkeci	1	57	15,25	5,040	,465	,629	Gruplar Arası	68,448	2	34,224	1,314	,274
	2	37	16,73	5,373			Grup İçi	2527,192	97	26,054		
	3	6	17,67	3,615			Toplam	2595,640	99			
	Toplam	100	15,94	5,120								
İzin Verici	1	57	25,44	6,915	2,686	,073	Gruplar Arası	51,179	2	25,589	,660	,519
	2	37	26,38	5,246			Grup İçi	3763,571	97	38,800		
	3	6	28,17	4,355			Toplam	3814,750	99			
	Toplam	100	25,95	6,207								

Tablo 10’da DEHB tanısı alan kaçınıcı çocuk değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,096$), Yetkeci ($p=,274$) ve İzin Verici ($p=,519$) Tutumların tanı alan çocuğun doğum sırası bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 12. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Sınıf Düzeyine Göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Çocuk Sınıf	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
					Levene	p						
Yetkin/Demokratik	Okul öncesi	6	46,50	11,537	1,462	,191	Gruplar Arası	944,533	8	118,067	1,311	,248
	1. Sınıf	28	52,39	8,180			Grup İçi	8197,257	91	90,080		
	2. Sınıf	14	57,71	10,141			Toplam	9141,790	99			
	3. Sınıf	8	52,63	9,650								
	4. Sınıf	26	55,42	10,358								
	5. Sınıf	11	53,00	9,767								
	6. Sınıf	1	60,00	.								
	7. Sınıf	4	54,00	5,774								
	8. Sınıf	2	43,00	,000								
	Toplam	100	53,61	9,609								
Yetkeci	Okul öncesi	6	11,50	2,950	1,563	,156	Gruplar Arası	457,762	8	57,220	2,436	,020
	1. Sınıf	28	18,25	5,147			Grup İçi	2137,878	91	23,493		
	2. Sınıf	14	17,43	4,146			Toplam	2595,640	99			
	3. Sınıf	8	13,50	3,891								
	4. Sınıf	26	15,62	5,456								
	5. Sınıf	11	15,36	5,519								
	6. Sınıf	1	11,00	.								
	7. Sınıf	4	11,50	,577								
	8. Sınıf	2	15,00	,000								
	Toplam	100	15,94	5,120								
İzin Verici	Okul öncesi	6	20,33	3,141								



1. Sınıf	28	28,57	7,182
2. Sınıf	14	26,21	4,902
3. Sınıf	8	22,63	3,777
4. Sınıf	26	26,62	6,073
5. Sınıf	11	24,09	5,262
6. Sınıf	1	18,00	.
7. Sınıf	4	21,50	2,887
8. Sınıf	2	32,00	,000
Toplam	100	25,95	6,207

1,613 ,142

Gruplar Arası	736,264	8	92,033	2,720	,010
Grup İçi	3078,486	91	33,830		
Toplam	3814,750	99			

Tablo 11’de DEHB tanısı alan çocuğun sınıfı ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi’ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,248$) Tutumun çocuğun sınıfı bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Bununla birlikte, Yetkeci ($p=,020$) ve İzin Verici ($p=,010$) boyutlarının DEHB tanısı alan çocuğun sınıf düzeyi bakımından anlamlı ölçüde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<.05$).

Tablo 13. Anne Baba Birlikteliğine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Anne ve baba		N	\bar{X}	SS	t	p
	birlikte mi ayrı	mi?					
Yetkin/Demokratik	Birlikte Yaşiyor		92	53,17	9,251	-1,550	,124
	Ayrı		8	58,63	12,738		
Yetkeci	Birlikte Yaşiyor		92	15,65	4,969		
	Ayrı		8	19,25	6,018	-1,932	,056
İzin Verici	Birlikte Yaşiyor		92	25,80	6,097		
	Ayrı		8	27,63	7,633	-,794	,429

Tablo 12’de anne baba birliktelik durumu değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,124$), Yetkeci ($p=,056$) ve İzin Verici tutumun ($p=,429$) anne baba birlikteliği bakımından anlamlı farklılığı bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 14. Ebeveyn Medeni Durumuna göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Medeni durumu	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Boşanmış	10	64,60	6,603	4,106	,000
	Evli	90	52,39	9,123		
Yetkeci	Boşanmış	10	16,50	5,503	,363	,717
	Evli	90	15,88	5,105		
İzin Verici	Boşanmış	10	24,90	7,824	-,562	,575
	Evli	90	26,07	6,044		

Tablo 13’te anne baba medeni durumu değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre,

Yetkin/Demokratik ($p=,000$), tutumun anne baba birliktelik durumu bakımından anlamlı farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<,05$). Bununla birlikte, anne baba medeni durumu bakımından Yetkeci ($p=,717$) ve İzin Verici tutumun ($p=,575$) anlamlı farklılığı bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>,05$).

Tablo 15. Annenin Çalışma Durumuna göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	Anne çalışıyor mu?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	16	54,13	9,715	,233	,816
	Hayır	84	53,51	9,645		
Yetkeci	Evet	16	16,25	6,148	,263	,793
	Hayır	84	15,88	4,942		
İzin Verici	Evet	16	26,50	5,955	,385	,701
	Hayır	84	25,85	6,283		

Tablo 14'te annenin çalışma durumu değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi'ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,816$), Yetkeci ($p=,793$) ve İzin Verici ($p=,701$) Tutumların annenin çalışma durumu bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>,05$).

Tablo 16. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Cinsiyetine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocuğunuzun cinsiyeti nedir?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Kız	27	52,70	7,755	-,572	,569
	Erkek	73	53,95	10,239		
Yetkeci	Kız	27	16,19	5,385	,290	,773
	Erkek	73	15,85	5,054		
İzin Verici	Kız	27	25,59	5,760	-,349	,728
	Erkek	73	26,08	6,398		

Tablo 15'de DEHB tanısı alan çocuğun cinsiyeti değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi'ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,569$), Yetkeci ($p=,773$) ve İzin Verici ($p=,728$) Tutumların

tanı alan çocuğun cinsiyeti bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 17. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Gittiği Okula göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocuğunuzun gittiği okul türü nedir?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Devlet Okulu	97	53,79	9,474	1,089	,279
	Özel Okul	3	47,67	14,434		
Yetkeci	Devlet Okulu	97	16,08	5,123	1,594	,114
	Özel Okul	3	11,33	2,309		
İzin Verici	Devlet Okulu	97	26,15	6,182	1,899	,060
	Özel Okul	3	19,33	2,309		

Tablo 16’da DEHB tanısı alan çocuğun okul türü değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkeci ($p=,279$) ve Yetkin/Demokratik ($p=,114$) ve İzin Verici tutumun ($p=,060$) Tutumların DEHB tanısı alan çocuğun okul türü bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 18. DEHB Tanısı Alan Çocuğun İlaç Tedavisine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocuğunuz ilaç tedavisi görüyor mu?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	35	54,23	9,020	,470	,639
	Hayır	65	53,28	9,965		
Yetkeci	Evet	35	16,60	4,785	,945	,347
	Hayır	65	15,58	5,294		
İzin Verici	Evet	35	26,86	5,553	1,073	,286
	Hayır	65	25,46	6,522		

Tablo 17’de DEHB tanısı alan çocuğun ilaç tedavisi değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,639$), Yetkeci ($p=,347$) ve İzin Verici ($p=,286$) Tutumların

tanı alan çocuğun ilaç tedavisi alması bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 19. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Akademik Başarıya göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocuğunuzun akademik başarı problemi var mı?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	71	52,97	8,621	-1,040	,301
	Hayır	29	55,17	11,711		
Yetkeci	Evet	71	16,83	5,040	2,816	,006
	Hayır	29	13,76	4,718		
İzin Verici	Evet	71	26,76	6,502	2,077	,040
	Hayır	29	23,97	4,982		

Tablo 18’de DEHB tanısı alan çocuğun akademik başarı değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkeci ($p=,006$) ve İzin Verici ($p=,040$) Tutumların DEHB tanısı alan çocuğun akademik başarı bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Akademik sorun yaşayan öğrencilerin ebeveynlerinin anlamlı bir farklılıkla izin verici ve yetkeci tutumda olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, Yetkin/Demokratik tutumun ($p=,301$) DEHB tanısı alan çocuğun akademik başarı bakımından anlamlı farklılığı bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 20. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Uyum ve Davranış Problemine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocuğunuzun uyum ve davranış sorunları var mı?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	65	52,18	9,258	-2,054	,004
	Hayır	35	56,26	9,820		
Yetkeci	Evet	65	16,12	5,269	,485	,629
	Hayır	35	15,60	4,888		
İzin Verici	Evet	65	26,63	6,740	1,504	,136
	Hayır	35	24,69	4,916		

Tablo 19’da DEHB tanısı alan çocuğun uyum ve davranış problemi değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkeci ($p=,629$) ve İzin Verici ($p=,136$) Tutumların DEHB tanısı alan çocuğun uyum ve davranış problemi bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Bununla birlikte, Yetkin/Demokratik tutumun ($p=,004$) DEHB tanısı alan çocuğun uyum ve davranış problemi bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$).

Tablo 21. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Arkadaşlarına Yönelik Şiddet Uygulama Durumuna göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocuğunuz arkadaşlarına şiddet uyguluyor mu?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	41	50,15	8,383	-3,136	,002
	Hayır	59	56,02	9,735		
Yetkeci	Evet	41	16,98	5,355	1,702	,092
	Hayır	59	15,22	4,867		
İzin Verici	Evet	41	26,83	6,561	1,183	,240
	Hayır	59	25,34	5,930		

Tablo 20’de DEHB tanısı alan çocuğun arkadaşlarına yönelik şiddeti değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkeci ($p=,092$) ve İzin Verici ($p=,240$) Tutumların DEHB tanısı alan çocuğun arkadaşlarına yönelik şiddeti bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Bununla birlikte, Yetkin/Demokratik tutumun ($p=,002$) DEHB tanısı alan çocuğun arkadaşlarına yönelik şiddeti bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$).

Tablo 22. DEHB Tanısı Alan Çocuğa Yönelik Evdeki Kurallara göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocuğunuza evinizdeki kurallar net olarak açıklandı mı?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	81	54,63	9,497	2,235	,028
	Hayır	19	49,26	9,079		
Yetkeci	Evet	81	15,27	4,980	-2,786	,006
	Hayır	19	18,79	4,837		
İzin Verici	Evet	81	25,11	5,617	-2,892	,005
	Hayır	19	29,53	7,419		

Tablo 21’de DEHB tanısı alan çocuk için evdeki kurallar ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkin/Demokratik (p=,028), Yetkeci (p=,006) ve İzin Verici (p=,005) Tutumların tanı alan çocuk için evdeki kurallar bakımından anlamlı farklılığı bulunduğu tespit edilmiştir (p<.05).

Tablo 23. DEHB ile ilgili Ebeveynin Önceden Edinilmiş Bilgilere göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	“Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite” olarak adlandırılan davranış bozukluğuna ilişkin daha önceden öğrendiğiniz bilgileriniz var mı?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	24	52,29	9,644		
	Hayır	76	54,03	9,625	-,769	,444
Yetkeci	Evet	24	16,71	5,129		
	Hayır	76	15,70	5,128	,842	,402
İzin Verici	Evet	24	26,67	6,134		
	Hayır	76	25,72	6,254	,647	,519

Tablo 22’de DEHB ile ilgili ebeveynin önceden edindiği bilgiler değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkin/Demokratik (p=,444), Yetkeci (p=,402) ve İzin Verici (p=,519) Tutumların DEHB ile ilgili ebeveynin önceden edindiği bilgiler bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (p>.05).

Tablo 24. DEHB Tanısı Alan Çocuk için Eğitim Alma Durumuna göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocuğunuz için eğitimler aldınız mı?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	7	42,71	14,511	-3,258	,002
	Hayır	93	54,43	8,713		
Yetkeci	Evet	7	18,14	9,299	1,183	,240
	Hayır	93	15,77	4,709		
İzin Verici	Evet	7	26,00	9,000	,022	,983
	Hayır	93	25,95	6,015		

Tablo 23’te DEHB ile ilgili ebeveynin eğitim alması değişkeni ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkeci (p=,240) ve İzin Verici (p=,983) Tutumların DEHB ile ilgili ebeveynin eğitim alması bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (p>.05). Bununla birlikte, Yetkin/Demokratik tutumun (p=,002) DEHB ile ilgili ebeveynin eğitim alması bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir (p<.05).

Tablo 25. DEHB Tanısı Alan Çocuğu için İlgili Yayınları Takip Etmesine göre Anne Baba Tutumlarının Karşılaştırılması

Anne Baba Tutumları	DEHB tanısı olan çocukların eğitimi konusunda yayın takip ediyor musunuz?	N	\bar{X}	SS	t	p
Yetkin/Demokratik	Evet	58	52,43	8,794	-1,450	,150
	Hayır	42	55,24	10,525		
Yetkeci	Evet	58	17,14	5,059	2,846	,005
	Hayır	42	14,29	4,785		
İzin Verici	Evet	58	27,03	5,743	2,088	,039
	Hayır	42	24,45	6,575		

Tablo 24’te DEHB ile ilgili ebeveynin yayınları takip etmesi ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi’ne göre, Yetkin/Demokratik ($p=,150$) tutumun DEHB ile ilgili ebeveynin yayınları takip etmesi bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Bununla birlikte, Yetkeci ($p=,005$) ve İzin Verici tutumun ($p=,039$) DEHB ile ilgili ebeveynin yayınları takip etmesi bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$).

4.4. DEHB Tanısı Alan Çocuklarda Karşıt olma/Karşı Gelme Bozukluğu Eğiliminin, Demografik Değişkenler ile İncelenmesi

DSM IV-TR kriterleri çerçevesinde oluşturulan DEHB tanı ölçeği alt boyutlarından karşıt olma/karşı gelme alt boyutunun demografik ve DEHB tanısına ilişkin değişkenlerle karşılaştırılmasında, ikili ve çoklu bağımsız grupların yer aldığı demografik ve DEHB tanısına ilişkin değişkenler olması sebebiyle ve değişkenlerin normallik testi sonucunda Shappiro-Wilk değerlerinin .005’in üzerinde olması ile normal dağılım gösterdiğinin tespit edilmesiyle “bağımsız örneklem t testi” ve “tek yönlü varyans analizi (ANOVA)” uygulanmıştır. Karşıt olma/karşı gelme alt boyutunun demografik ve DEHB tanısına ilişkin değişkenler bakımından anlamlı ölçüde farklılaşp farklılaşmadığının incelendiği tablolar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 26. Ebeveyn Cinsiyetine göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Ebeveyn Cinsiyet		N	\bar{X}	SS	t	p
Karşıt Olma/Karşı gelme	Kadın	67	12,78	6,022	-1,472	,144
	Erkek	33	14,55	4,796		

Tablo 25’te ebeveyn cinsiyeti ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun ebeveynin cinsiyeti bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=-1,472$, $p>.05$).

Tablo 27. Ebeveynin Birliktelik Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Anne ve baba birlikte mi ayrı mı?		N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme	Birlikte Yaşıyor	92	13,22	5,741	-,850	,398
	Ayrı	8	15,00	5,014		

Tablo 26’da ebeveyn birliktelik durumu ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun ebeveynin birliktelik durumu bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=-,850$, $p>.05$).

Tablo 28. Ebeveynin Medeni Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Medeni durum		N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme	Bekâr	10	11,70	5,559	-,973	,333
	Evli	90	13,54	5,699		

Tablo 27’de ebeveyn medeni durumu ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun ebeveynin medeni durumu bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=-,973$, $p>.05$).

Tablo 29. Ebeveynin Yaşına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Ebeveynin Yaşı	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi Levene	Varyansın Kaynağı p	KT	SD	KO	F	p	
22-30 yaş arası	11	10,45	5,989	,322	,726	104,373	2	52,187	1,636	,200	
31-39 yaş arası	76	13,71	5,474								Gruplar arası
40 ve üzeri	13	13,77	6,379								Grup içi
Toplam	100	13,36	5,684		Toplam	3199,040	99				

Tablo 28’de ebeveyn yaşı ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Tek Yönlü Varyans Analizi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun ebeveynin yaşı bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=1,636$, $p>.05$).

Tablo 30. Annenin Eğitim Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Anne Eğitim	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
				Levene	p						
Okuryazar	6	14,00	6,197			Gruplar arası	278,407	4	69,602		
İlkokul Mezunu	32	11,88	5,604	1,297	,277	Grup içi	2920,633	95	30,744		
Ortaokul Mezunu	30	14,17	4,857			Toplam	3199,040	99		2,264	,068
Lise Mezunu	30	13,37	6,077								
Üniversite Mezunu	2	23,00	,000								
Toplam	100	13,36	5,684								

Tablo 29’da annenin eğitim durumu ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Tek Yönlü Varyans Analizi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun annenin eğitim durumu bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=2,264$, $p>.05$).

Tablo 31. Babanın Eğitim Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Baba Eğitim	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
				Levene	p						
Okuryazar	2	10,00	,000			Gruplar arası	150,083	4	37,521		
İlkokul mezunu	23	11,61	6,051	1,339	,261	Grup içi	3048,957	95	32,094		
Ortaokul mezunu	23	14,00	5,519			Toplam	3199,040	99		1,169	,329
Lise mezunu	48	13,77	5,466								
Üniversite mezunu	4	16,50	7,506								
Toplam	100	13,36	5,684								

Tablo 30’da babanın eğitim durumu ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Tek Yönlü Varyans Analizi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun babanın eğitim durumu bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (t=1,169, p>.05).

Tablo 32. Gelir Düzeyine göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Gelir Düzeyi	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
				Levene	p						
Düşük	17	11,47	4,951			Gruplar arası	96,952	2	48,476		
Orta	77	13,60	5,786	,248	,781	Grup içi	3102,088	97	31,980	1,516	,225
Yüksek	6	15,67	5,750			Toplam	3199,040	99			
Toplam	100	13,36	5,684								

Tablo 31’de gelir düzeyi ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Tek Yönlü Varyans Analizi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun gelir düzeyi bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (F=1,516, p>.05).

Tablo 33. Çocuk Sayısına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Çocuk Sayısı	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
				Levene	p						
Tek Çocuk	21	13,76	6,572			Gruplar arası	41,514	3	13,838		
2	64	12,95	5,579			Grup içi	3157,526	96	32,891		
3	14	14,71	5,060	,637	,531	Toplam	3199,040	99		,421	,739
4 çocuk ve üstü	1	12,00	.								
Toplam	100	13,36	5,684								

Tablo 32’de çocuk sayısı ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Tek Yönlü Varyans Analizi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun çocuk sayısı bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (F=,421, p>.05).

Tablo 34. DEHB Tanısı Alan Kaçınıcı Çocuk Olduğuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB Tanısı alan Kaçınıcı Çocuk	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p	LSD
				Levene	p							
1	57	11,96	5,726			Gruplar arası	280,353	2	140,177			1<2
2	37	14,92	5,267	,415	,661	Grup içi	2918,687	97	30,090	4,659	,012	1<3
3	6	17,00	4,099			Toplam	3199,040	99				2<3
Toplam	100	13,36	5,684									

Tablo 33’de DEHB tanısı alan çocuğun doğum sırası ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Tek Yönlü Varyans Analizi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun doğum sırası bakımından anlamlı farklılığı

olduğu tespit edilmiştir (F=4,659, p<.05). Yapılan Post-hoc analizine göre, üçüncü çocukların puan ortalamasının birinci ve ikinci çocuklara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 35. Çocuğun Yaşına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Çocuğun Yaşı	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi Levene	Varyansın Kaynağı p	KT	SD	KO	F	p	LSD
5	1	12,00	.		Gruplar arası	740,474	9	82,275			
6	11	15,27	5,061		Grup içi	2458,566	90	27,317			6>10
7	19	15,53	5,420		Toplam	3199,040	99				7>10
8	17	14,94	4,575						3,102	,003	8>10
9	17	12,06	5,332								13>10
10	17	9,88	4,470	1,669	,119						
11	9	11,67	7,365								
12	4	10,50	6,351								
13	5	20,50	1,732								
Toplam	100	13,36	5,684								

Tablo 34’de DEHB tanısı alan çocuğun yaşı ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Tek Yönlü Varyans Analizi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun yaşı bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir (t=3,102, p<.05). Yapılan Post-hoc analizi doğrultusunda, yapılan LSD Testi’ne göre ortalamanın anlamlı farklılığına yol açan yaş grubunun 10 yaş olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 36. Çocuğun Sınıfına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Çocuğun Sınıfı	N	\bar{X}	SS	Homojenlik Testi		Varyansın Kaynağı	KT	SD	KO	F	p
				Levene	p						
Okul öncesi	6	11,83	,983			Gruplar arası	1023,457	8	127,932		
1. Sınıf	28	16,00	5,242			Grup içi	2175,583	91	23,908		
2. Sınıf	14	14,86	4,881	2,909	,090	Toplam	3199,040	99			
3. Sınıf	8	7,88	3,227								
4. Sınıf	26	12,77	5,616							5,351	,000
5. Sınıf	11	8,64	4,985								
6. Sınıf	1	5,00	.								
7. Sınıf	4	17,50	1,732								
8. Sınıf	2	22,00	,000								
Toplam	100	13,36	5,684								

Tablo 35’te DEHB tanısı alan çocuğun sınıfı ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Tek Yönlü Varyans Analizi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun sınıfı bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir ($t=5,351$, $p<.05$).

Tablo 37. Annenin Çalışma Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Anne çalışıyor mu?		N	\bar{X}	SS	t	p
Karşıt Olma/Karşı gelme	Evet	16	15,56	5,668	1,707	,091
	Hayır	84	12,94	5,623		

Tablo 36’da annenin çalışma durumu ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun anne

çalışma durumu bakımından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (t=1,707 p>.05).

Tablo 38. Ebeveynin Önceden DEHB Tanısı Almış Olma Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

Anne ya da baba veya her ikisi de daha önce dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış mı?		N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme	Evet	1	20,00	.	1,156.	,250
	Hayır	97	13,36	5,712		

Tablo 37’de ebeveynin DEHB tanısı alma durumu ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun ebeveynin DEHB tanısı alma durumu bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (t=1,156 p>.05).

Tablo 39. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Cinsiyetine göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocuğun cinsiyeti		N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme	Kız	27	15,26	5,815	2,065	,042
	Erkek	73	12,66	5,511		

Tablo 38’de DEHB tanısı alan çocuğun cinsiyeti ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun cinsiyeti bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir (t=2,065 p<.05). Sonuçlara göre, DEHB tanısı alan kız öğrencilerin puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 40. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Gittiği Okul Türüne göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocuğun gittiği okul türü		N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme	Devlet Okulu	97	13,42	5,761	4,786	,533

gelme	Özel Okul	3	11,33	,577
-------	-----------	---	-------	------

Tablo 39’da DEHB tanısı alan çocuğun okul türü ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun okul türü bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=4,876$, $p>.05$).

Tablo 41. DEHB Tanısı Alan Çocuğun İlaç Kullanma Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocuğunuz ilaç tedavisi görüyor mu?	N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme					
Evet	35	16,17	3,952	3,878	,000
Hayır	65	11,85	5,919		

Tablo 40’da DEHB tanısı alan çocuğun ilaç alması ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun ilaç alması bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir ($t=3,878$, $p<.05$). Sonuçlar doğrultusunda ilaç kullandığı bildirilen DEHB tanısı alan çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimi puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 42. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Akademik Başarısına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocuğunuzun akademik başarı problemi var mı?	N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme					
Evet	71	13,86	5,926	1,380	,171
Hayır	29	12,14	4,926		

Tablo 41’de DEHB tanısı alan çocuğun akademik başarısı ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun akademik başarısı bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=1,380$, $p>.05$).

Tablo 43. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Uyum ve Davranış Sorunlarına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocuğunuzun uyum ve davranış sorunları var mı?	N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme Evet	65	14,95	5,441	4,117	,000
Karşıt Olma/Karşı gelme Hayır	35	10,40	4,948		

Tablo 42’de DEHB tanısı alan çocuğun uyum ve davranış sorunları ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun uyum ve davranışları bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir (t=4,117, p<.05). Sonuçlar doğrultusunda uyum ve davranış sorunları olan DEHB tanısı almış çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 44. DEHB Tanısı Alan Çocuğun Arkadaşlarına Yönelik Şiddetine göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocuğunuz arkadaşlarına şiddet uyguluyor mu?	N	\bar{X}	SS	t	P
Karşıt Olma/Karşı gelme Evet	41	16,49	5,541	5,143	,000
Karşıt Olma/Karşı gelme Hayır	59	11,19	4,718		

Tablo 43’te DEHB tanısı alan çocuğun arkadaşlarına yönelik şiddeti ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuğun arkadaşlarına yönelik şiddeti bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir (t=5,143, p<.05). bu doğrultuda, arkadaşlarına şiddet uyguladığı bildirilen çocukların karşıt olma/karşı gelme puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 45. DEHB Tanısı Alan Çocuk için Evdeki Kural Koyulmasına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocuğunuza evinizdeki kurallar net olarak açıklandı mı?	N	\bar{X}	SS	t	p
Karşıt Olma/Karşı Evet	81	12,93	5,554	-1,589	,115

gelme	Hayır	19	15,21	6,015
-------	-------	----	-------	-------

Tablo 44’te DEHB tanısı alan çocuk için evdeki kurallar ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun DEHB tanısı alan çocuk için evdeki kurallar bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=-1,589$, $p>.05$).

Tablo 46. DEHB ile İlgili Ebeveynin Önceden Bilgisi Olup Olmadığına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

“Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite” olarak adlandırılan davranış bozukluğuna ilişkin daha önceden öğrendiğiniz bilgileriniz var mı?		N	\bar{X}	SS	t	p
Karşıt Olma/Karşı gelme	Evet	24	15,17	4,770	1,806	,074
	Hayır	76	12,79	5,857		

Tablo 45’te ebeveynin DEHB ile ilgili önceden öğrendiği bilgi olup olmadığı ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun ebeveynin DEHB ile ilgili önceden öğrendiği bilgi olup olmadığı bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=1,806$, $p>.05$).

Tablo 47. DEHB Tanısı Alan Çocuğu için Ebeveynin Eğitim Almasına göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocuğunuz için eğitimler aldınız mı?		N	\bar{X}	SS	t	p
Karşıt Olma/Karşı gelme	Evet	7	10,86	9,008	-1,211	,229
	Hayır	93	13,55	5,382		

Tablo 46’da ebeveynin DEHB ile ilgili eğitim alması ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme

durumunun ebeveynin DEHB ile ilgili eğitim alması bakımından anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($t=-1,211$, $p>.05$).

Tablo 48. DEHB ile ilgili Yayınları Takip Etme Durumuna göre Çocuklarda Karşıt Olma/Karşı Gelmenin Karşılaştırılması

DEHB tanısı olan çocukların eğitimi konusunda yayın takip ediyor musunuz?		N	\bar{X}	SS	t	p
Karşıt Olma/Karşı gelme	Evet	58	14,84	5,301	3,211	,002
	Hayır	42	11,31	5,616		

Tablo 47’de Ebeveynin DEHB ile ilgili yayınları takip etmesi ve DEHB tanısı alan çocuğun karşıt olmak/karşı gelme değişkeni arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan “Bağımsız örneklem t testi” sonucuna göre, karşıt olma/karşı gelme durumunun ebeveynin DEHB ile ilgili yayınları takip etmesi bakımından anlamlı farklılığı olduğu tespit edilmiştir ($t=3,211$, $p<.05$). Yayınları takip eden ebeveynlerin çocuklarının karşıt olma/karşı gelme puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4.5. DEHB Tanısı Almış Çocukların Anne Baba Tutumları ile Karşıt Olma/Karşı gelme Eğilimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Anne baba tutumlarının DEHB tanısı almış çocuklarda karşıt olma/karşı gelme eğilimi arasındaki ilişkiyi incelemek ve anne baba tutumunun bu ilişkide yordayıcılığını analiz etmek amacıyla sırasıyla korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan incelemelerde, anne baba tutumlarının hangilerinin DEHB tanısı alan çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimi ile ilişkisi olup olmadığının tespit edilmiştir.

4.5.1. Anne Baba Tutumlarının ile DEHB Alt Boyutları arasındaki İlişki

DEHB tanısı için uygulanan ölçümde elde edilen alt boyut puan ortalamalarının, anne baba tutumları alt boyutları ile incelenmesi amacıyla yapılan

korelasyon analizi Tablo 48’de verilmiştir. Bu doğrultuda, DEHB alt boyutları ve anne baba tutum biçimlerinin anlamlı korelasyonları olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 49. Anne Baba Tutumları ve DEHB Tanısı Alt Boyutlarının Korelasyon Analizi

	Yetkin Demokratik	Yetkeci	İzin verici	Dikkat eksikliği	Dürtüsellik	Karşıt olma karşı gelme	Davranım bozukluğu
Yetkin Demokratik	1						
Yetkeci	-,421**	1					
İzin verici	-,351**	,617**	1				
Dikkat eksikliği	-,201*	,496**	,499**	1			
Dürtüsellik	-,073	,268**	,341**	,549**	1		
Karşıt olma karşı gelme	-,103	,414**	,464**	,613**	,515**	1	
Davranım bozukluğu	-,513**	,168	,253*	,226*	,262**	,445**	1

*=p<.05

**=p<.01

DEHB alt boyutları ve anne baba tutumu alt boyutları arasındaki korelasyon analizine göre,

Yetkin/Demokratik ebeveyn tutumu, Dikkat Eksikliği alt boyutu ile zayıf, negatif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-,201$, $p<.05$).

Yetkin/Demokratik ebeveyn tutumu, Davranım Bozukluğu alt boyutu ile orta, negatif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-,513$, $p<.01$).

Yetkeci ebeveyn tutumu, Dikkat Eksikliği alt boyutu ile orta, pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,496$ $p<.01$).

Yetkeci ebeveyn tutumu, Dürtüsellik alt boyutu ile zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,268$ $p<.01$).

Yetkeci ebeveyn tutumu, Karşıt Olma/Karşı gelme alt boyutu ile orta, pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,414$ $p<.01$).

İzin Verici ebeveyn tutumu, Dikkat Eksikliği alt boyutu ile orta, pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,499$ $p<.01$).

İzin Verici ebeveyn tutumu, Dürtüsellik alt boyutu ile orta, pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,341$ $p<.01$).

İzin Verici ebeveyn tutumu, Karşıt Olma/Karşı gelme alt boyutu ile orta, pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,464$ $p<.01$).

İzin Verici ebeveyn tutumu, Davranım Bozukluğu alt boyutu ile orta, pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,253$ $p<.05$).

4.5.2. DEHB Tanısı Almış Çocukların Karşıt Olma/Karşı gelme Eğilimi ile Anne Baba Tutumları Arasındaki Regresyon Analizi

Alt boyutların birbirleri ile anlamlı korelasyonu tespit edildiğinden, değişkenlerin açıklayıcılığını incelemek amacıyla “Doğrusal regresyon analizi” uygulanmıştır. Ebeveyn tutumlarının, DEHB tanısı alan çocukların karşıt olma/karşı gelme durumunu yordayıcılığı analizi Tablo 49’da verilmiştir.

Tablo 50. Anne Baba Tutumlarının Karşıt Olma/Karşı Gelme Eğilimi Değişkeninin Açıklayıcılığı Analizi

Model	Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	
	B	Std. Hata	Beta			
	(Sabit)	-3,470	4,574	-,759	,450	
1	Yetkin	,075	,058	,126	1,287	,201
	Demokratik	,276	,129	,248	2,129	,036
	Yetkeci	,325	,103	,355	3,147	,002
	İzin verici					
<i>Model 1 için $R^2=.255$, $R=.505$</i>						

a. Bağımlı Değişken: Karşıt Olma/Karşı gelme

Yapılan regresyon analizine göre, Yetkeci ($t=2,129$, $p<.05$) ve İzin verici ($t=3,147$, $p<.05$) ebeveyn tutumlarının, çocukların karşıt olma/karşı gelme durumunu anlamlı bir biçimde açıkladığı tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda beta katsayılarının değerlendirilmesi sonucunda, izin verici tutumun DEHB tanısı almış çocuklarda karşıt olma/karşı gelme eğilimini yetkeci tutuma göre daha fazla ve anlamlı düzeyde açıkladığı tespit edilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)” tanısı almış çocukların ebeveynlerinin bildirimleri sonucunda elde edilen bilgilerin incelenmesiyle, çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimlerinin ebeveyn tutumları ile ilişkisini analiz edilmiştir. Ayrıca, araştırma değişkenleri olarak, katılımcıların demografik bilgileri dahil edilerek, araştırma değişkenleri arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Katılımcıların demografik değişkenleri, bu konuda yapılan diğer çalışmalarla benzerlikler ve farklılıklar içermektedir.

Demografik değişkenler incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğu annelerden oluştuğu görülmektedir. Bu durumun, annelerin babalara göre erişilebilirliğinin daha fazla olması ve annelerin çocukları ile daha fazla zaman geçirmelerinden kaynaklı bir durum olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, anne veya babaların yaş dağılımı incelendiğinde, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun 31-39 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, düşük bir oranda olmak üzere ebeveynlerin ayrı olduğu bildirilmiştir. %92 oranında ve büyük bir çoğunluğunun birlikte oldukları tespit edilmiştir. Bu durumun ebeveyn tutumunu ele almak bakımından elverişli olabileceği düşünülmektedir. Anne ve baba eğitim düzeyinin ağırlıklı olarak babalarda lise düzeyinde, annelerde ise birbirlerine yakın oranlarda ilkökul, ortaokul ve lise düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu çalışmaya katılan annelerin büyük bir oranının şu an çalışmadığı görülmektedir. Bu durumun aynı zamanda annelerin erişilebilirliğini ve katılımını açıklar nitelikte olduğu düşünülmektedir. Gelir düzeyi orta düzey olarak bildirilen katılımcılarda babaların yalnızca biri çalışmadığını belirtmiştir. Çocuk sayısı değişkeni büyük bir oranda iki çocuk olarak bildirilmiştir.

Bu alanda yapılan diğer çalışmalardaki demografik değişkenler incelendiğinde, katılımcıların demografik değişkenlerinin hem benzer hem de farklı olduğu görülmektedir. Uyan ve arkadaşları (2014) tarafından ergenlerin DEHB yaygınlığının araştırıldığı çalışmada, gelir düzeyi ağırlıklı olarak orta düzey olarak bildirilmiş ve okulların ağırlıklı olarak devlet okulu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, Babinski ve arkadaşları (2016), annelerin yaş ortalamasının 45.3 olduğu ve eğitim düzeyinin lise ve üzeri olduğunu tespit etmişlerdir. Bir diğer çalışmada, Molina ve

Musich (2016), demografik değişkenler olarak çocukların yaşı ortalamasının 8.9 olduğu annelerin yaşı ortalamasının 38.8 ve babaların ise 40.5 olduğu bulunmuştur. Anne ve babaların eğitim düzeylerinin ise büyük bir oranda lise ve üzeri olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da yüksek oranda ebeveynlerin hala evli ve birlikte olduğu bildirilmiştir.

5.2. DEHB Tanısı ile İlgili Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcılara yöneltilen “Kişisel Bilgi Formu”nda yer alan ve çocuklarının DEHB tanısına ilişkin sorulardan elde edilen bulgular araştırma değişkenleri ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda, ebeveynlerin yalnızca ikisinin DEHB tanısı aldığı bildirilmiştir. Ayrıca, DEHB tanısı alan çocuk büyük bir oranda ailenin ilk çocuğu olarak belirtilmiştir. DEHB tanısı alan çocukların büyük bir oranının erkek çocukları olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgunun, DEHB yaygınlığının cinsiyet bazında erkeklerde daha fazla olduğunu doğrular niteliktedir. Çocukların yaş dağılımına bakıldığında ise büyük bir oranın ilkököl birinci kademe yaş grubu olan 6-10 aralığında olduğu görülmektedir. Çocukların yalnızca üçü özel okula gitmektedir. DEHB tanısı alan çocuğun ilaç tedavisi alma durumu ise %35 oranındadır ve 1 ile 5 yıl arasında süredir ilaç kullandıkları belirtilmiştir. DEHB tanısı alan çocukların psikososyal gelişimi hakkında bilgi veren akademik başarı, uyum ve davranış sorunları ile şiddet gösterme değişkenlerinden akademik başarı ve uyum sorunlarının yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin vermiş olduğu bilgiler doğrultusunda çocukların arkadaşlarına şiddet uygulayıp uygulamama durumunun oranları birbirlerine yakın bulunmuştur. DEHB tanısı konulan çocuğa ev içerisinde kuralların net bir biçimde aktarılması durumu ise ebeveynler tarafından büyük bir oranda gerçekleştirildiği şeklinde bulunmuştur. Ebeveynlerin dörtte birinin DEHB hakkında daha öncesinden bilgisi olmakla birlikte düşük bir oranda DEHB konusunda eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Alınan eğitimin ise aile ve dikkat toplama eğitimi olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin, çocuklarının durumlarına ilişkin yayınları takip ettiği ve bu yayınların çoğunlukla televizyon ve diğer kategorisinde olduğu belirtilmiştir.

DEHB tanısına ilişkin değişkenlerden yola çıkarak, yapılan diğer çalışmalarda katılımcıların çoğunlukla erkek çocuklardan oluşturuğu görülmektedir. Usta ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada erkek öğrencilerin daha fazla olduğu ve yaş aralığının ağırlıklı olarak 6-11 olduğu tespit edilmiştir. Aktepe (2011)

tarafından yapılan çalışmada da, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun erkek öğrencilerden oluştuğu görülmektedir. Aynı şekilde yaş aralığının 6-11 arasında yoğun olduğu bulunmuştur. Ayrıca, DEHB tanısı konulan çocuğun ailedeki ilk çocuk olma oranı bu çalışmada da yüksek bulunmuştur.

5.3. Ebeveyn Tutumu Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ebeveyn tutumları (yetkin, yetkeci ve izin verici olmak üzere) demografik, çocuğun DEHB tanısına ilişkin değişkenler ve çocuğun karşıt olma/karşı gelme eğilimi ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulguların her üç değişkenin karşılaştırılmasında anlamlı farklılıkları bulunduğu görülmüştür. Ebeveyn tutumlarının ayrı ayrı incelendiği karşılaştırmalarda her bir tutum için anlamlı farklılığı bulunan değişkenler olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, Yetkeci (otoriter) tutum ile çocuğun yaşı arasında anlamlı farklılık bulunmuş, 7 yaş çocuklarının ebeveynlerinin anlamlı düzeyde otoriter tutum puanları yüksek bulunmuştur. Ayrıca, İzin verici tutum ile 10 yaşında DEHB tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sınıf düzeyleri değişkenine bakıldığında, ebeveyn tutumlarının farklı sınıf düzeylerinde farklı türde olduğu görülmektedir. 1. Sınıf öğrencilerinin ebeveynlerinin yetkeci (otoriter) tutum puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, 8. Sınıf öğrencilerinin ebeveynlerinin izin verici tutum puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun, 8. Sınıf öğrencilerinin ergenlik dönemi yaş aralığına dâhil olmasından ileri gelen ve ebeveynlerin bu anlamda ergen bireylerden biraz daha ayrılmaya başlaması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ebeveynlerin medeni durum değişkenine bakıldığında, Ayrı olan ve bekar ebeveynlerin yetkin/demokratik tutum puanları anlamlı düzeyde yüksektir. DEHB tanısı alan çocukların psikososyal özelliklerine ilişkin bulguları ile ebeveyn tutumunun karşılaştırılmasında elde edilen sonuçlara göre, Akademik başarı sorunu yaşayan çocukların ebeveynlerinin yetkeci (otoriter) ve izin verici tutumları anlamlı düzeyde daha fazladır. Ayrıca, uyum ve davranış problemi yaşamayan çocukların ebeveynlerin yetkin/demokratik tutum puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bununla birlikte, arkadaşlarına şiddet uygulamayan çocukların ebeveynlerinin yetkin/demokratik tutum puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bununla birlikte, evdeki kuralların net olarak açıklayan ebeveynlerin yetkin/demokratik tutum puanları yüksek; yetkeci ve izin verici tutum puanları

anlamli ölçüde düŖüktür. Yetkin/demokratik tutum, çocukların fikirlerini önemseyen ve aile içerisinde ortak karar alma mekanizmasını sağlayan ebeveyn tutumlarını kapsamaktadır. Bu doğrultuda, çocukların da kurallar konusunda söz sahibi olabileceği ihtimalinden yola çıkarak söz konusu ebeveyn tutumunun puanının yüksek olduğu düşünölmektedir. Aynı şekilde çocuklarının durumuna ilişkin eğitimler alan ve farkındalığı arttırmayı amaçladığı düşünölen ebeveynlerin tutumlarının yetkin/demokratik ve izin verici boyutta olduğu görölmektedir.

Ebeveyn tutumları ayrıca, DEHB tanısı alan çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimi ile karşılaştırılmış ve yetkeci ile izin verici ebeveyn tutumunda yüksek puan alan ebeveynlerin çocuklarının karşıt olma/karşı gelme eğiliminin fazla olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, belirtilen iki ebeveyn tutumunun çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimini açıkladığı tespit edilmiştir.

5.4. Karşıt Olma/Karşı gelme Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması

DEHB tanısı alan çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimleri, demografik ve DEHB tanısına ilişkin değişkenlerle karşılaştırılmış ve ebeveyn tutumu ile ilişkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda elde edilen sonuçların farklı değişkenler bakımından anlamlılığı olduğu tespit edilmiştir.

Demografik ve DEHB tanısına ilişkin bulgulara göre, demografik değişkenlerin çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimi ile anlamlı ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte DEHB tanısına ilişkin değişkenler arasında yer alan ve ailenin ikinci çocuğu olan DEHB tanısı alan çocuklarda karşıt olma/karşı gelme eğilimi puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğun yaşı değişkenine göre 8 yaş çocuklarının karşıt olma/karşı gelme puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. 8 yaş çocuklarından farklı olarak, ergenlik dönemi yaş aralığında olan 8. Sınıf öğrencilerinin de karşıt olma/karşı gelme puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görölmüştür. Bu çalışmada, diğerlerinden farklı olarak, DEHB yaygınlığı erkek öğrencilerde fazla olduğu biliniyorken, elde edilen bulgular doğrultusunda kız öğrencilerin karşıt olma/karşı gelme puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu çalışmada farklı bir sonuç olduğu düşünölen, ilaç tedavisi alan çocukların karşıt olma/karşı gelme puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu şeklindedir. Bu durumun, çocukların uygulanan ilaç tedavisinin kapsamı ile ilgili olabileceği düşünölmektedir. İlaç tedavisinin DEHB ile ilgili farklı semptomların iyileşmesinde etkisi olabileceği düşünölmektedir.

Çocukların psikososyal özelliklerine ilişkin değişkenler incelendiğinde ise, uyum ve davranış sorunları yaşayan ve arkadaşlarına şiddet uygulayan çocukların karşıt olma/karşı gelme puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Son olarak ilgili yayınları takip eden ebeveynlerin çocuklarının karşıt olma/karşı gelme puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ebeveyn tutumları arasında izin verici ve otoriter tutumların karşıt olma/karşı gelme eğilimi ile anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

5.5. Sınırlılıklar

Araştırmada elde edilen bulguların ilerleyen dönemlerde yapılacak diğer çalışmalara katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, araştırmanın örneklem, yöntem ve ölçüm araçları bakımından sınırlılıkları olduğu düşünülmektedir. İlk olarak, örneklem sayısının, elde edilen bulguların genellenebilirliği bakımından kısıtlılık oluşturabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, elde edilen bulguların, belirlenen ölçüm araçlarındaki maddelerle sınırlı olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde, araştırmada elde edilen bulguların katılımcıların ölçüm araçlarına vermiş oldukları yanıtlarla sınırlı olduğu düşünülmektedir. Son olarak verilerin analizi ve çözümlenmesinin uygulanan istatistiksel analiz yöntemleri ile sınırlı olduğu düşünülmektedir.

5.6. Yeni Çalışmalar İçin Öneriler

Bu araştırma, DEHB tanısı alan çocukların karşıt olma/karşı gelme eğiliminin anne ve baba tutumları ile ilişkisini incelemiştir. DEHB çocuklarda yaygın olarak görülen psikiyatrik bir rahatsızlık olup, bu alanda yapılan araştırmaların sayısı hem ulusal hem de uluslararası alanyazında fazladır. Bununla birlikte, araştırmanın kapsamını genişletmek ve bu alanda daha etkin yöntemler geliştirebilmek anlamında gelecekte yapılacak diğer çalışmaların farklı katkılarının olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, annelerin katılımının babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Aynı şekilde, ebeveyn ile ilgili değişkenleri kapsayan ve DEHB konusunun ele alındığı çalışmalarda annelerin katılımının babalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, DEHB erkek çocuklarda yaygınlığı daha fazladır ve özellikle babaların tutumunu ve katılımını ayrıca incelemenin araştırma için önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir. Diğer araştırmalarda ele alınabilecek diğer bir önemli değişkenin özellikle çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma davranışları bakımından etkisi olduğu düşünülen “Ebeveyn Kabulü ve

Reddi” değişkeninin dahil edilmesidir. Rohner (1998), “Ebeveyn Kabul-Red Kuramı”nı ortaya atan ve kişilerin psikososyal gelişimi ve öznel iyilik halini açıklayan önemli bir unsurun da ebeveynlerin kişilere sıcaklık veya düşmanlık uçlarında seyredabilen kabullenici veya reddedici tutumları olduğunu öne süren araştırmacı olarak literatürde yer almaktadır. Bu doğrultuda, gelecekte yapılacak diğer çalışmaların bu değişkeninin önemini göz önünde bulundurmasının önemli bulgular sağlayacağı düşünülmektedir.

5.7. Sonuç

Araştırmada elde edilen bulgulara göre,

- DEHB tanısı alan çocukların çoğunluğu erkek öğrencilerden oluşmaktadır
- Çocukların yaş aralığı çoğunlukla 6-10 arasındadır
- Çocuklar büyük bir oranda ilkokul birinci kademe öğrencileridir.
- Araştırmaya büyük bir oranda anneler katılım göstermiştir.
- DEHB tanısı alan çocukları büyük bir çoğunluğu ailenin ilk çocuğudur.
- DEHB tanısı alan çocukların büyük bir oranının akademik alanda ve uyum konusunda sorunu olduğu bildirilmiştir.

Anne ve Baba Tutumlarına göre sonuçlar

- Yetkeci (otoriter) tutum ile çocuğun yaşı arasında anlamlı farklılık bulunmuş, 7 yaş çocuklarının ebeveynlerinin anlamlı düzeyde otoriter tutum puanları yüksek bulunmuştur.
- İzin verici tutum ile 10 yaşında DEHB tanısı almış çocuğu olan ebeveynlerin puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- 1. Sınıf öğrencilerinin ebeveynlerinin yetkeci (otoriter) tutum puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- 8. Sınıf öğrencilerinin ebeveynlerinin izin verici tutum puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Ayrı olan ve bekar ebeveynlerin yetkin/demokratik tutum puanları anlamlı düzeyde yüksektir.
- Devlet okulunda okuyan çocukların ebeveynlerinin izin verici tutum puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Akademik başarı sorunu yaşayan çocukların ebeveynlerinin yetkeci (otoriter) ve izin verici tutumları anlamlı düzeyde daha fazladır.
- Uyum ve davranış problemi yaşamayan çocukların ebeveynlerin yetkin/demokratik tutum puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Arkadaşlarına şiddet uygulamayan çocukların ebeveynlerinin yetkin/demokratik tutum puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Evdeki kuralların net olarak açıklayan ebeveynlerin yetkin/demokratik tutum puanları yüksek; yetkeci ve izin verici tutum puanları anlamlı ölçüde düşüktür.
- DEHB ile ilgili eğitim alan ebeveynlerin yetkin/demokratik tutum puanları anlamlı düzeyde yüksektir.
- DEHB ile ilgili yayınları takip eden ebeveynlerin yetkeci ve izin verici tutum puanları anlamlı düzeyde yüksektir.

Karşıt Olma/Karşı gelme Eğilimine göre sonuçlar,

- Ailenin ikinci çocuğu olan DEHB tanısı alan çocuklarda karşıt olma/karşı gelme eğilimi puanı anlamlı düzeyde yüksektir
- 8 yaş çocuklarının karşıt olma/karşı gelme puanları anlamlı düzeyde yüksektir.
- 8. Sınıf öğrencilerinin karşıt olma/karşı gelme puanları anlamlı düzeyde yüksektir.
- Kızlarda karşıt olma/karşı gelme puanları anlamlı düzeyde yüksektir.
- İlaç tedavisi gören çocuklarda karşıt olma/karşı gelme puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Uyum ve davranış sorunları yaşayan çocuklarda karşıt olma/karşı gelme puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Arkadaşına şiddet uygulayan çocuklarda karşıt olma/karşı gelme puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- DEHB ile ilgili yayınları takip eden ebeveynlerin çocuklarının karşıt olma/karşı gelme puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir

Ebeveyn tutumu ve karşıt olma/karşı gelme arasındaki ilişkinin sonuçlarına göre

- Yetkin/demokratik olan ebeveynlerin çocuklarında daha az dikkat eksikliği görülmektedir.
- Yetkin/demokratik olan ebeveynlerin çocuklarında daha az davranım bozukluğu görülmektedir.
- Yetkeci ebeveynlerin çocuklarında dikkat eksikliği daha fazla görülmektedir
- Yetkeci ebeveynlerin çocuklarında dürtüsellik daha fazla görülmektedir.
- Yetkeci ebeveynlerin çocuklarında karşıt olma/karşı gelme daha fazla görülmektedir.
- İzin verici ebeveynlerin çocuklarında dikkat eksikliği daha fazla görülmektedir.
- İzin verici ebeveynlerin çocuklarında dürtüsellik daha fazla görülmektedir.
- İzin verici ebeveynlerin çocuklarında davranım bozukluğu daha fazla görülmektedir.
- İzin verici ebeveynlerin çocuklarında karşıt olma/karşı gelme daha fazla görülmektedir.
- Yetkeci ve izin verici tutumlar çocukların karşıt olma/karşı gelme eğilimini anlamlı düzeyde açıklamaktadır.

KAYNAKÇA

Akbaba, S. (1988). Ana-Baba Tutumlarının Bazı Kişilik Özellikleri Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi. Sosyal Bilimler Üniversitesi. Ankara.

Almacıoğlu, D. (2007). Yönelimsel Bir Sorun Olarak Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Öğrencilerin Sınıf ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğretmenleri Tarafından Tanınma Yeterliliklerinin İncelenmesi (Gaziantep İl Merkezi Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Gaziantep.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric Association.

Angold, A., Costello, E.J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 39: 39- 48.

Arı, E. (2006). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları kaygı düzeyi, algıladıkları sosyal destek ve anababalık tutumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi. Ankara.

Aslan Z. (2008). İlköğretim çağındaki kızlarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: kliniğe başvuran bir grupta sosyo demografik, eş tanı ve psikososyal

özelliklerin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi. Tıp Fakültesi. İstanbul.

Aslan, E. (1992). Benlik kavramı ve bireyin yaşamındaki etkileri. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 4(1), 7-14.

August, G.J., Realmuto, G.M., Joyce, T., Hektner, J.M. (1999). Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38: 1262-1270.

Aydın, N. (2004). Çocuk ruh sağlığı. İstanbul: Morpa.

Aydın, O. (1987). Davranış Bilimlerine Giriş. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Aysev, A. S. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Barkley, R. A. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R.A., Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C. & Fletcher K.E. (1991). Adolescents with ADHD: Patterns of Behavioral Adjustment, Academic Functioning, and Treatment Utilization J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30 (5):752-61.

Baysal, A. C. (1981). Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar. İstanbul: Yalçın.

Biederman, J. (1992). Comorbidity of diagnosis in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry Clinic N. Am, 1(2):335-3359.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V. (2002) Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. Am J Psychiatry, 159:36-42.

Biederman, J. (2005). Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. Biological Psychiatry, 57: 1215- 1220.

Bilge, R. (2013). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Anne Babalarının Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul

Brown, R.T, Freeman, W.S., Perrin, J.M. vd., (2001). Prevalence and Assessment Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings. *Pediatrics*, 107 (3).

Can, G. (1990). Lise Öğrencilerinin Benlik Tasarımlarını Etkileyen Etmenler. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Canat S. (1998). Karşı gelme bozukluğu Psikiyatri temel kitabı; 1139- 1142

Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J., Rohde, L., Frick, P. (2010) Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 45(7):695-704.

Cantwell, D.P. (1996). Attention Deficit Disorder: a Review of the Past Ten Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (1996); 35(8): 978-987

Castellanos, F.X., Rapoport, J.L. (1992). Etiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 1: 373–84.

Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L., et al. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 53: 607-16..

Cunningham, C.E. ve Barkey, R.A. (1979). The Interactions of Normal and Hyperactive Children and Their Mothers In Free Play and Structured Tasks. *Child Dev*, 50:217-224.

Cüceloğlu, D. (1996). İnsan ve davranışı psikolojinin temel kavramları (6. Baskı). İstanbul: Remzi.

Demiriz, S., Öğretir, A. D. (2007). Alt ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 10 Yaş Çocuklarının Anne Tutumlarının İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15 (1), 105-122.

Deniz, M. E., Hamarta, E., Arı, R. (2005). An investigation of social skills and loneliness levels of university students with respect to their attachment styles in a sample of Turkish students. *Social Behavior and Personality*, 33(1), 19-32.

Drabick, D.A., Gadow, K.D., Carlson, G.A., Bromet, E.J. (2004), ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children: external validators and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:735–743.

Duran, Ş. (2006). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin-Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Eştanı Durumları. Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Psikiyatri Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Ercan, E.S. ve Aydın, C. (1999). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İzmir: Gendaş.

Ercan, S.E., Aydın, C., (2007). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. (15. baskı). İstanbul: Gendaş Kültür

Ercan, E.S. (2008). Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu. Çetin, F.Ç., Pehlivan Türk, B., Ünal, F., Uslu, R., İşeri, E., Türkbay, T., Coşkun, A., Miral, S., Motavallı, N. (Eds.) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 316- 319.

Ercan, E., Avcı, A., Mukaddes, N.M., Semerci, B., Şenol, S., Yazgan, Y. (2008). Ercan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Uygulama Klavuzu.

Ercan, E. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Epidemiyolojik Veriler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*. 6(2):1-5.

Ercan, S. ve Aydın, C. (2012). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. (3. bs). İstanbul: Pupa.

Erman, O., Turgay, A., Oncu, B. ve Urdarivic, V. (1999). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Geçlerde Yas ve Cinsiyet Farklılıkları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 6(1):12-18.

Erşan, E.E., Doğan, O., Doğan, S., Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry, 13: 354-361.

Farone, S.V. (1994). Genetics of Attention Deficit Hiperactivity Disorder, Child Psychiatry Clin N Am, 3:285-298.

Geçtan, E. (1993). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar (3. Basım). İstanbul: Remzi.

Geçtan, E. (1999). İnsan Olmak. İstanbul: Remzi.

Gentschel, D.A. ve Laughlin, T.F. (2000), Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: characteristics and suggested methods of treatment. Journal of Developmental and Physical Disabilities, c.12 (4), ss.333-347.

Goodman R, Stevenson J. (1989). A twin study of hyperactivity: II. the aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. J Child Psychol Psychiatry 30:691-709.

Greene, R.W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M.C., Goring, J.C., Faraone, S.V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. Am J Psychiatry, 59: 1214-1224.

Greenhill, L.L., Posner, K., Vaughan, B.S., Kratochvil, C.J. (2008) Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 17(2):347-66.

Guerra, N.G., Slaby, R.G. (1989). Evaluative factors in social problem solving by aggressive boys. *J Abnorm Child Psychol* 17:277–289.

Gül, N., Tiryaki, A., Kültür, SEC., Topbas, M., Ak, I. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *BCP*. 20(1): 50-56.

Gülay, H. (2008). 5-6 Yaş Çocuklarına Yönelik Akran İlişkileri Ölçeklerinin Geçerlik Güvenirlilik Çalışmaları ve Akran İlişkilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Hayta, M.K. (2011). *Biraz Hiperaktifiz Galiba*. (1. bs.). İstanbul: Timaş.

Hechtman, L. (2007). 39.1 Dikkat Eksikliği Bozuklukları (p.3183-3204). In V.A. Sadock, and B.N. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's Textbook Of Psychiatry*/(Çev. H. Aydın ve A. Bozkurt) (8.Baskı). Cilt 4. Ankara: Güneş.

Hechtman, L., Etcovitch, J., Platt, R. (2005) Does multimodal treatment of ADHD decrease other diagnoses? *Clinical Neuroscience Research*, 5(5/6): 273-282.

Işık, E., Işık, T.Y. (2009). *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Türkiye: Klinikleri.

İnceoğlu, M. (2000). *Tutum-Algı-İletişim*. Ankara: İmaj.

İnceoğlu, M. (2004). *Tutum, algı, iletişim*. (1. Baskı). Ankara: Elips.

İyisoy, M. S. (2006). Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eştanısı ve yürütücü işlevlerle ilişkisi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Komutanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Programı. İstanbul.

Kabukçu, B., Ercan, E.S., Rohde, L.A., Kandulu, R., Uslu, E., Aydın, C. (2011). A 3 Year Longitudinal ADHD and ODD Prevalence Research in a Turkish Sample. 3th International Congress on ADHD From Childhood to Adult Disease, 26-29 Berlin, Germany.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1999). Yeni İnsan ve İnsanlar (10. Baskı). İstanbul: Evrim.

Kağıtçıbaşı, Ç. (2008). Günümüzde İnsan ve İnsanlar: Sosyal Psikolojiye Giriş (11. Basım). İstanbul: Evrim.

Kanay, A. (2006). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 9-13 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. ve Greb, J.A. (1994). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins,

Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Abay,E. (Ed.). Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp.

Kara, H. (2014). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşıt olma-karşı gelme bozukluğu binişikliğinin duygusal yüz ifadelerinin tanınması ile ilişkisinin araştırılması. Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi. İstanbul.

Kılıçoğlu, A., Çalık, E., Kurt, Ğ., Karadağ, F., Çelik, N., Yeter, K., Değirmen, N., Öztürk, S., ve Ülgün, N. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Kendilerinin Bildirdikleri Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry, 10 (2), 88-93.

Köroğlu, E. (Ed.)(1994). Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabı (DSM IV) Ankara: Hekimler Yayın Birliği

Köroğlu, E. (Çev. Ed.) (2007). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, E. (1994). Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, (DSM IV), (4. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Kulaksızoğlu, A. (2011). Ergenlik Psikolojisi (13. Baskı). İstanbul: Remzi.

Kuzgun, Y., Eldeleklioğlu, J. (2005). Anne-Baba Tutumları Ölçeği. (Ed. Yıldız Kuzgun ve Feride Bacanlı). PDR'de Kullanılan Ölçekler. Ankara: Nobel.

Lahey, B.B., Miller, T.L., Gordon, R.A., Riley, A.W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behaviour disorders. In H.C Quay & A.E. Hogan (Eds), Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 23–48).

Le Heuzey, M. F. (2005). Hiperaktif Çocuk. İstanbul: İletişim.

Loeber, R., Green, S.M., Kenan, K., ve ark (1995). Which boys will fare worse? Early predictors for the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:499–509.

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., Meltzer, H. (2004) Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. J Child Psychol Psychiatry. 45(3):609–21.

McCracken, J.T. (2000). Attention deficit disorder Kaplan & Sadock 's comprehensive Textbook of Psychiatry. 7 th edition. Lippincott, Philadelphia: Williams and Wilkins.

Morgan, T.C. (1999). Psikolojiye Giriş, (Çev. Sirel Karakaş), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, 1, 103 s.

Mostofsky, S.H., Cooper, K.L., Kates, W.R., Denclaa, M.B., Kaufmann, W.E. (2002). Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 52(8): 785–94.

Mukaddes, N.M. (1993). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemindeki yeri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30(1): 226-31.

Navaro, L. (1989). Aşırı koruyuculuğun çocuk eğitimine etkileri. Okul öncesi eğitimi ve yaygınlaştırılması semineri, İstanbul: Ya-Pa.

Nigg, J., Nikolas, M., Burt, S.A. (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49:863-873.

Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, Y. et al. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1078–1085.

Oskay, G. (1986). Ana Baba Ergen İlişkilerini Geliştirici Öneriler. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 77-93.

Ozner, S. (2011) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerin Sağlıkla Bağlantılı Hayat Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi. Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. İstanbul

Önal, A. (2007). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve bu ikisinin birlikte bulunduğu durumların davranışsal sorunlar, aile ilişkileri ve kognitif fonksiyonlar açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. İstanbul.

Önal, A. (2009) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karışık olma karşı gelme bozukluğu ve bu ikisinin birlikte bulunduğu durumların davranışsal sorunlar, aile ilişkileri ve kognitif fonksiyonlar açısından karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Ankara.

Öner, P., Öner, Ö., ve Aysev, A.S. (2003b). Dikkat Eksikliği Hiperaktive Bozukluğu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 12 (3), 97-99.

Örgün, S. K. (2000). Anne Baba Tutumları İle 8. Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygıları ve Atılganlıkları Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

Özdoğan, B. (1997). Çocuk ve oyun. Ankara: Anı.

Özgüven, İ. E. (2001). Ailede İletişim ve Yaşam. Ankara: Pdrem.

Öztürk, M. ve Uşaklı, A. (2001). Çocuğumu Ben Yetiştiriyorum: Çocuğum, Sorunlarım Var. İstanbul: Uçurtma.

Pliszka, S.R., Carlson, C.L., Swanson, J.M. (1999) ADHD with Comorbid Disorders: Clinical Assessment and Management.

Polanczyk, G., Rohde, L.A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current Opinion in Psychiatry. 20(4):386-392
310.1097/YCO.1090b1013e3281568d3281567a.

Reiff, M.I., Banez, G.A., Gulbert, T.P. (1993) Children who have attentional disorders: Diagnosis and evaluation. *Pediatr Rev.* 12: 455-65

Rommelse, N.N., Altink, M.E., Fliers, E.A., Martin, N.C., Buschgens, C.J., Hartman, C.A., et al. (2009) Comorbid problems in ADHD: Degree of Association, Shared Endophenotypes and Formation of Distinct Subtypes. Implications for a Future DSM. *J Abnorm Child Psychol*, 37:793-804.

Saydanoğlu, T. (2011). Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinde Saldırganlık ve Öfke Düzeylerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ve Benlik

Saygısı ile Olan İlişkisinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı. Kocaeli

Schweitzer, J.B., Lee, D.O., Hanford, R.B., Tagamets, M.A., Hoffman, J.M., Grafton, S.T. (2003). A positron emission tomography study of methylphenidate in adults with ADHD: alterations in resting blood flow and predicting treatment response. *Neuropsychopharmacology*. 28(5):967–73.

Selçuk, Z. (2001). 3-18 Yaş Grubundaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite/aşırı hareketlilik bozukluğu olan (DEHB) çocukların eğitimleri projesi. <http://orgm.meb.gov.tr/Projeler/DEHByeniproje.htm> adresinden 15 Ekim 2008 tarihinde alınmıştır.

Selçuk, Z. (2002). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar. (3. bs). Ankara: Pegem A.

Semerci, Z.B. (1999). An Evaluation of the Institutional Characteristics and Treatment Approaches of Child and Adolescent Psychiatric Clinics in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 8, 154-158.

Senemoğlu, N. (2007). Gelişim, Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya (Düzenlenmiş Yeni Basım). Ankara: Gönül.

Shaffer, D., Castellanos, F.X., Canino, G., Frick, P.J., Moffitt, T., Nigg, J.T., Rohde, L.A., Tannock, R., Taylor, E., Todd, R. (2011). The ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Group, DSM-5 Development, American Psychiatric Association.

Soykan, A. A. (1991). Dikkat eksikliği – hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ruhsal ve organik yönden araştırılması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.

Spoont, M.R. (1992). Modulatory role of serotonin in neural information processing: implications for human psychopathology. *Psychol Bull* 112:330–350.

Spencer, T.J., Biederman, J., Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 7: 73-81.

Stein, D.B.(2002). Ritalin Çözüm Değil. İstanbul: Kitap Matbaacılık. ss.57-70.

Stoff, D.M., Friedman, E., Pollack, L. ve ark. (1989). Elevated platelet MAO is related to impulsivity in disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:754–760.

Şenel, H. G. (1996a). Öğrenme yetersizliği ile dikkat eksikliği-aşırı hareketlilik bozukluğunun karşılaştırılması [elektronik sürüm]. *Özel Eğitim Dergisi*, 2(2), 76-90.

Şendil, Gül. (2003). Çocuk, Ergen ve Anne Baba. İstanbul: Çantay.

Şengül, C., Şengül, C.B., Kılıç, E.Ö., ve Dilbaz, N. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Psikofarmakolojisinde Yeni Gelişmeler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15, 192-197.

Şenol, S. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çetin Çuhadaroğlu F (ed), Ankara: Çocuk ve Genlik Ruh Sağlığı Derneği, 293-311.

Şenol, S., İşeri, E., Koçkar, A.İ. (2006). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağınık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Şenol, S., İşeri, E., Koçkar, A.İ. (2006). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağınık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Şenol, S. ve İşeri, E. (2004). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Güncel Psikoloji ve Psikiyatri Dergisi*, 37-38.

Şenol, S., Şener, Ş., Köroğlu, E. (1994). Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar. Köroğlu E (ed). DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (4. baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 43–149.

Şenol, S. ve Şener, Ş. (1997.) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Psikiyatri Temel Kitabı, (ed. Köroğlu E.; Güleç, C.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1119-1130.

Şerif, M. (1985). Sosyal Kuralların Psikolojisi. (Çev. İsmail Sandıkçıoğlu). İstanbul: Alan.

Tahiroğlu, A., Çelik, G., Avcı, A., Seydaoğlu, G. (2009). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Ergen Hastaların Özellikleri. Türk Psikiyatri Dizini. 47(3):142-146.

Thomas, C.R., (2007). Yıkıcı Davranım Bozukluğu. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. 8th ed. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 320.

Tolan, P.H. (1998). Socioeconomic, family, and social stres correlates of adolescent antisocial and delinquent behaviour. J Abnorm Child Psychol 16:317–331.

Tufan, E., Güdek, B. (2008). Müzik Öğretmenliği Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 6 (1), 25-40.

Turgay, A., Gordon, E., Vigdor, M. (1994). ADHD and comorbidity in the study group. Abstract published in the American psychiatric Annual Meeting's New Research Section. Washington DC.

Turgay, A. (1997). Gençlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, (3), 413-453.

Tuzcuoğlu, S. (1989). Korunmaya muhtaç çocukların ergenlik problemleri Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Türe, F.S. (2010). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi. İstanbul.

Uslu, E. (2011). Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğunun Boylamsal Prevalansının Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi. Tıp Fakültesi. İzmir.

Uysal, T. (2012). İzmir İli Konak Merkez İlçede İlköğretim 1.sınıf, 2.sınıf, 3.sınıf, 4.sınıf ve 5.sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Prevalansı. Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi. Tıp Fakültesi. İzmir.

Weiss G. (1996). Child and Adolescent Psychiatry, Baltimore: Williams and Wilkins.

Weiss, G.(1996). “Attention Deficit Hyperactivity Disorder” Child and Adolescent Psychiatry [ed. Lewis, M.], Philadelphia, Lippincot: Williams and Wilkins, 1544-1564.

Weis, M., Weis, G. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed).Child and Adolescent Pschiatry (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 645–70.

Weiss, G. ve Weiss, M. (2003). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, (3nd. ed.), (ed. Lewis, M.) Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Texbook, Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins, 645-670.

Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Pinnock, T.Y., Baumgaertel, A., Brown, J. (1996) Comparison of diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35: 319-24.

Yaprak, B. (2007). İlköğretim Öğrencilerinin Algıladıkları Anne-Baba Tutumunun Diskriminant Analiziyle Belirlenmesi ve Benlik Saygısı ile Olan İlişisinin

Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama. Osmangazi Üniversitesi. Doğal ve Uygulamalı Bilimler Enstitüsü. Eskişehir.

Yavuzer, H. (2005). Ana-Baba ve Çocuk (18. Basım). İstanbul: Remzi.

Yavuzer, H. (2006). Çocuğunuzun İlk Altı Yılı (21. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yazgan, Y. (1999). Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu ve Öğrenme Güçlüğü. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, (3), 417-42

Yeşilyaprak, B. (2003). Çalışan Anne ve Çocuk. İstanbul: Morpa Kültür

Yılmaz, A. (1999). Çocuk Yetiştirme Tutumları: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar. Türk Psikoloji Yazıları, 1 (3), 99-118.

Yılmaz, A. (2000). Eşler Arasındaki Uyum ve Çocuğun Algıladığı Anne-Baba Tutumu İle Çocukların, Ergenlerin ve Gençlerin Akademik Başarıları ve Benlik Algıları Arasındaki İlişkiler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara

Yüksel, T. (2003). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Kalp Hızı Değişkenliği ve Bu Değişkenlerin Klinik Parametrelerle İlişkisi. Uzman Tezi. İnönü Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Malatya.

EKLER

EK-1. Demografik Bilgi Formu

1.Cinsiyetiniz nedir?

Kadın Erkek

2.Kaç yaşındasınız? ()

3.Anne ve baba:

Birlikte yaşıyor Ayrı

4. Medeni durumunuz:

Bekar Evli

5. Çocuğun annesinin eğitim durumu:

Okuryazar İlkokul Mezunu Ortaokul Mezunu

Lise Mezunu Üniversite Mezunu (Y. Lisans/Doktora) mezunu

6. Anne çalışıyor mu?

Evet Hayır

7. Çocuğun babasının eğitim durumu :

Okuryazar İlkokul Mezunu Ortaokul Mezunu

Lise Mezunu Üniversite (Y. Lisans/Doktora) mezunu

8. Baba çalışıyor mu?

Evet Hayır

9. Ailenizin gelir düzeyi:

Düşük Orta Yüksek

10. Çocuk sayınız:

Tek Çocuk 2 çocuk 3 Çocuk 4 çocuk ve üstü

11. Anne ya da baba veya her ikisi de daha önce dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış mı?

Evet Hayır

12. Evetse, anne mi baba mı her ikisi de mi?

Anne Baba Her ikisi de

13. DEHB tanısı olan çocuğunuz kaçınıcı çocuk?

1. Çocuk 2. Çocuk 3. Çocuk 4. Çocuk

Diğer (Belirtiniz.....)

14. DEHB tanısı olan çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

Kız Erkek

15. DEHB tanısı olan çocuğunuz kaç yaşında? ()

16. DEHB tanısı olan çocuğunuz kaçınıcı sınıfa gidiyor?

1. Sınıf 2. Sınıf 3. Sınıf 4. Sınıf 5. Sınıf 6. Sınıf 7. Sınıf 8. Sınıf

17. DEHB tanısı olan çocuğunuzun gittiği okul türü nedir?

Devlet okulu Özel okul

18. DEHB tanısı olan çocuğunuz ilaç tedavisi görüyor mu?

Evet Hayır

19. Kaç yıldır ilaç kullanıyor?

1-5 5-8 8-11

20. Başka bir tedavi yöntemi kullanılıyor mu?

Evet Hayır

21. Başka bir tedavi yöntemi kullanılıyorsa belirtiniz?

.....
...

22. DEHB tanısı olan çocuğunuzun akademik başarı problemi var mı?

Evet Hayır

23. DEHB tanısı olan çocuğunuzun uyum ve davranış sorunları var mı?

Evet Hayır

24. DEHB tanısı olan çocuğunuz arkadaşlarına şiddet uyguluyor mu?

Evet Hayır

25. DEHB tanısı olan çocuğunuza evinizdeki kurallar net olarak açıklandı mı?

Evet Hayır

26. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite” olarak adlandırılan davranış bozukluğuna ilişkin daha önceden öğrendiğiniz bilgileriniz var mı?

Evet Hayır

27. DEHB tanısı olan çocuğunuz için eğitimler aldınız mı? Evet Hayır

28. Evetse ne tür eğitimler aldınız?

Aile Eğitimi Sosyal Beceri Eğitimi Dikkat Toplama Eğitimi Diğer

Belirtiniz.....

29. DEHB tanısı olan çocukların eğitimi konusunda yayın takip ediyormusunuz?

Evet Hayır

30. Evetse ne tür yayınlar takip ediyorsunuz?

Dergi Gazete Televizyon Kitap Diğer (Belirtiniz.....)

TURGAY DSM-IV KÖKENLİ YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI
BELİRTİ TARAMA ÖLÇEĞİ
(Turgay 1995)

Adı-Soyadı: Yaşı:
Cinsiyeti: Tarih:
Belirtilerin süresi: Son tanı:
Ölçeği yanıtlayan kişinin yakınlık derecesi:

Sorunlar	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1- Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez yada okul ödevlerinde, işlerinde yada diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2- Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde yada yaptığı etkinliklerde dikkati dağılır.	0	1	2	3
3- Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinleniyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4- Çoğu zaman emirlere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. (kendisinden isteneni anlayamamaya bağlı değildir).	0	1	2	3
5- Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte ve planlamakta zorluk çeker.	0	1	2	3
6- Çoğu zaman sürekli kafa çalıştırmayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7- Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler)	0	1	2	3
8- Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.	0	1	2	3
9- Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlırdır.	0	1	2	3

10- Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	0	1	2	3
11- Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır.	0	1	2	3
12- Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır. (ergenlerde sadece kendisinin algıladığı huzursuzluk duyguları olabilir).	0	1	2	3
13- Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme ya da oyun oynama zorluğu vardır.	0	1	2	3
14- Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından idare ediliyormuş gibi davranır.	0	1	2	3
15- Çoğu zaman çok konuşur.	0	1	2	3
16- Çoğu zaman soruları soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.	0	1	2	3
17- Çoğu zaman sırasını okleme güçlüğü vardır.	0	1	2	3
18- Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (örn. Başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
19- Sık sık öfkelenir.	0	1	2	3
20- Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.	0	1	2	3
21- Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.	0	1	2	3
22- Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
23- Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24- Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.	0	1	2	3
25- Çoğu zaman içerlerler, kızgın ve güceniktirler.	0	1	2	3
26- Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3

27- Çoğu zaman başkalarına kabadayılık eder, gözdağı verir ya da korkutur.	0	1	2	3
28- Çoğu zaman kavga-dövüş başlatır.	0	1	2	3
29- Başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (Örn. bir değnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca)	0	1	2	3
30- İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
31- Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
32- Başkalarının gözü önünde çalmıştır (örn. Saldırıp soyma, çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma, silahlı soygun)	0	1	2	3
33- Birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.	0	1	2	3
34- Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.	0	1	2	3
35- İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
36- Bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir.	0	1	2	3
37- Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını "atlatır")	0	1	2	3
38- Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır. (örn. kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3
39- 13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklamasına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmiştir.	0	1	2	3
40- Anababasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki geceleyin evden kaçmıştır. (ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41- 13 yaşından önce başlayarak, çoğu zaman okuldan kaçmıştır.	0	1	2	3

EK-3. Anne Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği

DİKKAT: Aşağıdaki ifadelerde belirtilen davranışları ne kadar sıklıkla çocuğunuza gösterdiğinizi ilgili rakamı işaretleyerek belirtiniz.

DAVRANIŞI GÖSTERME SIKLIĞI

1 = Hiçbir zaman 2 = Seyrek 3 = Yarı yarıya 4 = Çok sık 5 = Her zaman

	<u>Hiçbir zaman</u>	<u>Seyrek</u>	<u>Yarı yarıya</u>	<u>Çok sık</u>	<u>Her zaman</u>
1. Çocuğumun duygu ve ihtiyaçlarına duyarlıyım.	1	2	3	4	5
2. Çocuğumu disipline sokmak için fiziksel cezalandırmayı kullanırım.	1	2	3	4	5
3. Çocuğumdan bir şey yapmasını istemeden önce O'nun isteklerini dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4. Çocuğum niçin "söz dinlemek zorunda olduğunu" sorduğunda 'çünkü ben öyle diyorum' veya 'çünkü ben senin annenim ve böyle davranmanı istiyorum' derim.	1	2	3	4	5
5. Çocuğumun iyi ve kötü davranışları hakkında ne hissettiğimi O'na açıklarım.	1	2	3	4	5
6. Çocuğum itaat etmediğinde O'na bir şaplak atarım.	1	2	3	4	5
7. Çocuğumu sorunları hakkında konuşmaya teşvik ederim.	1	2	3	4	5
8. Çocuğumu disipline sokmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
9. Çocuğum benimle aynı görüşü paylaşmadığında bile kendisini rahatça ifade etmesine teşvik ederim.	1	2	3	4	5
10. Çocuğuma çok az bir açıklama yapıp, O'na tanıdığım ayrıcalıkları kaldırarak, çocuğumu cezalandırırım.	1	2	3	4	5
11. Kuralların nedenlerini vurgularım.	1	2	3	4	5
12. Çocuğum üzgün olduğunda O'nu rahatlatır ve anlayışlı davranırım.	1	2	3	4	5
13. Çocuğum yanlış davranışlarda bulunduğu anda O'na bağırıp çağırırım.	1	2	3	4	5
14. Çocuğum iyi davrandığında O'nu överim.	1	2	3	4	5
15. Çocuğum herhangi bir şeye isyan ettiğinde, pes ederim.	1	2	3	4	5
16. Çocuğuma karşı öfkeden patlarım.	1	2	3	4	5
17. Çocuğumu gerçekten cezalandırmak yerine, O'nu cezalandırmakla tehdit ederim.	1	2	3	4	5
18. Aile için plan yaparken çocuğumun tercihlerini dikkate alırım.	1	2	3	4	5
	<u>Hiçbir zaman</u>	<u>Seyrek</u>	<u>Yarı yarıya</u>	<u>Çok sık</u>	<u>Her zaman</u>
19. İtaat etmediğinde çocuğumu tutup sarsarım.	1	2	3	4	5

20. Çocuğumu cezalandıracağımı söylerim ama aslında cezalandırmam.	1	2	3	4	5
21. Görüşlerini ifade etmesine teşvik ederek, çocuğuma saygı gösteririm.	1	2	3	4	5
22. Çocuğumun, aile kurallarına katkıda bulunmasına olanak sağlarım.	1	2	3	4	5
23. Çocuğumun gelişmesi için O'nu azarlar ve eleştiririm.	1	2	3	4	5
24. Çocuğumu şımartırım.	1	2	3	4	5
25. Kurallara neden uyulması gerektiğini çocuğuma anlatırım.	1	2	3	4	5
26. Hiçbir gerekçe göstermeden ya da çok az gerekçe göstererek, ceza olarak çocuğumu tehdit ederim.	1	2	3	4	5
27. Çocuğumla birlikte sıcak ve samimi vakit geçiririm.	1	2	3	4	5
28. Hiç açıklama yapmadan ya da çok az bir açıklama yapıp, çocuğumu bir yerde tek başına bırakarak cezalandırırım.	1	2	3	4	5
29. Çocuğumu, yaptıklarının sonuçları hakkında konuşmaya teşvik ederek, davranışlarının etkisini anlamasına yardımcı olurum.	1	2	3	4	5
30. Çocuğumun davranışları beklentilerime uymadığında, O'nu azarlar ya da eleştiririm.	1	2	3	4	5
31. Çocuğuma, davranışlarının sonuçlarını açıklarım.	1	2	3	4	5
32. Çocuğum yanlış davrandığında tokat atarım.	1	2	3	4	5

EK-4. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ (ÖRNEK FORM)

1. **Adı Soyadı:** Oğuz Tan
2. **Doğum Tarihi:** 1969
3. **Unvanı:** Yardımcı Doçent
4. **Öğrenim Durumu:** Tıpta Uzmanlık Eğitimi

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	İstanbul Üniversitesi	1994
Y. Lisans			
Doktora	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	İstanbul Üniversitesi	2002

5. Akademik Unvanlar:

Yardımcı Doçentlik Tarihi : 2011

Doçentlik Tarihi :

Profesörlük Tarihi :

6. Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

6.1. Yüksek Lisans Tezleri

6.2. Doktora Tezleri

7. Yayınlar

7.1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

Feature Selection and Classification of Electroencephalographic Signals: An Artificial Neural Network and Genetic Algorithm-Based Approach. Erguzel TT, Ozekes S, Tan O, Gultekin S. Clinical EEG and Neuroscience 2014 Apr 14. [Epub ahead of print]

Transkraniyal manyetik uyarım tedavisi sırasında ortaya çıkan nöbet. Sayar GH, Tan O, Eryilmaz G, Ozten E, Salcini C, Tarhan N. Anadolu Psikiyatri Derg 2013;14:287-9.

Transcranial magnetic stimulation for treating depression in elderly patients. Hızlı Sayar G, Ozten E, Tan O, Tarhan N. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2013;9:501–504.

Efficacy of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant depression. Tarhan N, Sayar GH, Tan O, Kağan G. Clinical EEG and Neuroscience 2012; 43(4):279-84.

7.2. Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

A Review on Biomarkers for Treatment Response in Major Depressive Disorder. G. Hizli Sayar, B. Ö. Ünsalver, O. Tan. Sch. J. App. Med. Sci., 2013; 1(6):778-782

Comparison of effects of bright light therapy alone or combined with fluoxetine on severity of depression, circadian rhythms, mood disturbance, and sleep quality in patients with non-seasonal depression. Ağargün MY, Hızlı Sayar G, Bulut H, Tan O. ChronoPhysiology and Therapy 2013;3:53-59.

Exacerbation of obsessions with modafinil in 2 patients with medication-responsive obsessive-compulsive disorder. O Tan, A Coban, N Tarhan, SK Baripoglu, F Guducu, HB Izgi, G Hizli, O Ates, H Bulut. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. 2008;10(2):164-5.

Antidepressant Effect of 58 Sessions of rTMS in a Pregnant Woman With Recurrent Major Depressive Disorder: A Case Report. O Tan, N Tarhan, A Coban, SK Baripoglu, F Guducu, HB Izgi, G Hizli, O Ates, H Bulut. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. 2008;10(1):69-71.

7.3. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler

Safety of High-Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. Presented in the 1st Istanbul-Eurasian Regional Congress of Biological Psychiatry in Istanbul, 27-31 May 2012. (A symposium called "rTMS as a Treatment Strategy in Psychiatry". Published in the Congress Book

Efficacy of High Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Treatment-Resistant Depression. 7th Annual Conference of the EEG and Clinical Neuroscience Society (ECNS) and the International Society for Neuroimaging in Psychiatry (ISNIP), 1st Joint Meeting of ECNS/ISBET/ISNIP, Istanbul, September 14-18, 2010.

Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Psychiatric Disorders. Presented in the 8th World Congress of Biological Psychiatry. June 28th-July 3rd, Vienna, Austria. Published in the Congress Book and The World Journal of Biological Psychiatry.

Transcranial Magnetic Stimulation in Refractory Depression. Presented in the 6th Annual Conference of the EEG and Clinical Neuroscience Society (ECNS) and Joint Meeting with the International Society for Neuroimaging in Psychiatry (ISNIP), September 29-October 2, 2004, in California, USA. Published in the EEG and Clinical Neuroscience Society (ECNS) Journal, Volume 35-4, 2004-October.

Mesial temporal lobe epilepsy and depression. 24th International Epilepsy Congress, Buenos Aires, May 13-18, 2001 (published in the journal of Epilepsia, Volume 42, Supplement 2, Page 25, 2001.

7.4. Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler

7.5. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Tedaviye dirençli şizofreni. Yeni Symposium. Volume 37, Issue:4, Page 75, 1999.

Kardiyak hastalarda psikofarmakoloji. Yeni Symposium. Volume 36, Issue 1-2, Page 41, 1998.

Nöropsikoendokrinoloji. Yeni Symposium. Volume 35, Issue 2-3, Page 78, 1997.

7.6. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

İstanbul'da Genç Olmak. XIV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 21-24 Mart 2007. (İstanbul'da Yaşamak konulu panelde).

Kekemelik Tedavisinde Konuşma Terapisi ve Nöroterapi Kombinasyonu. Tarhan N, Tan O, Baripoğlu S, Araslan L, Gümüşel L. Dil ve Konuşma Bozuklukları Uzmanları Derneği III. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Kocatepe Kültür Merkez, Ankara, 2-4 Haziran 2005.

Marmara Bölgesi'nde 17 Ağustos 1999 tarihinde gerçekleşen depremde bedensel travmaya uğrayan kişilerde afet algısının araştırılması. 4th Spring Symposium poster report, Antalya, 2000.

7.7. Diğer yayınlar

Subklinik epileptiform deşarjlar ve havacılık. Havacılık Tıbbı Bülteni. Volume 1, Issue: 4, Page 16-17, 2007.

Depresyon ve bellek bozukluğu. Türkiye Klinikleri. Volume 3, Issue:40, Page 9-19, 2007.

8. Projeler

9. İdari Görevler

Feneryolu Nöropsikiyatri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü

10. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

İstanbul Tabip Odası

Türkiye Psikiyatri Derneği

The EEG and Clinical Neuroscience Society

11. Ödüller

12. Son iki yılda verdiğiniz lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler için aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı	Haftalık Saati		Öğrenci Sayısı
			Teorik	Uygulama	
2012-2013	Güz	Davranışın Psikofizyolojik Temelleri	3		28
		Davranışın Psikofizyolojik Temelleri	3		22
	İlkbahar	Davranışın Psikofizyolojik Temelleri	3		
		Psikofarmakoloji ve Psikopatoloji			
2013-2014	Güz	Davranışın Psikofizyolojik Temelleri	3		47
	İlkbahar	Davranışın Psikofizyolojik Temelleri	3		27
		Psikofarmakoloji ve Psikopatoloji	3		38

Not: Açılmışsa, yaz döneminde verilen dersler de tabloya ilave edilecektir.

13. Diğer bilimsel etkinlikler

**Furkan Öge**

Psikolojik Danışman

 **İletişim Bilgileri**

E-Posta : furkanoge41@hotmail.com
Adres Bilgileri : Türkiye - Kocaeli - Gebze - Barış Mahallesi
Cep Telefonu : 90 (554) 964 43 89

 **Kişisel Bilgiler**

Toplam Tecrübe : 3 Yıl
Çalışma Durumu : Çalışmıyorum
Eğitim Durumu : Yüksek Lisans (Öğrenci)
Medeni Durumu : Bekar
Uyruk : Türkiye Cumhuriyeti
Askerlik Durumu : Yapıldı
Doğum Tarihi : 30.09.1991
Doğum Yeri : Türkiye - Kocaeli
Sürücü Belgesi : B (2010)

 **İş Deneyimleri****İş Deneyimleri****Psikolog**

Türk Silahlı Kuvvetleri

10.2016-10.2017 (1 yıl)

Rehberlik ve Psikolojik Danışman

NÜANS EĞİTİM DANIŞMANLIK

06.2014-10.2016 (2 yıl, 4 ay) Kocaeli - Türkiye Dönemsel // Proje Bazlı

 **Eğitim Bilgileri****Üniversite (Yüksek Lisans)**

09.2014-10.2017

Üsküdar Üniversitesi - (Örgün Öğretim)Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji
(Türkçe)

Üniversite (Lisans) **Maltepe Üniversitesi - (Örgün Öğretim)** **2,50/4**
09.2009-06.2014 Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık (Türkçe) - Başarı Bursu (%50)

Lise **Çırağan Koleji** **2,7 / 4**
06.2009 Türkçe - Matematik

Yabancı Dil

	Okuma	Yazma	Konuşma
İngilizce	İyi	İyi	Orta

Yetkinlikler

Bilgisayar Bilgileri Microsoft Office Programları
SPSS (basic)

Sertifika Bilgileri

Çocuklar İçin Zeka Oyunları Eğitimliği

Milli Eğitim Bakanlığı ve Nüans Eğitim Danışmanlık - 02.2015

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R)

Üsküdar Üniversitesi ve Kim Psikoloji - 10.2014

Sınav Bilgileri

KPSS (Kamu Personeli Seçme Sınavı)(60)

ösym - 07.2015

Yetenekler

Yetenek	Seviye
Microsoft Office	★★★★★
Windows 7	★★★★★
SPSS	★★★★★

Burslar/Projeler

Üniversite Lisans öğretimi için %50 ÖSYM Başarı Bursu

 **Ek Bilgiler**

Sigara Kullanımı : Sigara kullanmıyorum.

 **Referanslar**

Mustafa İşlek

Gebze İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü/Rehberlik ve Araştırma Merkezi - Müdür
Tel : 05053856909

Özgeçmiş Güncelleme Tarihi : 21.09.2017

