



T.C.

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BURSA İLİ NİLÜFER MERKEZ İLÇEDE OKULA
BAŞLANGIÇ ÇAĞI ÇOCUKLARINDA DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
YAYGINLIĞI**

**Hazırlayan
Didem SOLMAZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN
İstanbul, 2016**

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

BURSA İLİ NİLÜFER MERKEZ İLÇEDE OKULA
BAŞLANGIÇ ÇAĞI ÇOCUKLARINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ
VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI

Didem Solmaz
(144102013)

YÜKSEK LİSANS
TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN

İstanbul – 2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Didem Solmaz
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN
Tezin Başlığı	:	BURSA İLİ NİLÜFER MERKEZ İLÇEDE OKULA BAŞLANGIÇ ÇAĞI ÇOCUKLARINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	25.11.2016	Saati	:	11:00
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 BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU					
<input 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 BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Doç.Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ Bursa İli Nilüfer Merkez İlçede Okula Başlangıç Çağı Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı”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.

28/11/2016

Didem SOLMAZ
İstanbul, 2016

ÖNSÖZ

Bu çalışmada çocukluk çağında gözlenen önemli bir nöropsikolojik bozukluk ve dolayısıyla önemli bir toplum sağlığı sorunu olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Bursa İli Nilüfer Merkez İlçede, Okula Başlangıç Çağı Çocuklarında Yaygınlığının saptanması ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna eşlik eden Yıkıcı Davranış Bozukluklarının birlikte görülme sıklığının öğretmen ve ebeveyn bildirimlerine göre araştırılması amaçtır.

Bu amaç doğrultusunda gerçekleştirmiş olduğum araştırmanın her aşamasında desteğini hissettiğim, değerli zamanını ayırarak öğretici dönütlerini, insana güç veren, güdüleyen yapıcı eleştirilerini esirgemeyen saygıdeğer hocam ve danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN'e öncelikle şükran duygularımı sunmayı bir borç biliyorum.

Bu zorlu süreç boyunca her an yanı başımda hissettiğim, ilgi ve desteklerini bir an bile esirgemeyen sevgili aileme, hocalarıma, arkadaşlarıma ve araştırmanın değerli katılımcılarına teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xii
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
BÖLÜM II	5
GENEL BİLGİLER.....	5
KAVRAMSAL AÇIDAN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	5
2.1. DE/HB’NİN TARİHÇESİ	5
2.2. DE/HB’DE SIKLIK VE YAYGINLIK.....	8
2.3. DE/HB’NUN NEDENLERİ	11
2.3.1. Nörolojik Etkenler	12
2.3.1.1. Nörofizyolojik Etkenler	12
2.3.1.2. Nörokimyasal Etkenler.....	13
2.3.2. Genetik Etkenler	14
2.3.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler	16
2.4. DE/HB’NİN TANILANMASI.....	17
2.5. DE/HB’YE EŞLİK EDEN TANILAR.....	19
2.6. DE/HB’NİN TEDAVİSİ	21
2.6.2. DEHB’nin Psikososyal tedavisi.....	22
2.6.2.1. Aile Eğitimi	22
2.6.2.2. Davranış Tedavileri.....	23
2.6.2.3. Bireysel Tedavi	24
2.6.2.4. Öğretmen Eğitimi ve sınıf içi kurallar	25
2.7. DE/HB GİDİŞ VE SONLANIM	26

2.8. DE/HB'DE TANILAMA ARAÇLARI.....	29
BÖLÜM III.....	30
YÖNTEM VE GEREÇ.....	30
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	30
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	30
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	31
3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	31
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	32
3.6. VERİLERİN ANALİZİ.....	34
BÖLÜM IV.....	35
BULGULAR VE YORUM.....	35
4.1. ÖLÇEKLERİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZİ SONUÇLARI	35
4.2. FREKANS TABLOLARININ YORUMLANMASI.....	36
4.2.1. Babaya Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Tablolarının Yorumlanması.....	37
4.2.2. Anneye Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Tablolarının Yorumlanması.....	38
4.2.3. Çocuğa Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Tablolarının Yorumlanması.....	39
4.2.4. Tanılara Ait Frekans Tablolarının Yorumlanması	41
4.2.5. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'E Dayalı Tarama Ve Değerlendirme Ölçeği İle Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki Sonuçları ve Yorumlanması.....	44
BÖLÜM V.....	89
TARTIŞMA.....	89
BÖLÜM VI.....	99
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
KAYNAKÇA.....	106
EKLER	114
EK 1.....	114
EK 2.....	117
EK 3.....	119

ÖZGEÇMİŞ..... 127



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DB : Davranım Bozukluğu

DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB-B : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm

DEHB-D : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm

DEHB-H : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Aşırı Hareketliliğin/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

KOKGB : Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Ölçeğin Geçerlilik / Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	36
Tablo 2. Ölçeğe Ait Betimleyici İstatistikler.....	36
Tablo 3. Babaya Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Analizi.....	37
Tablo 4. Anneye Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Analizi.....	38
Tablo 5. Çocuğa Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Analizi.....	39
Tablo 6. Tanılara Ait Frekans Analizi.....	41
Tablo 7. Semptomlara ait Frekans Analizi.....	43
Tablo 8. Semptomlarda Baba Yaşına Göre Dağılım.....	45
Tablo 9. Semptomlarda Baba Yaşına Göre Ki-kare Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 10. Semptomlarda Baba Eğitim Durumuna Göre Dağılım.....	48
Tablo 11. Semptomlarda Baba Eğitim Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	50
Tablo 12. Semptomlarda Baba Çalışma Durumuna Göre Dağılım.....	52
Tablo 13. Semptomlarda Baba Çalışma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	53
Tablo 14. Semptomlarda Anne Yaşına Göre Dağılım.....	55
Tablo 15. Semptomlarda Anne Yaşına Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	57
Tablo 16. Semptomlarda Anne Eğitim Durumuna Göre Dağılım.....	59
Tablo 17. Semptomlarda Anne Eğitim Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	61
Tablo 18. Semptomlarda Anne Çalışma Durumuna Göre Dağılım.....	63
Tablo 19. Semptomlarda Anne Çalışma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	64

Tablo 20. Semptomlarda Çocuk Cinsiyetine Göre Dağılım.....	66
Tablo 21. Semptomlarda Çocuk Cinsiyetine Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	67
Tablo 22. Semptomlarda Çocuk Yaşına Göre Dağılım.....	69
Tablo 23. Semptomlarda Çocuk Yaşına Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	70
Tablo 24. Semptomlarda Kardeş Sayısına Göre Dağılım.....	72
Tablo 25. Semptomlarda Kardeş Sayısına Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	74
Tablo 26. Semptomlarda Ortalama Aylık Gelire Göre Dağılım.....	76
Tablo 27. Semptomlarda Ailenin Aylık Gelirine Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	78
Tablo 28. Semptomlarda Ev Sahipliği Durumuna Göre Dağılım.....	80
Tablo 29. Semptomlarda Ev Sahipliğine Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	81
Tablo 30. Semptomlarda Araba Olma Durumuna Göre Dağılım.....	83
Tablo 31. Semptomlarda Araba Olma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	84
Tablo 32. İlişki Analizi.....	86

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. DEHB'nin gelişimsel sonuçları.....28



ÖZET

(SOLMAZ, Didem, Yüksek Lisans, İstanbul, 2016)

Bursa İli Nilüfer Merkez İlçede Okula Başlangıç Çağı Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı

Bu çalışmada yaşları 5-7 arasında değişen okula başlangıç çağı çocuklarındaki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun sıklığı, ilişkili olduğu durumlar ve eşlik eden KOKGB ve DB semptomlarının yaygınlığı araştırılmıştır. Çalışma Bursa ilinde, 9 ayrı okulda 124 kız ve 151 erkek olmak üzere toplam 275 tane okula başlangıç çağı çocuğuyla yürütülmüştür.

Çalışmada Prof. Dr. Atilla Turgay'ın Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Çocuk Formu ve sosyodemografik özellikler için anket formu kullanılmıştır. Çalışmada her öğrenci için hem sınıf öğretmenlerinden hem de kendi ailesinden ayrı ayrı birer adet ölçek formu doldurmaları istenmiştir.

Aile ve öğretmenlerin ortak ölçek bildirimlerine göre semptom yaygınlık değerlendirmesi yapılmıştır. Bu değerlendirme ile araştırmaya katılan 275 öğrencinin %24'ünde DEHB semptomları saptanmıştır. Kızlarda DEHB yaygınlık oranı %25, erkeklerde %24 olarak belirlenmiştir. En sık saptanan alt tip DEHB-D tiptir.

Bu araştırmada aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığının kabul edilme durumuna göre, KOKGB'nin %7 ve DB'nin ise %3 oranında DEHB semptomlarına eşlik ettiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Yaygınlık.

ABSTRACT

(SOLMAZ, Didem, Master's Thesis , İstanbul, 2016)

*Attention Deficit And Hiperactivity Disorder Prevalence With Kids Who Are İn School
Starting Age Children İn Bursa City Nilüfer Central District*

Attention Deficit and Hyperactivity Prevalence frequency with the kids whose age are between 5-7 and the events related Oppositional Defiant Disorder (odd) and symptoms of behaviour disorder is studied. This study was carried out with 275 schooling age children which are 124 girls and 151 boys in 9 different schools in Bursa.

Questionnaire form is used for sociodemographic attributes and Prof. Doc. Atilla Turgay's Assesment Scale Child Form based on DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) for attention deficit and hyperactivity disorder and disruptive behavior disorder.

Symptom prevalence assesment was carried out based on both mutual scale statements of parents and teachers. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder is detected 24% of 275 students who participated in research. ADHD prevalence rate is 25% with the girls and 24% with the boys. The least type is of ADHD.

In case of taking same points in the scales of parents and teachers which is filled for the same students, existence of symptom was recognized and ADHD symptops was contributed the by the rate of (oppositional defiant disorder)ODD %7 and (Behaviour disorders) BD %3.

Key Words: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Behaviour Disorder, Prevalence.

BÖLÜM I

GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), geçmişten günümüze kadar çocukluk çağında sık olarak görülen ruhsal problemlerden bir tanesidir (Üstün, Çiftçi ve Kinaci, 2014). Dolayısıyla Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuk ve aile hekimlerinin en sık olarak karşısına çıkan çocukluk çağında görülmeye başlayan davranışsal olarak ortaya çıkan nöropsikolojik bir bozukluktur (Uyan, 2008). Yaygınlık oranı % 3-10 arasında değişiklik göstermektedir (Şenol ve Şener, 1998). Dikkat eksikliği olan çocukların yüzde 40 ile yüzde 50'sinde ya anne-baba birinde ve/veya kardeşlerinin birinde dikkat eksikliği görülür. Çocukların yüzde 75 ile 90'nında tıbbi tedavinin etkili olduğu tespit edilmiştir. Tedavi uygun gittiğinde okul ve davranışlarında anlamlı gelişmeler olmaktadır (Dendy, 2000). Bütün bunların dikkate alınmadığı ortamlarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun akademik ve duygusal olarak sıkıntılar yaşattığı görülmüştür. Zeki dahi olsalar, akademik anlamda bazı sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bu çocukların yaklaşık olarak:

- a) Yüzde 30'u liseyi bitirene kadar bir/iki defa sınıfta kalırlar,
- b) Yüzde 90'nın okulda yeteri kadar üretken olmadığı görülmüştür,
- c) Yüzde 90'nın okulda başarısı düşüktür,
- d) Yüzde 20'sinde okuma güçlüğü görülür,
- e) Yüzde 60'ı ciddi yazma güçlüğü çekmektedir,
- f) Yüzde 30'u okulu bırakır (Munden ve Arcelus, 1999).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu basit, gelir geçer bir yaramazlık ve/veya dikkat dağınıklığı şeklinde değerlendirmek yanlış olur. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların erişkinliğe hazırlanması önemli problemlere neden olmaktadır. Genelde ergenlik ve erişkinliğe değin devam eden dikkat ve

davranış sorunları görülmektedir. Olguların ise yaklaşık olarak 1/3'üne farklı psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi ile içerisinde çıkılması da zor bir hal alabilmektedir (MEB, 2015).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu bulunan öğrenciler sınıf ortamlarında kıpır kıpır olmaları, dersin düzenini bozmaları, tahtada yazılı olanları defterlerine geçirme konusunda güçlük çekmeleri, defter sayfalarının yarısını doldurmaları, yazılarının kötü olması, yazım kurallarına dikkat etmemeleri, ödevlerini tamamlama konusunda sorun yaşamaları gibi bir çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Dikkatsizliklerinin sınav başarılarını yakından etkilemesi dolayısıyla çocuğun okul başarısında da düşmeler görülür, öğrenim alarak meslek sahibi olma şansları da azalmaktadır. Oyunlarda sıra bekleyemezler ve arkadaşları ile sorunlar yaşarlar. Bir çok defa okul eşyalarını kaybettikleri görülür. Tehlikeli olan durumlarda sonuca bakmadan hareket etmeleri söz konusudur. Kendine söylenenleri dinlemiyor gibi davranırlar. Evde sakarlıklar yapmaları ya da hiç düşünmeden bazı davranışlar sergiledikleri için anne, baba ve kardeşleri ile sorunlar yaşamaktadırlar (Selçuk, 2001).

DEHB çocukluk döneminde başlayıp, büyük oranda erişkinlik döneminde devamlılık göstermekte ve ortaya çıkardığı sorunlar nedeniyle sıklıkla okul, aile ve diğer sosyal ortamlar içerisinde işlev bozukluklarına yol açmaktadır (Zorlu, 2012).

Bu nedenlerden dolayı erken teşhisin önemi büyük rol oynamaktadır. Teşhis edebilmek adınada problemlerin doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun tanısı konulurken klinik görüşmeler ve bunların yanında bu alan içerisinde uygulanmak üzere geliştirilmiş olan bazı ölçekler yaygın olarak kullanılmaktadır (Uyan, 2008).

Günümüzde Türkiye'de DEHB'nin anlaşılma şekli, toplumda ve okulda bir problem olarak algılanmasında negatif etkenlerin azaltılma yolunda atılacak ilk adımlar, sınıf ve rehber öğretmenlerin konu ile ilgili bir davranış ve anlayış geliştirme eğitimleriyle olabilir durumdadır. Bunun içinde okul yönetimi çerçevesinde, ilk aşamada konu ile ilgili mevcut olan bilgilerin ne/neler olduğunun çözümlenmesi gerekmektedir (Almacıoğlu, 2007).

Sınıf içinde öğrenme etkinliklerinin düzenlenmesi ve yönetilmesinden sorumlu olan ve sınıf öğretmeni, özel gereksinimi olan öğrencileri varsa onları dikkate almalıdır. Bununla birlikte, sınıf öğretmenleri lisans programları kapsamında özel gereksinimi olan öğrencileri tanımalı ve gerektiği zaman onların davranışlarını yönlendirme konusunda kullanabilecekleri bilgileri kapsayan dersler ve/veya uygulamalar alabilmelidirler. Aynı durum benzer bir biçimde PDR öğretmenleri içinde geçerli olmalıdır. Bu gerçekliğe karşılık, hem sınıf öğretmenleri hem de danışman öğretmenler okul içinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla ilk karşılaşan ve bu konuyla ilgili bazı yetersizliklerin doğru anlaşılması ve yönlendirilmesi beklenen kişilerdir. Bu yüzden bu alanda öğretmenlerin dikkat eğitimi alması okul sistemi içerisinde ve sınıf ortamında özel gereksinimli öğrencilere karşı nasıl yaklaşılacağını bilmeleri büyük önem taşımaktadır. Bunun içinde , ilgililerin yetkinliğinin geliştirilmesi konusunda yönetsel bazı girişimlerin yapılması büyük önem arz etmektedir (Summak, 2007).

Genel olarak Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar DSM tanı ölçütlerine göre değerlendirilmektedirler. Bunun yanında öğretmenler ve ebeveynler çocuğun gelişimindeki kritik dönemlerde gözlemci olma durumu içerisinde buldukları için doğru bilginin alınacağı kaynak olma niteliği taşımaktadırlar. Bu bilgileride çeşitli ölçekler yoluyla ulaştırabilmektedirler.

DEHB ile ilgili çalışmaların artmaya başlamasıyla birlikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktive Bozukluğunun ve buna eşlik eden Yıkıcı Davranım Bozukluklarının yaygınlığının cinsiyet, yaş, sosyoekonomik düzey ile ilişkisi hakkındaki veriler daha sınırlıdır. Bu sınırlılığı giderebilmek adına daha fazla epidemiyolojik çalışmaya ihtiyaç vardır. Epidemiyolojik çalışmalar belirli bir hastalığın toplumda dağılım oranını ve bu hastalıkla ilişkili olan diğer faktörleri incelemektedir. Hastalıkların erken tanısı ve tedavisine yönelik sağlık stratejileri geliştirmede toplum sağlığında önemli yararlar sağlamaktadır (Uysal, 2012).

Bu çalışma giriş bölümü de dahil olmak üzere altı bölümden oluşturulmuştur. İkinci bölüm kavramsal açıdan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu başlığı altında; DEHB'nin tarihçesi, sıklık ve yaygınlık, nedenleri, DEHB'nin tanılanması, DEHB'ye eşlik eden tanılar, DEHB ve yıkıcı davranış bozuklukları, DEHB'nin tedavisi, gidiş ve sonlanım konuları betimsel literatür tarama tekniği kullanılarak aktarılmıştır.

Üçüncü bölümde yöntem ve gereç anlatılmıştır. Bu bölümde, araştırmanın modeli , araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmanın yeri ve zamanı, veri toplama araçları ve verilerin analizi yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise bulgular yorumlanarak aktarılmıştır. Beşinci bölümde tartışmaya yer verilmiş ve son bölüm olan altıncı bölümde sonuçlar değerlendirilmiş ve öneriler sunulmuştur.

Bu çalışmada çocukluk çağında gözlenmeye başlanan önemli bir nöropsikolojik bozukluk ve dolayısıyla önemli bir toplum sağlığı sorunu olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Bursa İli Nilüfer Merkez İlçede, okula başlangıç çağı çocuklarında yaygınlığının saptanması ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna eşlik eden Yıkıcı Davranış Bozukluklarının birlikte görülme sıklığının öğretmen ve ebeveyn bildirimlerine göre araştırılması amaçtır.

Okula başlangıç çağı çocuklarını kapsayan bu araştırma ülkemizde bu alan içerisinde okula başlangıç çağı çocuklarında yapılan, anaokullarında taramaya dahil edilmesi açısından nadir yapılmış olan çalışmalardan biri olma özelliğindedir. Türkiye geneline temsil etmemekle birlikte, Bursa'da yaşayan okula başlangıç çağı çocuklarıyla yapılan bu araştırmadan çıkacak sonuçlar daha sonra Türkiye'de yaşayan okula başlangıç çağı çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun sıklığını belirlemek üzere yapılması planlanan geniş ölçekli bir başka araştırmaya öncülük yapabilecek nitelik taşımaktadır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

KAVRAMSAL AÇIDAN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktivite (aşırı hareketlilik) ve dürtüsellik kavramlarıyla tanımlanır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu okul öncesinden başlayarak okul çağında ve erişkin dönemde de kendini gösteren dolayısıyla çocuğun bütünüyle gelişim sürecinde etkisini gösteren ve sıklıkla karşılaşılan nörogelişimsel problemlerden birtanesidir. Bu bölümde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun tarihçesi, sıklık ve yaygınlık, DE/HB'nun nedenleri, tanılanması, eşlik eden tanılar, tedavisi, gidiş ve sonlanım ve tanılama araçları konuları ele alınmıştır.

2.1. DE/HB'NİN TARİHÇESİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 1863'de Henric Hoffman'ın kıpır kıpır Phil tiplmesi ile tanımlanan bozukluğu ifade eder. 19. Y.y.da “çılgın budalalar” ve “inhibisyon eksikliği” gibi çeşitli kavramlarla kullanıldığı görülmüştür. DEHB ile ilgili yapılan tanımlamalarda, bozukluğun farklı nedenleri ve belirgin olan görünümünün değerlendirildiği görülür. 19. yüzyıldaki tıbbi literatürde çılgın budalalar, fevri delilik, yetersiz inhibisyon olarak isimlendirilmiştir (Kotimaa, 2003). 1902'de de Frederick Stil'in konsantrasyon güçlüğü, hiperaktivite, öğrenme güçlüğü ile davranış problemleri belirtilerinde karşımıza çıkmıştır (Weiss, 1996).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu, 1902'de George Stil isimindeki İngiliz bir doktorun tanımladığı kaydedilmiştir. 1917'de Amerika Birleşik Devletleri'nde görülen ensafalit salgınının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna olan ilgiyi arttırdığı görülmüştür. Bunun en büyük nedeni bu salgından hastalananlarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri gibi bazı

hareketler saptanmasıdır. Bununla birlikte, bu bozukluğun beyinde bulunan herhangi bir hasardan kaynaklanması söz konusu olmuştur. Bu hasara da Minimal Beyin Lezyonu ismi verilmiştir. 1940'larda ise, bu çocuklarda görülen beyin hasarlarını düşündüren herhangi bir sebebe rastlanmaması da önemlidir. Bu hastalığın ismi de Minimal Beyin Disfonksiyonu; kısacası beynin çalışmalarında küçük işleyişlerin kusurları şeklinde değiştirilmiştir. Bunun yanında 1960'larda, hastalığın oluşumu konusunda kalıtım ve benzeri biyolojik faktörlerin önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Bu konuda hatalı olan anne ve baba tutumlarının, çocuğun bireysel özellikleri ile çevresel unsurların hastalığın oluşma aşamasında temelde yer almadığı belirlenmiştir. 1970'lerdeyse Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu gittikçe her açıdan daha fazla tanınmaya başlanmıştır. Bu bozukluk çerçevesinde aşırı hareketlilik belirtilerinden de öte, dürtüsellik ve dikkat eksikliği belirtileri bulunmuştur. Hastalığın oluşumu aşamasında biyolojik sebeplerin önemli yer alması durumu da giderek kesinleşmiş ve bozukluğun adı da değişerek Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olmuştur (Cantwell, 1996).

1980 ve 1990 yılları arasında devam eden araştırmaların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu rahatsızlığının yalnızca çocukluk dönemlerinde görülen ve kendiliğinden düzelmesi mümkün olan bir hastalık olmadığı, ergenlikle yetişkinlik zamanlarında çocuklarda olduğu gibi benzer belirtilerin bulunabildiği tespit edilmiştir (Cantwell, 1996).

Berry, Zeithaml ve Parasuraman, 1985 yılında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan kız çocuklarının erkek çocuklarına oranla daha çok olduğunu tespit etmişler ve erkeklerin de daha çok problem yarattığını, bu sebeple öğretmenlerin de dikkatlerini daha fazla çektiklerini vurgulamışlardır. Halk dilinde ve tıbbi çevrelerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun yaşın ilerlemesiyle orantılı olarak kendiliğinden azalacağı düşüncesi hakimdir. Son dönemlerde yapılan araştırmalarda bu fikrin tam tersi olduğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun kişilere göre farklı seyir gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durumda; hareketlilik genellikle ilk on sene içinde sorun teşkil ederken yaşlar ilerledikçe hareketliliğin azalabildiği görülmüştür. Dikkat sorunun; okul öncesi dönemde fark edilememesi ve önemsiz görülmesi, çocuğun okul hayatına başlamasıyla birlikte yaşanılacak sorunlarında daha fazla arttıracaktır. Bunun yanında duygusal ve sosyal alanlarda yaşanan zorlukların,

çocukluğun ilk çağlarından sonra farklı sorunlara neden olduğuda görülmektedir. Yetişkinlik döneminde de bu sorunlar devam edecektir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda bilinen karakteristik özelliklerin dışında çeşitli eğitimler tarafından bilinmeyen yönlerinin olduğu görülmektedir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun DSM içerisindeki kronolojik gelişim aşamalarına bakıldığında zaman 1952 yılında çıkmış olan DSM-I’de bu klinik tablonun bulunmadığı görülmektedir. 1968’deki DSM-II’de, “Çocukluğun Hiperaktif Reaksiyonu” teriminin kullanıldığı görülmektedir. 1980’deki DSM-III’de bu bozukluk “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” başlığı altında biraz daha genişletilerek hiperaktiviteye dikkatsizlik ve dürtüsellik eklenmiştir. Klinik tanım olarak da Hiperaktiviteli Dikkat Eksikliği Bozukluğu ile Hiperaktivitesiz Dikkat Eksikliği Bozukluğu olarak ayrılmıştır. 1987’de yayımlanan DSM-III-R ’de Hiperaktiviteli Dikkat Eksikliği Bozukluğu ile Hiperaktivitesiz Dikkat Eksikliği Bozukluğu ayırımı kalkarak tanı “Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak ifade edilmiştir. 1994’de kullanılmaya başlanan DSM-IV’de “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları”na başlığı kullanılmıştır. DSM-IV-TR ‘de son 6 ay içerisinde ön planda olan belirtilere göre DEHB için Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; Bileşik Tip (DEHB-B), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; Dikkatsiz Tip (DEHB-D), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; Hiperaktif Tip (DEHB-H) şeklinde 3 alt grup yer almaktadır (Uyan, 2008). 2014’de kullanılmaya başlanan DSM-5’de “Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu”adıyla Nörogelişimsel Bozukluklar başlığı altında yer almış, Yıkıcı Davranış Bozuklukları ise, “Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları” şeklindeki başlıkla yer bulmuştur. Bunun yanında son 6 ay içerisinde ön plana çıkan belirtilere göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun 3 alt tipi yerine 3 farklı şekilde kendini gösterme şekli tanımlanmıştır. Bu tanımlar;

- Bileşik görünüm
- Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm
- Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm (DSM-5, 2014).

2.2. DE/HB'DE SIKLIK VE YAYGINLIK

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun görülme sıklığına göre her sınıfta en az bir öğrencinin bulunduğu göz önüne alındığı zaman ülke genelinde eğitim kurumlarına devam etmekte olan 500.000 öğrencinin DE/HB'den etkilendiği varsayılmaktadır (Köroğlu, 1994).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun sıklıkla görüldüğü bilinmektedir. Buna karşın; günümüze gelene kadar yapılan araştırmalarda çeşitli yöntemlerle tanının koyulma ölçütleri kullanıldığı için kesin olarak görüş birliğine rastlanmamaktadır (Cohen, Cohen ve Kasen, 1993).

Sıklık oranı tanı kriterlerinin, araştırma metodlarının ve bilgi toplama kaynaklarının değişiklik göstermesi nedeni ile çeşitli kaynaklarda farklılıklar göstermektedir(Uyan, 2008).

Son yıllarda yapılan araştırmalar gözden geçirildiği zaman yalnızca anne-baba tarafından doldurulan ölçeklerin kullanılmış olduğu çalışmalarda DEHB yaygınlığının %3,5-%12,8 aralığında saptandığı görülmektedir.Yalnızca öğretmen ölçekleri aracılığıyla tanı konmuş olan araştırmalarda DEHB yaygınlığı %6-8 aralığında bildirilmektedir. Anne-baba ve öğretmen ölçeklerinin arasında uyum olması koşuluyla tanı konmuş olan araştırmalarda DEHB yaygınlık oranı %1,6-8,7 aralığında saptanmıştır (Zorlu, 2012).

Bütün dünya genelinde kabul görmüş olan Amerikan Psikiyatri Birliği yayınlarına bakıldığında, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun okul çağındaki çocuklarda %3 ile %5 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir (Köroğlu,1994).

DSM-III-R %3-5 olarak düşünülen yaygınlık oranının DSM-IV ile birlikte DEHB'nin 3 alt tipe ayrılmasıyla %12'lere çıktığı görülmektedir. Bu durum kısmen DEHB'nin dikkatsizlik tipinin katılması ile birlikte daha fazla vakanın saptanabilme durumuyla açıklanabilmektedir(Uyan, 2008).

Genel olarak yapılan değerlendirmeler çerçevesinde bu sendromun sıklığına ilişkin dünyanın pek çok ülkesinden farklı oranlar bildirilmekte, %2-%17 arasında geniş bir aralık belirtilmektedir (Zorlu, 2012).

DEHB'nin yaygınlık oranı ile ilgili olarak yapılan araştırmalar tek tek göz önüne alınarak değerlendirildiği zaman çalışmalardaki yaygınlık sonuçlarının 0.2%,

0.4%, 0.7%, 0.9% gibi düşük değerler ile 19.8%, 20.4%, 23.4% ve 27% gibi yüksek değerler arasında bulunduğu görülmüştür(Uysal, 2012).

Tashakori ve arkadaşları İran'da 5-6 yaş aralığındaki toplam 92 çocukla yaptığı araştırmada DEHB sıklığını ğretmen ve aile ölçek bildirimlerine göre %24.6 olarak saptamışlardır(Zorlu, 2012).

Nolan E. E ve arkadaşları Amerikada 3-18 yaları arasındaki 3006 öğrencide tarama amaçlı DSM-IV semptom listesini öğretmenlerin doldurduğu çalışmada DEHB davranış sıklığını %15.8 olarak saptamışlardır(Uyan, 2008).

Eapen ve arkadaşları B. Arap Emirliklerin'de 5-16 ya aralığındaki 175 çocukla yaptıkları araştırmada DEHB sıklığını ölçek bildirimleri çerçevesinde öğretmene göre %3.4 aileye göre % 4.1 olarak saptamışlardır(Zorlu, 2008).

Motavalli, İstanbul'da 7-9 yaları arasında olan ilkokul çağındaki çocuklarla yaptığı araştırmada DSM-III R ile DEHB sıklığını öğretmene göre %10.6, ebeveyne göre %6.2 bu sonuçlar çerçevesinde yapılan klinik değerlendirmeye göre ise %5 olarak saptamıştır (Uyan, 2008).

Gl ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptıkları ve 6-12 ya aralığındaki ilkoğretim ğrencilerinde DEHB ve eşlik eden KOKGB, DB sıklığını belirlemeyi amaçladıkları çalışmada, toplam 1500 ilkoğretim çağındaki çocuğun ebeveyn ve ğretmenlerine Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama leği gönderilmiş, bunlardan 1126'sı (%75,1) toplanmış ve değerlendirme kapsamına alınmıştır. DEHB yaygınlığı %8,6 olarak saptanmıştır(Zorlu, 2012).

Eran ve arkadaşları 6-15 yaları arasında sekiz okulda 1425 çocuğu değerlendirmiştir. Bu alımada DSM-IV'e dayalı bir değerlendirme leği ğretmen ya da ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Ailelerin bildirimlerine göre sıklığı %9.55 öğretmenlerin bildirimlerine göre %7.28 olmak üzere ortalama olarak sıklığı %8.1 olarak saptamışlardır (Uyan,2008).

Yapılan bir araştırmada da 3 ile 13 yalarındaki ocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu sıklığının %10.15 oranında olduğu saptanmıştır(Monitel-Nova, 2003).

Literatürde, erkeklerde kızlardan daha fazla DEHB bildirilmistir. Bu DEHB'nin literatürün uzlaşmaya vardığı az sayıdaki epidemiyolojik özelliklerden biridir. DEHB'nin kızlarda ve erkeklerde görülme oranları farklılık göstermektedir. Bu

farklılıklar yapılan çalışmalarda 2:1'den 10:1'e değişiklik göstermektedir. Ortalama olarak bakıldığında erkeklerde kızlardan 4 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir(Semerci ve Turgay,2014).

DEHB alt tiplerine baktığımız zaman literatürde farklı yayınlar bulunmaktadır. Biederman ve diğerleri 2002 yılında yaptıkları çalışmada, DEHB tanısı almış olan kişilerde %50 - %75 arasında DEHB-B görüldüğünü, DEHB-D'nin %20 - %30 arasında görüldüğünü ve DEHB-H alt tipinin ise %15'den daha az görüldüğünü bildirmektedirler(Çekiç, 2012).

Araştırmalarda çoğunluk olarak en sık görülen tipin DEHB-D, ikinci sıklıkta DEHB-B ve en az görülen tipin DEHB-H olduğuda belirtilmektedir. DEHB-H genelde küçük yaş grubunda daha sık bildirilmektedir. Okul öncesi dönemde DEHB-H olarak tanılanan çocukların çoğunlukla okul çağında dikkatsizlik semptomlarının da eklendiği, böylelikle bu yaştan itibaren DEHB-B olarak tanı aldıkları için okul çağında DEHB-H sıklığının azaldığı öne sürülmektedir. Türkiye'de yapılan araştırmaların çoğu ise DEHB-B ya da DEHB-H'nin sık görüldüğünü ortaya koymaktadır(Zorlu, 2012).

Amerika'da 3-18 yaşları arasında 3006 öğrencinin öğretmenleriyle yapılmış olan bir çalışmada çocuklardaki Dikkatsiz alt tip oranı %9,9, hiperaktif alt tip oranı %2,4 ve bileşik alt tip oranı %3,6 olarak saptanmıştır (Çekiç, 2012).

Yapılan bir araştırmada da 3 ile 13 yaş aralığındaki çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu yaygınlık çalışmasında hiperaktif tip %2.03, dikkatsiz tip %0.51, karışık tip %7.61 olarak bildirilmiştir (Monitel-Nova, 2003).

Klinik temelli olan araştırmalarda, dürtüselliğin okul öncesi ve erken olan ilköğretim dönemlerinde ön planda olduğu, bileşik tipin orta ilköğretim dönemlerinde ön planda olduğu dikkatsizliğin geç olan ilköğretim ve lisenin başlangıç dönemlerinde ön planda olduğu bulunmuştur. Toplumsal temelli olan araştırmalarda böyle yaş farkları bulunmamıştır.

Tahiroğlu, Çelik, Avcı ve Seydaoğlu (2005), çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış olan çocukların arasında yapılan araştırmada, aşırı hareketliliğin daha önde olma durumu erkeklerde sıklıktayken, dikkat eksikliğinin önde olma durumunun kızlarda daha sık olma neticesini belirtmişlerdir. Bileşik tipin sıklıkla erişkinlikte sürmesi ve her iki cinsiyet

içinde sık görülen alt tip olduğu görülmüştür (Ercan ve Aydın, 2000; Türkbay ve Söhmen, 2000).

2.3. DE/HB'NUN NEDENLERİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu etiyolojisi kapsamında bir tek hipotezi kabul etmek mümkün değildir. Bu konuda geliştirilen hipotezlerin çoğunluğu genetik, doğum ve doğumdan sonra çeşitli sebeplerle beynin işlevlerinde meydana gelen bozuklukların üzerinde dururlarken, bir bölümü de sosyalizasyonun altını çizmiştir. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu belirtilerine bakıldığında genellikle sosyo-ekonomik düzeyleri düşük, ihmal edilen veya istismara uğrayan kişilerde daha çok görülmesiyle bu durumun tüm hipotezleri desteklediği dikkat çekmektedir. Sosyalizasyonun model olması, olumsuz hayat koşullarının fazla olması, tehlikeli ortamlarda yaşanması, genetik etkenler, doğumsal sebepler, santral sinir sistemi enfeksiyonları, intoksikasyon ve beynin gelişim sürecinde yaşanan sorunlar sayılabilir. Tüm bunların yanında son dönemlerde gıda katkı maddeleri, boyayıcı materyaller ve şeker tüketiminin artmasının hiperaktif davranışlara sebep olabileceğini de belirtilmek gerekir (Türkyılmaz, 2010).

Zorlayıcı hayat şartlarının, aile düzenindeki bozulmaların ve anksiyeteye neden olan sebeplerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun meydana gelmesi ve devamlılığında da etki gösterdiğini söylemek mümkündür. Eğilimi oluşturan sebepler arasında da çocuğun mizacı, ailesel-genetik sebepler ve toplumdaki davranış kalıpları ve başarıyla ilgili tutumları sayılabilmektedir. Hastalık ifade edildiğinden bu tarafa Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda perinatal zamanlarda açık ya da gizli minimal derecelerde santral sinir sistemi hasarlarının olduğu da belirtilmiştir. Bu hasarlara neden olan metabolik, toksik ve dolaşım ile ilgili sebepler olmasının yanında erken bebeklikte de santral sinir sisteminin etkilenmesine neden olan enfeksiyonlar söz konusu da olabilmektedir. Silik nörolojik belirtilerin nadir olmasıyla beraber bazı öğrenme bozukluklarının yaşanması, özgün olanın dışında EEG bozukluklarının, epilepsi gelişme olasılıklarının normalden daha yüksek olması bu hasarı destekler nitelik taşımaktadır (Türkyılmaz, 2010).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ortaya çıkma sebepleri içerisinde genel anlamda bozukluktaki biyolojik ile psikososyal etkenleri beraber ele almak mümkündür (Turgay, 1997). Aşağıda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna neden olan faktörler çeşitli kaynaklardan derlenerek ele alınmıştır:

2.3.1. Nörolojik Etkenler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun beyinde yaşanan bir zedelenmenin neticesinde geliştiği şeklindeki düşünceler bozukluğun tanımının yapılmasından bu yana gündeme gelmiştir (Barkley, 1997). Günümüze kadar Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olguları çerçevesinde yapılan beyin görüntülenme çalışmaları, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun sebepleri arasında prefrontal-striatal-kortikal döngüsünün rolleri üzerinde fikir birliği izleme yolunu işlemektedirler. Bunun yanında araştırmaların, sağ prefrontal-striatal-talama-kortikal döngüsünün soluna göre önemli olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular herhangi bir beyin yapısında bozukluk bulunduğunu göstermemektedir. Bazı beyin bölgelerinde sağlıklı olarak yapılan kontrollerde çeşitli büyüklük ve simetride olabildiği belirtilmiştir (Castellanos, 1997).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ortaya çıkması konusunda nörolojik hastalıkların rolüyle ilgili araştırmaların devam ettiğini söylemek mümkündür. Viral ensefalitler, beyin tümörleri, kafa travmaları ve beyin ameliyatlarının ardından Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu bulgularının ortaya çıkabildiği görülmektedir. Septik menenjit geçirmiş olan hastalar ile kontrolsüz prospektif çalışmalarında yüksek oranlarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu geliştiği görülmüştür. Bu durumda da erken olan merkezi sinir sistemi hasarlarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için risk oluşturması fikri desteklenmektedir (Celiloğlu, 2011).

2.3.1.1. Nörofizyolojik Etkenler

İnsan beyninin belli dönemlerde hızlı bir şekilde büyüdüğü görülmektedir. Bunlar 3-10 ay, 2-4 yaş, 6-8 yaş ve 14-16 yaşları aralığında kalan dönemleri kapsamaktadır. Olgunlaşma geriliğinin görüldüğü çocuklarda geçici de olsa Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun bulguları gözlenmektedir. Bununla birlikte

hiperaktif çocukların çoğunda düzensiz elektroensefalografi örüntülerinin de gözleendiği tespit edilmiştir. Kimilerinde de zamanla bu düzensiz olan elektroensefalografi bulgularının normale döndüğü görülmüştür. Hiperaktif olan çocukların önemli bir kısmında merkezi sinir sistemlerinde yapısal bazı hasarlarla ilgili bir belirti görülmemektedir. Bilgisayarlı olan beyin tomografisinde çıkan sonuçlar tutarsız görülmektedir. Bozukluğun nörofizyolojik nedenleriyle ilgili araştırmalar sonuçlarında genellikle Merkezi sinir sistem gelişiminde aksama yada gecikmelerin olabileceğinin üzerinde durulur (Şenol ve Şener, 1997).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile normal kontrollerin arasında elektroensefalografi bulguları bakımından çeşitli farklar bulunmaktadır. Stres verilip çekilen elektroensefalografi incelemelerinde prefrontal yavaş dalga aktivitelerinde artışlar ve aşırı şekilde beta aktiviteleri tespit edilmiştir. Bu durumun beyindeki matürasyonel gecikmeler şeklinde yorumlandığı görülür. Uyarılan potansiyel çalışmasında azalmış olan uyarılma subkortikal aktivasyonun bozulmuş olmasını gösterebilmektedir. Beyin elektrik aktivitesinin haritalandırma çalışmalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan çocuklarda artan latans, azalan aktivite frontal bölgelerde tespit edilmiştir. Özellikle potansiyel çalışmalarıyla elektroensefalografi dalga yapılarında azalmış olan P3b amplitüdü görülmüştür. P3b amplitüdün azalmasıyla seçme ve organize etme konusunda güçlükler yaşanmıştır. Sonuçta, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili olarak elektroensefalografi çalışmalarında bildirilen sonuçların özgül elektroensefalografi bozukluğunun dışında, santral sinir sisteminin olgunlaşmasında gecikmeler söz konusudur (Ercan ve Aydın, 2000).

2.3.1.2. Nörokimyasal Etkenler

Birçok ruhsal bozukluktaki gibi, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun sebeplerinin araştırılması konusunda sinir ileticilerinin de önemli yerinin olduğunu söylemek mümkündür. Özellikle de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde uyarıcı bazı ilaçların kullanılması ve bunların nörotransmitterlerin üzerindeki etkilerinin bu görüşü desteklediği söylenebilir (Cantwell, 1996). Günümüze kadar sinir ileticilerden Noradrenalin ve Dopamin'in üzerinde fazlaca durulduğu görülmüştür. Yapılan bazı araştırmalarda, beyin omurilik sıvısı, idrar ve

kanda Noradnalın, Dopamin ve nörotransmitterlerin yıkım ürünlerinin, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan hastalarda sağlıklı kontrollerin düşük olduğu tespit edilmiştir (Castellanos ve Rapoport, 1992).

Bu grup içinde nörotransmisyon süreci içinde görevli olan çeşitli moleküllerin mevcut olması ve serotonin, katekolaminler, Glisin ve GABA bu grubun içinde yer almaktadır. Agresif olan bireylerde önemli olan inhibitör nörotransmitter glisin, serotonin, ve GABA, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu etkileyecek olan nörotransmitterlerdir. Ancak asıl olan katekolamin transmisyonunun etkilenmesine neden olan ajanların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda daha çok ön plana çıktığı görülmektedir. (Duran, 2006). Tedavi için kullanılan ilaçların nöradrenalin ve dopamin düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu durumu katekolamin salınımlarını arttırarak ve geri alınımını azaltarak yapmaktadırlar. Katekolamin düzeylerinde görülen artışlar Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu semptomlarını iyileştirir. Trisiklik antidepresan ilaçlar ile MAO inhibitörlerinin de hiperaktiviteyi azalttığı kaydedilmiştir. Bu bağının dopaminerjik sistemi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu etiolojisinde öne çıktığı görülse de süreçten sorumlu olan tek bir nörotransmitter belirlenmediğini de söylemek gerekir (Koroğlu, Güleç ve Şenol, 2007).

2.3.2. Genetik Etkenler

Bozukluğun genetik sebepleriyle ilgili genellikle ikiz olan evlat edinmenin aile araştırmalarıyla ilgisi tespit edilmiştir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan olgularda kardeşlerde, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu görülme riskinin yüzde 32, anne-babada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu var ise, çocuklarda görülme riskinin yüzde 57 olduğu bildirilmiştir. Ailesel yüklü olan çalışmalarda, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu, Majör Depresyon, Antisozyal Kişilik Bozukluğu ve Alkol ile Madde Kullanımı Bozuklukları gibi, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili ruhsal bozuklukların ailede geçiş göstermesi ortaya konulmuştur. İkiz çalışmalarda ise Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğunun kalıtsal özelliği desteklenmiştir, tek yumurta ikizlerinde de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun eş hastalanmada yüzde 50 ile 84, çift yumurta ikizlerindeyse yüzde 30 ile 40 dolaylarında olduğu kaydedilmiştir (Farone, 1996).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun nedenlerinden söz ederken bir tek genin etkisinden ziyade, çoklu genetik etkenlerin büyük rolü olduğunu belirtmek gerekir. Moleküler genetik çalışmalarının sonucunda DEHB ile ilişkisi bulunan iki spesifik gen tespit edilmiştir. DRD4.7 ve DAT1 genleri olarak ifade edilen bu genlerin DEHB ile ilişkisi çeşitli çalışmalarda kanıtlanmıştır (Mc Cracken, 2000).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu etiolojisinde nörotransmitter ve metabolizmada bozukluğa neden olan genlerin üzerinde durulur ve sorumlu olan genin bulunmasına çalışılır. Bu konuda yapılan moleküler anlamdaki genetik incelemelerin neticesinde daha önceden aynı varyantları çalışılan sekiz gen tanımlanmış olup; yedi tanesinin de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilişkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu alanda yapılan çalışmaların sonuçlarının tutarsız olduğunu da belirtmek gerekir. Ailesel geçişlerin genetik mi psikososyal mi olduğunun henüz netlik kazanmaması söz konusudur. Tek gen defektinin bulunmadığı ve geçişlerin Vanderberg'in 1986 yılında belirttiği gibi poligenik kalıtım ile açıklanabileceği öne sürülmektedir (Faraone, 2005). Bazı araştırmacıların da -Biederman gibi- geçişlerden bir tek genin sorumlu olduğunu iddia ettikleri kayıtlara geçmiştir (Weiss, 1996). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda araştırılan genleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Gürsoy, 2010):

- Tiroit Reseptör Beta Geni
- Dopamin Reseptör Genleri (DAT1)
- Dopamin D2 Tipi Reseptör Geni (DRD2)
- DRD2, DRD3, DRD4 ve DRD5 genleri

Ayrıca;

- dopamin β -hidroksilaz (DBH),
- katekol-o-metiltransferaz geni (COMT),
- androjen reseptör geni,
- bağışıklık işlevi ve düzenlenmesi genleri

2.3.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu gelişimi sürecinde temel etkilerden ziyade duruma hazırlayan ve ortaya çıkışmasını hızlandıran etkiler söz konusudur. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış olan çocukların genellikle parçalanmış ailelerden gelmesi, anne ve babanın geçimsiz olması ve anne ve babada görülen ruhsal bozukluklarla tek ve/veya ilk çocuk olmanın oranlarının kontrollerden daha çok olduğu bildirilmiştir. Zorlayıcı hayat şartları, aile düzenindeki bozulmalar ile diğer anksiyeteye neden olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ortaya çıkması yada devamlılığında etken olabilmektedir. Eğilimi oluşturan nedenler içinde çocuğun huyları, genetik/ailesel nedenlerle toplumun davranış ve başarıyla ilgili beklentileri sayılabilir. Sosyoekonomik seviyenin de önemli herhangi bir etkisinin olmaması bazı araştırmalarda saptanmıştır (Şenol ve Şener, 1997).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu etiolojisi kapsamında biyolojik faktörlerin temel olarak rol oynaması, psikososyal faktörlerden daha ziyade altta bulunan biyolojik yatkınlıklar için artırıcı rolünden sözedilebilir. Kısacası çevresel faktörler Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun kalıcılığını, komorbid bozuklukların gelişimlerini, hastalığın seyrini etkileyebilmektedir (Goldstein ve Ellison 2002).

Günümüze kadar anne, baba ve çocuk ilişkisi kapsamında ve ailenin işleyişinde görülen bazı bozuklukların, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun etiolojisinde rol oynadığı öne sürülmüştür. Bunun yanında yapılan birçok araştırma sonucunda da, bu etkenlerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu oluşumunda birincil etken olmamasının yanı sıra bozuklukla yakın ilişkili olan karşıt olma ve karşı gelme bozukluğu ile davranım bozukluğu etiolojisi içinde önemli yeri olduğunu söylemek mümkündür. Çevresel etkenlerin arasında, perinatal ve prenatal dönemi de kapsayan zamanlarda çeşitli alerjen ve toksik maddeler ile karşı karşıya kalma durumunda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu etiolojisi rolünün olduğu öne sürülmektedir. Bu hususta üzerinde durulan maddeler, alkol, kurşun, nikotin, katkı maddeleri, hormonlar ve gıda boyaları sayılabilir. Bunun yanında bu maddeler ile karşılaşma konusunda en azından dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan bireylerin birçoğunda, bozukluğun ortaya çıkışında temel sebep olmadığı da

bilinmektedir. Rolünün olduğu düşünölen düşük doğum ağırlığıyla yaşamın erken dönemlerinde yaşanan travmatik beyin hasarı da diğer etkenlerdir (Ercan ve Aydın 1999).

2.4. DE/HB'NİN TANILANMASI

Günümüzdeki bir çok aile ve öğretmen normalden biraz daha fazla hareketli olarak gördükleri çocuklar için hiperaktif tanımlaması yapmaktadırlar. Ancak tanı koyma durumu klinik temele dayanmaktadır. Klinik değerlendirmelerin yanında da anne-baba ve öğretmen değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun tanısı bir çok kaynaktan edinilen bilgiler doğrultusunda konulmaktadır. En yaygın şekilde kullanılmakta olan ise DSM tanı ölçütleridir (Kanay,2006).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısının konulabilmesi için temel belirtilerin yedi yaş öncesinde başlayarak, en az iki ortam içerisinde görülmesi ki bunlar okul ve evdir ve altı ay süresince de devam etmesi gerekir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerde, dikkat eksikliği ve aşırı hareketli olanlar, sadece dikkat sorunu olanlar ve de aşırı hareketli ataklık sorunları olanlar şeklinde üç ayrı grupta yer alır. Bu özelliklerin bireylerin arasında bazı farklılık gösterdikleri, tanıyı alan her çocuğun da bazı sorunlarının temelde aynı olduğu görölmektedir (Aysev, Öner ve. Öner, 2003). Bu bozuklukların en temel göstergesi ise çocuğun dikkatini sürdürme süresinin yaşının ve zekâsının gerektirdiğinden daha kısa süreli olmasıdır. Bu çocukların zekaları normal olmasına rağmen dikkat problemlerine sahip olmalarından kaynaklı olarak okulda öğrenme sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar (Öktem, 1996).

Amerkikan psikiyatri birliğı tarafından yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı olan DSM ile tanılama ölçütleri belirlenen Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğunun tanıldığı son baskı DSM-V'tir. DSM V'e kadar Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanı kriterlerinin çocuklara odaklandığı görölmektedir. DSM IV tanı adına yedi yaşın öncesindeki dokümantasyonları dikkate almaktadır. Bu nedenle ergenlerle yetişkinlere bu teşhis konulamamakyatken, DSM V ile on iki yaşındaki semptomlar dikkatlice incelenmeye başlanmıştır. Böylece 7 yaşında, kayıtları olmayan veriler ile mevcut olan durumun ismini koymayıp; uğraşmamak adına, çocukluk döneminin bittiğı, ergenlik dönem verileri ile ergen ile yetişkinlere

teşhis konması da mümkün duruma gelmiştir. Yaş değişikliği yapılmasının yanında ergen ve yetişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun, belirti, tanımlaması, genel özellikleriyle ilgili açıklamalar eklenmiştir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu üç farklı biçimde kendini göstermektedir:

- a) Dikkat eksikliği
- b) Hiperaktivite
- c) Her ikisi birden

DSM IV TR’de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri şeklinde geçen yukarıdaki üç tanımda, DSM V’de artık Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu “kendini gösterme şekli” olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Bunun nedeni de, DEHB bulunan bireylerin yaşamının çeşitli dönemlerinde, yapılarda olan değişiklikler ve birbirlerine geçişlerin olduğu görülmesidir.

Özellikle doktorlar DSM V’e bakarak teşhis koyarlarken artık dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu derecelerini de belirtmek zorundadırlar. Bunu kişilerde gözlemlenen bulgularla; bu bulguların yaşamını ne kadar zorlaştırdığına bakılarak yapabiliyorlardı. Bu durumda bazen gözlemlenen bulguların yeterli olmadığını da belirtmek gerekmektedir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu teşhisinin konması için birkaç ortamda kendisini gösteren bulguların yerine, yine çeşitli ortamlarda kendisini gösteren birden fazla bulguya gereksinim vardır. Örneğin; kitap okuma ve ders çalışma konusunda odaklanamadığını söyleyen birine DEHB teşhisinin koyulabilmesi için bu durumlar yeterli sebep olarak görülmez. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun teşhisinde DSM IV’e bakılarak daha az bulgunun yeterli olduğu görülmektedir. Araştırmalara bakıldığında, yaşın büyümesi ile beraber bulguların da azaldığı görülür (<http://www.izkocluk.com> 2016).

Okul öncesi dönemdeki çocuklara tanı koyabilmek, bu yaş çocuklarının genellikle daha hareketli olması ve daha yetersiz öz denetime sahip olmaları sebebiyle zordur.

DEHB tanısı koymak için aceleci bir şekilde davranılmadan önce aile danışmanı, çeşitli davranışsal öneriler ve düzenli takipler çerçevesinde okul öncesi dönemdeki çocukların okula başlama yaşına kadar izlenmesi uygun görülmektedir. DEHB olan pek çok çocuk bebekliklerinde de huzursuz, hareketli, az uyuyan, çok ağlayan ve beslenme problemleri yaşamış olan çocuklardır. Bu çocuklar aşırı hareketli, yerinde duramayan, huzursuz, kontrol edilemeyen, uzun süre oyun faaliyetlerini sürdüremeyen, çabuk sıkılan, çok soru soran ancak sorunun cevabını beklemekte zorluk çeken, kıpır kıpır olan çocuklardır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu okul öncesi dönem içerisinde sinyallerini vermeye başlarken tanının koyulabilmesi ve tedaviye başlanması okul yıllarına denk gelmektedir (Kanay, 2006).

DEHB tanısının koyulma süreci çerçevesinde uygulanan aşamalara çocuğa en yakın olan kişilerin katılması oldukça önem taşımaktadır. Anne-baba, öğretmen, okuldaki rehberlik servisi, bu kişilerin en başında yer almaktadır. Çocukla ilgili olan ne kadar büyük bir bilgi veren örneğine ulaşırsa doğru tanıyı koymakta o doğrultuda kolaylaşmaktadır (Kanay, 2006).

2.5. DE/HB'YE EŞLİK EDEN TANILAR

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun yanı sıra bu rahatsızlığa eşlik eden bazı bozukluklar bulunmaktadır. Bunlardan en yaygını ise davranım bozukluğudur. Bu bozukluk aşağıdaki davranışları kapsamaktadır:

- a) Kurallara uymama,
- b) Fiziksel zarar verici davranışlar,
- c) Hayvanlara eziyet etmek,
- d) Çalmak,
- e) Kaçmak,
- f) Karşıt olmak
- g) Karşı gelmek bozukluğudur.

Bütün bu bozuklukların yanında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda; Depresyon, Bipolar Bozukluk, Duygudurum, Duygulanım ve Kaygı

Bozukluklarıyla Öğrenme Güçlüğüne sıklıkla rastlandığı görülmektedir (Everett ve Everett, 1999).

Son dönemlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda farklı ruhsal bozukluklar ile beraber ortaya çıkan bu durumlarda önemlidir. Eşlik eden tanılarının bilinmesi ve asıl bozukluğa sebep olan etmenlerin de belirlenmesinde ve asıl bozuklukla ilgili durumların netleşmesi terapiste yardımcı olacak ve tedavi programlarının seçilmesini de yönlendireceklerdir. Bozukluğun gidişatının belirlenmesi ve sınıflandırma çalışmalarının yol gösterici olduğu görülmektedir (Şenol ve Şener, 1997).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun yanında görülen ruhsal bozuklukların %46 ile %68 oranlarında değiştiği bildirilmiştir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuyla eş zamanlı görünüm bakımından üzerinde çok çalışılan ve yaygın şekilde kabul edilen bozukluklar *Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu* ve *Davranım Bozukluğu*dur. Bu çocuklar Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin yanı sıra antisosyal-agresif davranışlar, otorite ve kurallara karşı çıkmak, öfke patlamaları gibi bazı davranışlar da sergilemektedirler. Yaşlar küçüldükçe eş tanı oranlarının arttığı, yaşlar büyüdükçe de azalarak bozuklukların ayrı ayrı görüldüğü gözlemlenmiştir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, *Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu* ve *Davranım Bozukluğu* arasında hem klinik bu oran %32.5, hem de klinik dışındaki örnekleme de bu oran %6.8 yüksek oranda birlikteliği bulunmuştur. Hiperaktif çocukların %40 ya da daha çoğunda eşlik eden *Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu* ya da *Davranım Bozukluğu* görülmektedir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğinde yapılan bir araştırmada başvuran DEHB tanılı hastaların %48'i dikkat eksikliği Yıkıcı Davranış Bozuklukları dışındaki tanılarında birini karşılamıştır. Eşlik eden bozuklukların sıklığı sırasıyla; Enürezis ya da Enkopresiz %24 Depresyon %6, Özgül Öğrenme Bozukluğu %5 ve Anksiyete Bozuklukları %0.8 oranında bulunmuştur (Şenol ve Şener, 1997).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu çeşitli belirti gruplarını kapsadığı ve bazı ruhsal bozukluklar ile birlikte sıkça görülmesi bakımından ruhsal bozukluklar ile karıştırılabilir. Bunların arasında özellikle zihinsel gerilik, öğrenme ve uyum bozuklukları, manik-depresif bozukluklar, karşıt olmak - karşı gelme, davranım

bozukluğuyla birlikte madde kullanımı en yaygın olanlarıdır. Zihinsel geriliği bulunan çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sıkça rastlanmıştır. Bunun yanı sıra Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların küçük bir bölümünde zihinsel geriliğin görüldüğünü de belirtmek gerekir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun bulunmadığı halde, kendi kapasitesinin üstünde yada altında eğitim alıp; zihinsel geriliği bulunan çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun belirtilerine rastlandığı olmuştur (Weiss, 1996).

Burada Öğrenme Bozukluklarından da bahsetmek gerekir. Genel olarak çocuğun okuması, yazması ve matematik gibi alanlarda zeka seviyesinin altında başarılar göstermesidir. Buna karşılık, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda, okul başarısı ve öğrenme gibi özgül alanlardan ziyade, genel etkilenmeler görülmektedir (Hechtman, 1996). Depresif-Manik Bozukluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri birbirleri ile benzerlik gösterebilir. Ancak buradaki temel olan fark, DEHB'nin çocukluk çağından itibaren ve süreğen bir problem olması; Manik/Depresif Bozukluğun ise, dönemsel nitelik göstererek çocukluk ve/veya ergenlik dönemlerinde herhangi bir yaşta başlayabilmesi durumudur (Biederman, 1992).

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile Davranım Bozukluğunun, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun sıkça birlikte görüldüğü olmuştur. Ancak, bütün bu bozuklukların tek başına görüldüğü durumların da yaşandığı bilinmektedir (Turgay, 1997). Madde kullanan çocukların veya gençlerin maddenin etkileriyle Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna benzer belirtiler gösterdiği görülmektedir. Ancak madde kullanmadıkları zaman kolayca doğru tanı koyulabilmektedir (Hechtman, 1996). Anksiyete ise, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna eşlik eden başka bir bulgu olabilmektedir. Anksiyetenin kapsamında da aşırı hareketlilikle kolayca çelinebilirlik bulunur (Kaplan, Sadockve Greb, 1994).

2.6. DE/HB'NİN TEDAVİSİ

Tedavi çerçevesinde ilaç, psikoterapiler, aile, okul ve çevrenin bilgilendirilmeye çalışılmasıyla soruna müdahale edilir. Günümüzde ilaç tedavisi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun terapisinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Etkililiğinin değişiklik göstermesiyle birlikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun

tedavi sürecinde, terapinin ve çeşitlilik gösteren davranışsal tekniklerin, tedavinin seyir ve sonucunu değiştirdiği görülmüştür. Güncel ve etkili olan tedavi içerisinde psikoterapi ve ilacın bir arada bulunması önemlidir (Dombeck, 2007). Çocuklar bazen uyumlu davranışlarının geliştirilmesi için sistemli şekilde yardım alma durumunda kalabilmektedir, tanısı konan hastaların da bazıları tedavisinde ilaca cevap vermeyebilmektedir. Böyle durumlarda ise davranış tedavisinin yararlı olduğu görülmüştür (Brown,2005).

2.6.2. DEHB'nin Psikososyal tedavisi

2.6.2.1. Aile Eğitimi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu sorunu bulunan çocukla birlikte, onun aile ve çevresinin de bundan etkilendiği aşikardır. Bu bozuklukla ilgili çocuk, aile ve çevresinin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olmuş olan bir çocuk için bu tanının hem kendisi hem de ailesinin hayatını zorlaştırdığı görülmüştür. Öncelikle anne ve babanın bu sorundan bağımsız bir şekilde çocuk yetiştirme kurallarına uyması gerekmektedir. Ailenin bilip inanarak hareket etmesi gereken en önemli faktör, çocuğun bir sorunu olduğunu kabul etmesidir. Bu sorun ailede kusur olarak algılanmamalıdır. Bunun, aile davranışları ile oluşturulamayacağını bilmesi gerekir. Ailenin davranışları ile bu bozukluğun artabileceği ve tedavisine sebep olacağını bilmesi gerekir (Semerci ve Turgay 2014).

Ailede gözlenen bu bozukluk belirtilerinin, çocuk, ebeveyn ve kardeş ilişkilerinin üzerinde yol açtığı bazı olumsuz etkilerinin bulunduğunu belirtmek gerekir. Ailede yüksek seviyede stres yaşattığı ve annelerin özellikle de depresyon bakımından risk altında oldukları görülmüştür. Aile eğitimi programları çerçevesinde (Türe, 2010):

- (1) Ebeveynlik becerilerinin ve güvenin artırılması,
- (2) Stresin azaltılması,
- (3) Aile ilişkilerinin düzeltilmesi
- (4) Bozukluğun hem birincil, hemde ikincil belirtilerinin azaltılması amaçlanır.

Anne ve babaların bozukluğun doğası hususunda eğitilerek ve çoğunlukla da yaşanabilen suçluluk duygularının, hayal kırıklıklarının, engellemelerle başa çıkmalarıyla ilgili yardımcı olunması da önem arz etmektedir. Ailelerin rahat olması dolaylı bir şekilde çocuk ile ilişkilerinin düzelmesine de katkı sağlayacaktır. Ailelerde bu hastalığın genetik özelliklerinin de etkili olma olasılığı söz konusudur. Dolayısıyla da ailenin, destek grupları ve eğitimler ile bozukluğun genetik-biyolojik temellerini anlama hususunda yardım alması gerekir (Şenol, Karacan ve Şener, 2005).

Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuğuna nasıl yaklaşmasının gerektiğini öğrenmelerinin ardından çocuklarının uyum ve sosyal ilişkilerinin iyileşmesi mümkün olabilecektir. Bu teknikler tek başına uygulanabileceği gibi ilaç tedavisi ile birlikte daha etkin olduğu görülmüştür (Ercan ve Aydın, 2007).

2.6.2.2. Davranış Tedavileri

İlaçların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde etkililiği bilinmesine karşılık özellikle okuldaki arkadaşlarına veya ailesine ciddi olarak rahatsızlık veren davranışları olan kimi çocukların tedavisinde bir tek ilacın yeterli olmadığını söylemek mümkündür. Böyle durumlarda davranış tedavisinin yararlı olduğu görülmüştür (Türe, 2010).

Davranış tedavisinin, işlemin hızı ve dikkatin korunması gibi algısal işlevlerin iyileştirilmesinde sınırlı yararı mevcuttur. Özellikle de bu büyük yararı yıkıcı olan davranış problemleri olan çocuk ve ergenler görmektedirler. Davranış tedavisinin ilk unsuru, çocuğu farklı durumlarda ne/nelerin cesaretlendirdiği ve hangisinin değişikliğinin yardımcı olabileceğinin belirtilmesinin üzerine, sorunlu davranışların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Bir sonraki adımdaysa, çocuk ve ailenin tedavisine uyumun izlenmesi gerekir. Bir sonraki adım ise, çocuğun hedeflenen davranışlarla ilgili performansı karşılığında aile tarafından belirlenen olumlu ve/veya olumsuz neticeleri tanımlanmaktadır. Son adımdaysa, müdahalede etkinliği izlenerek, nelerin işe yaradığı, neyin değişmesinin gerektiği konuları da değerlendirilmelidir (Brown, 2005).

2.6.2.3. Bireysel Tedavi

DEHB olan çocuklarda kişisel psikoterapinin etkinliğinin araştırılarak iyi kontrol edilen bir çalışmanın varlığından söz etmek pek mümkün değildir. Bununla birlikte, kronik bir bozukluk; Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda iyi bir terapötik ilişkinin sağlanmasına da yardımcı olabildiğinin altını çizmek gerekir (Aysev ve Taner, 2007).

Bireysel terapilerde terapistin, anne, baba ve çocuklara kendilerini iyi hissetmelerini sağlamak temel görevidir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile yaşamayı öğretmesi gerekir. Kişilerin güçlü olduğu yönlerini tanıyıp ve geliştirmesi, günlük sorunları ile başa çıkmayı öğrenmesi; dikkat ve saldırganlıklarını kontrol etmeye yardımcı olur. Bunu sağlamak için birçok yaklaşım kullanılır. Bunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Türe, 2010).

Psikoterapi: Bu bozuklukla yaşamak, kendini kabullenmek gibi bazı temel öğretileri aktaran terapidir. Kişilerin kendisini rahatsız eden düşünce ve duygularını terapistle paylaşmaları gerekir. İşe yaramayan davranış şekillerinin değiştirilmesiyle ilgili ortak bir karara ulaşırlar. Bu yöntemin on bir yaşından daha büyük olan ergenler için daha geçerli olduğu görülmektedir. Daha küçük olan çocuklarda ise oyun terapisi daha uygundur.

Bilişsel-Davranışçı Terapi: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koyulan kişilerin sorunlu olan davranış ve tavırlarını düzeltme konusunda ümit vaat eden yollar ve ilacın yanında bilişsel- davranışsal tedavi tekniklerini de kullanan bir yöntemdir (Brown, 2005). Bilissel Davranışçı Terapi çocuktaki karşı gelme davranışı ve akademik alandaki problemleri azaltmak için ailenin yönetimi eğitimiyle birlikte DEHB'li çocuklara kendi kendini yönetebilme becerilerini kazandırmayı ve kendi kendini eğitmeyi öğretmeyi amaçlamaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi ev ödevi sorunları çerçevesinde ev ve okulda DEHB belirtilerini ve davranış sorunlarını azaltma konusunda etkili olmaktadır. 27 DEHB'li çocuk ile yapılan bir araştırmada Bilişsel Davranışçı Terapinin yararları araştırılmış ve elde edilmiş olan sonuçlar Bilişsel Davranışçı Terapinin etkilerini önemli oranda desteklemiştir (Kanay, 2006).

Sosyal Beceri Eğitimi: Yeni davranışların öğrenimi konusunda yardımcı olan tedavi şeklidir. Sosyal Beceri Eğitimi çocuğun bir gruba girebilmesine, karşılıklı etkileşim becerilerini geliştirebilmesine, sorun çözebilme ve öfke kontrolünü sağlayabilme becerilerini kazanabilmesine yardımcı olur (Kanay, 2006).

Burada çocuğa, sırasını beklemek, yardım istemek, paylaşmak, uyum sağlamak, arkadaşlık ilişkilerinde davranış şekilleri, kendini anlatım ve uygulamasıyla öğretmek amaçlanır. Bu öğretiler çocuğun deneyerek yapması gerekliliğini savunur.

2.6.2.4. Öğretmen Eğitimi ve sınıf içi kurallar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koyulan çocuklar için belli kuralları bulunan ve bir program çerçevesinde hareket etmesi gereken yegena ortam sınıfıdır. Çocuklara sıkıcı gelen etkinliklerin saptanması gerekmektedir,, oturduğu sıra, dış etkenlerden arındırmak, kapı ve pencereden uzak olması, duvarda asılan renkli pano ve broşürler sıranın ön tarafında olmaması gibi bazı hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir. Çocukların hayal ve düşüncelere dalmasının engellenmesi için belli bir denetim gerekmektedir. Bu denetim çerçevesinde sınıf içerisinde öğretmene büyük görev düşmektedir. Etkili olan öğretmenlerin çocukların tavır ve davranışlarının kontrol edilmesi konusunu öğrenmelerine yardımcı olmak amacıyla çeşitli davranışsal müdahale tekniklerini kullanmaları gerekmektedir. Öğretmene yakın ön sıralarda oturma, hem dikkatin dağılmaması için hem de ihtiyacı olduğunda yardım istemesinin kolaylığı açısından yerinde bir davranış olacaktır (Kanay,2006).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların eğitimleri hususunda öğretmenlerin üç aşamadan oluşturulan bir stratejiyi benimsemeleri uygundur:

- Çocuğun kendine özgü ihtiyaçlarının ve yetenekli olduğu alanların belirlenmesi
- Uygun öğretim stratejilerinin belirlenmesi
- Belirlenen öğretim stratejileri çerçevesinde uygulanacak uygun aktivitelerin belirlenmesi gerekmektedir (Türe, 2010).

2.7. DE/HB GİDİŞ VE SONLANIM

Willoughby (2003), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu kronik bir hastalık olarak görmüştür ve bu görüşünü desteklemek için çeşitli çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmaları gelişimsel gidiş ve gelişimsel sonuç olarak ikiye ayırmıştır. Gelişimsel gidiş Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu araştırmalarında belirtileri ve belirtiler ile ilişkili olan bozulmaların devamlılığını ortaya koymakla ilgilidir. Gelişimsel sonuç çalışmalarıysa Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların prospektif izlemiyle madde kullanımı, iş zorlukları, okul başarısızlığı, ilişki problemleri ve düşük benlik saygısı gibi negatif gelişimsel sonuçların değerlendirilmesiyle ilgilidir. Gelişimsel gidiş çalışmalarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ergenlik ile erişkinlik dönemlerinde büyük oranda sürdüğü görülmektedir. Faraone, Perlis ve Doyle (2006) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu izlem araştırmalarının meta ve analiz sonucunda olguların yüzde 15'i 25 yaşında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ölçütlerini karşılama sürmesi, kısmi remisyonda bulunan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu vakaları da dâhil edildiğindeyse oranların yüzde 40 ile yüzde 60 olduğunu tespit etmişlerdir (Faraone ve ark., 2006). Kessler, Adler, Barkley, Biederman ve ark. (2005), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yüzde 36,3 oranlarında erişkinlikte devam ettiği, bozukluğun devamında cinsiyet, yaş ve etnik kökenden etkilenmediğini tespit etmişlerdir.

Biederman, Newcorn ve Sprich (2011) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun erkek çocukların 11 senelik izlemleri sonucunda yüzde 35'inin tanı ölçütlerini halen karşılamaya devam ettikleri, yüzde 22'sinde düzelme olduğu tespit edilmiştir. Sonuçta olguların yüzde 78'inde bozukluk tam tanı, semptomların ya da işlevsellikteki bozulmanın sürmesi veya halen tedaviye devam ediyor olması şeklinde sürmektedir. Başlangıçta bozulmanın şiddetinin, annede bulunan psikopatoloji, DB, KOKGB, Bipolar Bozukluklar, Anksiyete Bozukluklarıyla komorbidite bozukluğun devamıyla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Klasik Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu uzun dönemlidir. Sıklıkla da ömür boyu sürebilmektedir. Motor hiperaktivitenin geç çocukluk ve/veya erken gençlik döneminde iyileştiği görülmektedir. Orta şiddette ve/veya şiddetli rezidüel

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri dışarıyla iyi uyum yapmış bazı erişkinlerde bile devam edebilir. Araştırmaların sonucunda, çocukluklarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olanların % 80'inin ergenlik dönemi içerisinde de DEHB belirtilerini göstermeye devam ettikleri; bu çocukların yüzde 30–65' lik bölümünün ise erişkinlikte de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerini taşıdıkları belirlenmiştir (Ercan ve Aydın, 2000).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda gelecekteki senelerde farklı psikiyatrik bozuklukların, kontrol grubuna nazaran yüksek oranlarda olduğu çıkmıştır. Örneğin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların yaklaşık olarak üçte birlik bölümünde ileriki senelerde, alkol ve madde kullanım bozukluğunun yanında, antisosyal kişilik özellikleriyle depresyon, anksiyete bozuklukları da tespit edilmiştir (Weis ve Weis, 2002).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun seyrinin değişken olduğunu söylemek mümkündür. Belirtiler ergenliğe veya erişkin yaşama kadar sürebilir. Bozuklukta üç tür gidişten söz edilmektedir.

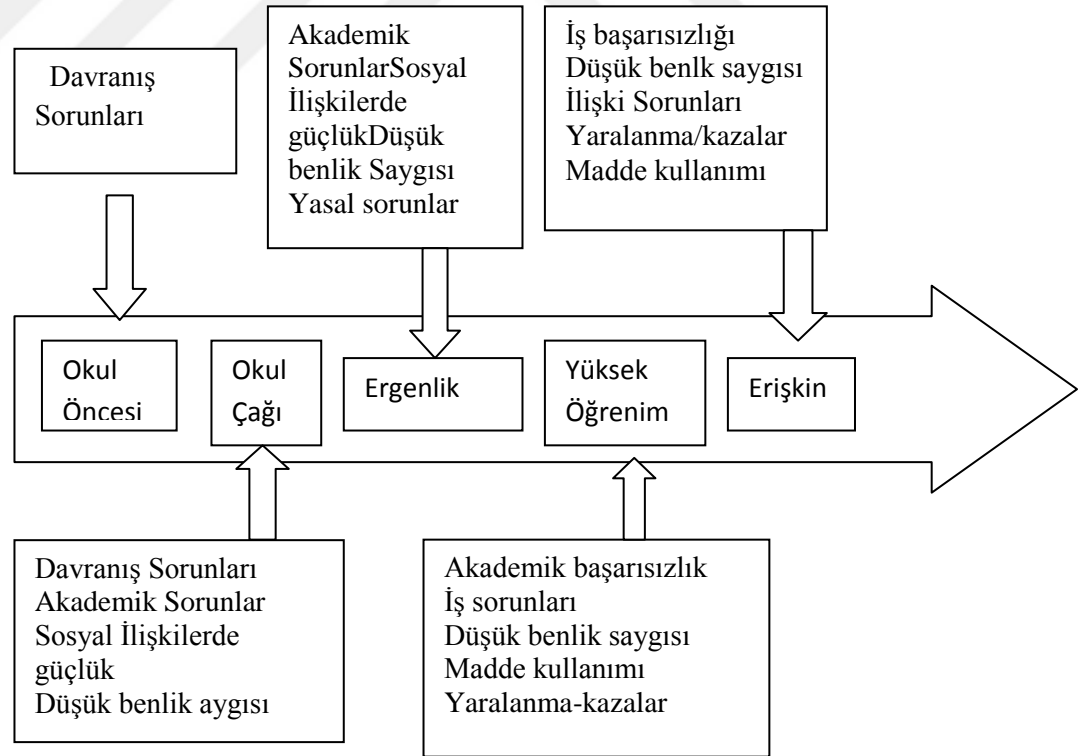
1. Genç erişkinliğin erken dönemlerinde belirtilerin kaybolduğu grup, olguların %30'unda görülür.
2. Belirtilerin çeşitli sosyal ve duygusal güçlüklerle erişkin dönemde de sürdüğü grup, olguların %40'ında görülür.
3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileriyle birlikte alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğunun bulunduğu durumlarda vardır. Olguların %30'unda görülür. Bu kötü gidişin en güçlü belirleyicisi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla birlikte davranış bozukluğunun olmasıdır.

Bozukluğun kalıcı olmasında aile içindeki güçlükler Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile beraber farklı ruhsal bozukluğun olması belirleyici olmaktadır (Turgay, 1997).

Genel olarak ilk yok olan belirti aşırı şekilde hareketlilik, son yok olan belirti ise dikkat eksikliğidir. Bu hastalığın gerilemesinin on iki yaşından evvel seyrek olması, genel olarak da on iki ile yirmi yaşlar aralığında görüldüğü bildirilmiştir. Ancak olgulara bakıldığında önemli bir kısımda bozukluğun kısmi şekilde gerilemeye girmesi ve duygudurum bozukluklarıyla antisosyal ve diğer kişilik bozukluklarının ortaya çıkışında kolaylaşır. Öğrenme sorunlarının sıklıkla devam ettiği görülmüştür (Turgay, 1997). Olguların yüzde 15-20'sinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin yetişkinlikte de devam ettiği görülmektedir (Şenol ve Şener, 1997).

Gelişimsel sonuç çalışmalarıysa yaşam boyunca Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilişkili olduğu tespit edilen birçok negatif sonucu vurgulamışlardır. Bu sonuçları aşağıdaki şekilde görmek mümkündür.

Şekil 1. DEHB'nin gelişimsel sonuçları



Kaynak: Zorlu, 2012.

2.8. DE/HB'DE TANILAMA ARAÇLARI

Türkiye’de davranış sorunlarının belirlenmesiyle ilgili araçlardan olan Achenbach’ın geliştirdiği Çocuk Davranışları Kontrol Listesi’nin öğretmen ve aile formları bulunur. Ancak, ülkemize uyarlama çalışması yapılmış olan aracın faktör yapısı incelenmiştir. Ülkemizde kullanılan diğer bir araç, revizyonundan önceki Conners Öğretmen ve ebeveyn ölçeklerinin kısa formlarıdır. (Şener ark., 1995) Şener ark., (1997), tarafından Türkçe’ye uyarlanıp güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır.

Conners’in (2000) Yenilenmiş Dereceleme Ölçekleri de 1960’lı yıllardan bu yana yapılan ampirik çalışmaların bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Conners dereceleme ölçeklerinin son revizyonu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun yanında, çocukluk ve ergenlikteki diğer problem davranışların değerlendirilmesinde de standart bir ölçme yapmaktadır.

Tanılama aracı olarak kullanılan bir diğer ölçek bu araştırmada da kullanılmış olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R’E Dayalı Tarama Ve Değerlendirme Ölçeğidir. Ölçek Prof. Dr. Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı kriterleri temel alınarak geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır. Ölçeğin tanı ve tarama amaçlı kullanılabilirlik ayrıntılı bir ölçek olduğu saptanmıştır.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koyarken çocukların kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için kullanılan diğer test ve ölçekler; İnsan Çizme Testi, 4-18 Yas Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği, Öğretmen Bilgi Formu, Cümle Tamamlama Testi bunlardan birkaç tanesidir. Çocukların gelişim ve zihinsel yönleri bakımından değerlendirilmesinde ise; Ankara Gelişim Tarama Envanteri, Stanford Binet ve Wechsler Çocuklar İçin Zeka Testleri(WISC-R) kullanılmaktadır(Kanay, 2006).

BÖLÜM III

YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma betimsel tarama modeline göre modellenmiştir. Araştırmaya katılanların var olan özelliklerinde hiçbir değişiklik yapılmaksızın veri toplanarak, var olan durum hakkında öğretmen ve öğrenci velilerinin görüşleri alınmaya çalışılmıştır. Betimleme yöntemi geçmişe ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, kendi şartları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Olayı değiştirme ve etkileme çabası gösterilmez. Önemli olan bilmek istenen şeyi gözleyip belirleyebilmektir. Bu bağlamda araştırma modeli, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'E Dayalı Tarama Ve Değerlendirme Ölçeği düzeyleri belirlenmek istendiğinden dolayı betimsel tarama modeline dayanmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 2015-2016 eğitim öğretim yılında Bursa İli Nilüfer Merkez İlçedeki anaokulu ve ilkokullardaki birinci sınıfta okuyan öğrenciler ile yürütüldüğü için çalışmanın gerçekleştirildiği okullardan sorumlu olan Bursa İl Milli Eğitim Müdürlüğüne araştırmanın öneri formu sunulmuş olup araştırmanın uygun görülmesiyle birlikte gereken onay alınmış ve Bursa İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından gereken izin belgesi düzenlenmiş olup daha sonrasında da Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'ndan gereken onay alındıktan sonra Bursa ili Nilüfer merkez ilçede 4 ilkokul ve 5 anaokulu olmak üzere toplam 9 okulda Mayıs 2016 – Haziran 2016 tarihleri arasında araştırmanın uygulamalarına başlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 2015-2016 eğitim öğretim yılında Bursa İli Nilüfer Merkez İlçedeki anaokulu ve ilkokullardaki birinci sınıfta okuyan öğrenciler oluşturmaktayken örneklemini ise yaşları 5-7 arasında değişen basit tesadüfi örnekleme tekniği ile belirlenen öğrenciler oluşturmaktadır. Dolayısıyla 500 çocuğa ulaşılması hedeflenmiş olup; geri dönmeyen anketler, eksik bilgi, değişkenlerin boş bırakılması gibi sorunlardan dolayı 275 çocuğa ait öğretmen ve ailenin ortak semptom bildirdiği sonuçlar değerlendirilmeye alınmıştır.

1. Çalışma İçin Dâhil Olma Kriterleri

- Araştırmaya 5-7 yaş çocuğu olanların dahil edilmesi
- Araştırmaya yaklaşık 500 gönüllü vasinin dahil olması
- Çalışmada yer almak için verilen onay formunu ailenin okuyup çalışmaya katılmak istemesi

2. Çalışma İçin Dışlama Kriterleri

Araştırmaya

- 5 yaşın altında çocuğu olanlar ve 7 yaşın üstünde çocuğu olanların dahil edilmemesi
- 5-7 yaş çocuğu olan ailelerin çalışmada yer almak için gönüllü olmaması ve gerekli formları doldurmamasıdır.

3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın sınırlılıklarından biri tespit edilen okulların hepsinden geri bildirim alınamaması, çalışmaya katılan okullar içersinde ise hedeflenen sayıya ulaşamamış olmasıdır. Bu durumda öğretmenlerin ve ailelerin yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündürmektedir.

Bu çalışmadaki bir başka sınırlılık DEHB tanısı konulurken ölçekten yararlanılmıştır. Ölçek ne kadar yardımcı olmuş olsada klinik olarak tanının desteklenmesi tanının gücünü arttırabilirdi. Ancak Klinik olarak tarama mümkün olmadığı için bu kriter sağlanamamıştır.

Bu çalışmanın sınırlılıklarından bir diğeri ise DEHB tanısı için gerekli olan sosyal, akademik ve mesleki alanda bozulma kriteri ve semptomların en az 6 aydır bulunması kriterlerinin kullanılmamış olması, KOKGB tanısı için gerekli olan en az dört belirtinin bulunması ile belirli, en az 6 ay süren öfkeli/kolay kızan bir duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış ya da kin besleme örüntüsü, kardeşi olmayan en az bir iki kişi ile kendini gösterme kriterlerinin kullanılmamış olması ve DB için de son on iki ay içinde belirtilen kategorilerin herhangi birinden olmak üzere 15 tanı ölçütünden en az 1 tanı ölçütünün son 6 aydır olması kriterinin kullanılmamış olmasıdır. Belirtilen bu durumlar kullanılan ölçekte yer almamaktadır.

Örneklemin Bursa'da yaşayan 5-7 yaş aralığındaki anaokul ve ilkokul 1. Sınıf öğrencilerini temsil eden bir örneklem olarak belirlenmiştir. Bu örneklemin Türkiye genelini temsil etmemesi durumunda araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

Bu araştırma bir tarama çalışmasıdır. Araştırmadaki sonuçlar DEHB'nin okula başlangıç çağı çocuklarında yaygın bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak Türkiye sosyoekonomik düzey ve kültürel açıdan çok çeşitlilik gösterdiği için araştırma sonuçları tüm ülkeye genellenememektedir. Bu yüzden Türkiye'de çocuklarda DEHB yaygınlığının saptanmasına yönelik geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyo-demografik özellikler bilgi formu ve Prof. Dr. Atilla Turgay'ın Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Bunların dışında araştırmaya katılacak olan bireylerin doğru bilgilendirilmesi adına bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kullanılmıştır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu: Araştırmaya katılacak bireylerin araştırma hakkında doğru bilgilendirilmesi, gizlilik haklarının açıklanması, gönüllülük esasına dayalı bir araştırma olduğunun bilinmesi için araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından düzenlenmiş olan bir formdur. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu çalışmaya alınan ilkokul 1.sınıf ve anaokulu öğrencilerinin her birinin aile ve öğretmenlerine verilmiştir.

Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu: Olguların sosyo-demografik verilerini belirlemek için araştırmacı tarafından düzenlenmiş olan bilgi formudur. Çalışmaya alınan ilkokul 1. sınıf ve anaokulu öğrencilerinin aile ve öğretmenlerine uygulanmıştır. Form aracılığıyla çocuğa ait bilgiler (cinsiyet, yaş, kardeş sayısı vb.) ile aileye ait bilgiler (ebeveynlerin yaşları, eğitim düzeyleri, Meslekleri vb.) öğrenilerek, sosyo-demografik verilerle DEHB ilişkisi sorgulanmıştır.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği: Ölçek Prof. Dr. Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı kriterleri temel alınarak geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik alışması Ercan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır. Ölçeğin tanı ve tarama amaçlı kullanılabilecek ayrıntılı bir ölçek olduğu saptanmıştır. Toplam 41 sorudan oluşan 4'lu likert tipi bu ölçekle Yıkıcı Davranım Bozukluklarından olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) tarama ve değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ölçekte dikkat eksikliğini sorgulayan 9, hiperaktiviteyi sorgulayan 9, KOKGB sorgulayan 8 ve DB sorgulayan 15 soru tarama ve değerlendirme için bulunmaktadır. Herbir sorunun cevabı yok, biraz, fazla ve çok fazla şeklinde verilebilmektedir ve ölçekteki maddeler 0-3 arasında puanlanmaktadır. Bu alışmada, DEHB tanısı için Dikkat eksikliğini sorgulayan 9 sorudan 6 tanesinden 2 ya da 3 puan almak, hiperaktivite ve dürtüselliği sorgulayan 9 sorudan 6 tanesinden 2 ya da 3 puan almak, KOKGB tanısı için 8 sorudan 4 tanesinden 2 ya da 3 puan almak, DB tanısı içinse 15 sorunun en az 3 tanesinden 2 ya da 3 puan almak gerekmektedir. Semptom listesi ele alınırken de, sıklık saptanmasında esas olarak aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı almak gerekliliği göz önünde bulundurulmuştur.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Yapılan bu çalışmada katılımcılardan elde edilen nicel veriler SPSS 23 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Katılımcılardan toplanan demografik özellikler için tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. Araştırmada kullanmış olduğumuz ölçeğin güvenilirliği için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve yorumu yapılmıştır. Nicel değişkenlerimizin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Ki-Kare analizi yapılmıştır. Tüm testlerde hata oranı (alfa= 0,05) belirlenip $p < 0.05$ olduğu durumlarda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Araştırmanın bu bölümünde, örneklem grubuna ait demografik bilgilerin açıklanması ve araştırmanın alt problemlerinin yanıtlanması için elde edilen verilerin uygun istatistiksel yöntem ile analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara ve bu bulgulara yönelik yorumlara yer verilmiştir.

4.1. ÖLÇEKLERİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZİ

SONUÇLARI

Bu aşamada çalışmanın araştırma bölümünde kullanılan Motivasyon Ölçeği puanlama yolu ile ölçülen ölçekler için geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Anket sorularının geçerliliği ve güvenilirliği için Cronbach's Alpha test istatistiği kullanılmıştır.

Cronbach's Alfa Katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütü;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Tablo 33. Ölçeğin Geçerlilik / Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Cronbach's Alpha	Standartlaştırılmış Cronbach's Alpha	Madde sayısı
0,958	0,950	41

Tablo 1’de katılımcılara uygulanan ölçeğin güvenilirlik analizinin sonuçları verilmiştir ve uygulanan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R’E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği güvenilirliğinin $\alpha=0,950$ ve yüksek derecede güvenilir olduğu, dolayısıyla bu değerlerin araştırma için yeterli olduğu görülmektedir.

Tablo 34. Ölçeğe Ait Betimleyici İstatistikler

Ortalama	Varyans	Std. Sapma	Madde Sayısı
18,6223	311,954	17,66222	41

Tablo 2’de görüldüğü üzere katılımcılara uygulanan ölçek Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R’E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği 18,62 ortalama ve 17,66 standart sapma ile dağıldığı görülmüştür.

4.2. FREKANS TABLOLARININ YORUMLANMASI

Araştırmanın bu bölümünde, anket formunda yer alan kişisel bilgilere ve ölçeklere ait olarak toplu frekans dağılım tabloları oluşturulup yorumlanacaktır.

4.2.1. Babaya Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Tablolarının

Yorumlanması

Tablo 35. Babaya Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Analizi

		f	%
Baba Yaş	26-33 yaş	69	25
	34-41 yaş	171	62
	42-50 yaş	35	13
	Toplam	275	100
Baba Eğitim Durumu	İlkokul	31	11,3
	Ortaokul	35	12,7
	Lise/ Meslek Lisesi	122	44,4
	Ön Lisans/Yüksekokul	8	2,9
	Lisans/Üniversite	79	28,7
	Toplam	275	100
Baba Çalışma Durumu	Çalışmıyor	10	4
	Çalışıyor	265	96
	Toplam	275	100

Tablo 3'te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan babaların 69'u (%25,0) 26-33 yaş, 171'i (%62,0) 34-41 yaş ve 35'i (%13,0) 42-50 yaş ve üzeri olmak üzere toplam 275 baba araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan babaların 31'i (%11,3) ilkokul mezunu, 35'i (%12,7) ortaokul, 122'si (%44,4) lise/meslek lisesi, 8'i (%2,9) Ön lisans/Yüksekokul ve 79'u (%28,7) lisans/üniversite mezunu olmak üzere toplam 275 baba araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan babaların 10'u (%4,0) çalışmıyor ve 265'i (%96,0) çalışıyor olmak üzere toplam 275 baba araştırmaya dâhil edilmiştir.

4.2.2. Anneye Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Tablolarının

Yorumlanması

Tablo 36. Anneye Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Analizi

		f	%
Anne yaş	18-25 yaş	5	2
	26-33 yaş	150	55
	34-41 yaş	116	42
	42-50 yaş	4	1
	Toplam	275	100
Anne eğitim durumu	Okur-yazar değil	13	5
	İlkokul	66	24
	Ortaokul	25	9
	Lise/ Meslek Lisesi	93	34
	Ön Lisans/Yüksekokul	15	5
	Lisans/Üniversite	63	23
	Toplam	275	100
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor	167	61
	Çalışıyor	108	39
	Toplam	275	100

Tablo 4'te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan annelerin 5'i (%2,0) 18-25 yaş, 150'si (%55,0) 26-33 yaş, 116'sı (%42,0) 34-41 yaş ve 4'ü (%1,0) 42-50 yaş ve üzeri olmak üzere toplam 275 anne araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin 13'ü (%5,0) okur-yazar değil, 66'sı (%24,0) ilkokul mezunu, 25'i (%9,0) ortaokul, 93'ü (%34,0) lise/meslek lisesi, 15'i (%5,0) Ön lisans/Yüksekokul ve 63'ü (%23,0) lisans/üniversite mezunu olmak üzere toplam 275 anne araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin 167'si (%61,0) çalışmıyor ve 108'i (%39,0) çalışıyor olmak üzere toplam 275 anne araştırmaya dâhil edilmiştir.

4.2.3. Çocuğa Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Tablolarının

Yorumlanması

Tablo 37. Çocuğa Ait Demografik Değişkenlerin Frekans Analizi

		f	%
Cinsiyet	Kız	124	45
	Erkek	151	55
	Toplam	275	100
Yaş	5 yaş	44	16
	6 yaş	154	56
	7 yaş	77	28
	Toplam	275	100
Kardeş Sayısı	Tek Çocuk	65	23,6
	1 kardeş	105	38,2
	2 kardeş	66	24,0
	3 kardeş	30	10,9
	4 kardeş	5	1,8
	5 kardeş	4	1,5
	Toplam	275	100
Ailenin Ortalama Aylık Geliri	1300 TL ve altı	45	16
	1300-3000 TL	124	45
	3000 TL ve üzeri	106	39
	Toplam	275	100
Ev Kendinizin Mi?	Evet	198	72
	Hayır	77	28
	Toplam	275	100
Arabanız Var Mı?	Var	167	61
	Yok	108	39
	Toplam	275	100

Tablo 5'te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan çocukların 124'ü (%45,0) kız ve 151'i (%55,0) erkek olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 44'ü (%16,0) 5 yaşında, 154'ü (%56,0) 6 yaşında ve 77'si (%28,0) 7 yaşında olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 65'i (%23,6) tek çocuk, 105'i (%38,2) 1 kardeş, 66'sı (%24,0) 2 kardeş, 30'u (%10,9) 3 kardeş, 5'i (%1,8) 4 kardeş ve 4'ü (%1,5) 5 kardeş olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 45'inin (%16,0) ailesinin ortalama aylık geliri 1300 TL ve altı, 124'ünün (%45,0) 1300-3000 TL arası ve 106'sının (%39,0) ise 3000 TL ve üzerinde olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 198'inin (%72,0) ailesi kendi evine sahip ve 77'sinin (%28,0) ailesi kendi evine sahip olmamak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 167'sinin (%61,0) ailesinin arabası var ve 108'inin (%39,0) ailesinin arabası yok olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

4.2.4. Tanılara Ait Frekans Tablolarının Yorumlanması

Tablo 38. Tanılara Ait Frekans Analizi

		Öğretmen		Aile	
		f	%	f	%
DEHB-D	Tanı yok	235	85	246	89
	Tanı var	40	15	29	11
	Toplam	275	100	275	100
DEHB-H	Tanı yok	246	89	241	88
	Tanı var	29	11	34	12
	Toplam	275	100	275	100
DEHB-B	Tanı yok	254	92	255	93
	Tanı var	21	8	20	7
	Toplam	275	100	275	100
DEHB	Tanı yok	104	76	104	75
	Tanı var	33	24	34	25
	Toplam	137	100	138	100
KOKGB	Tanı yok	248	90	246	89
	Tanı var	27	10	29	11
	Toplam	275	100	275	100
DB	Tanı yok	267	97	264	96
	Tanı var	8	3	11	4
	Toplam	275	100	275	100

Tablo 6’da görüldüğü gibi, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt boyutu olan DEHB-D boyutunda araştırmaya katılan öğretmenler çocukların 235’inin (%85,0) DEHB-D göstermediğini ve 40’ının (%15,0) DEHB-D gösterdiğini, diğer bir alt boyut olan DEHB-H boyutunda araştırmaya katılan öğretmenler çocukların 246’sının (%89,0) DEHB-H göstermediğini ve 29’unun (%11,0) DEHB-H gösterdiğini, DEHB-B boyutunda araştırmaya katılan öğretmenler çocukların 254’ünün (%92,0) DEHB-B göstermediğini ve 21’inin (%8,0) DEHB-B gösterdiğini belirtmişlerdir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için araştırmaya katılan öğretmenler çocukların 104’ünde (%76,0) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite

Bozukluğu olduğunu ve 33'ünde (%24,0) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olmadığını belirtmiştir.

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) için araştırmaya katılan öğretmenler çocukların 248'inde (%90,0) Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu olmadığını ve 29'unda (%11,0) Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu olduğunu belirtmiştir.

Davranım Bozukluğu (DB) için araştırmaya katılan öğretmenler çocukların 267'sinde (%97,0) Davranım Bozukluğu olmadığını ve 8'inde (%3,0) Davranım Bozukluğu olduğunu belirtmiştir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu alt boyutu olan DEHB-D boyutunda araştırmaya katılan aileler çocukların 246'sının (%89,0) DEHB-D göstermediğini ve 29'unun (%11,0) DEHB-D gösterdiğini, diğer bir alt boyut olan DEHB-H boyutunda araştırmaya katılan aileler çocukların 241'sinin (%88,0) DEHB-H göstermediğini ve 34'ünün (%12,0) DEHB-H gösterdiğini ve DEHB-B boyutunda araştırmaya katılan aileler çocukların 255'inin (%93,0) DEHB-B göstermediğini ve 20'sinin (%7,0) DEHB-B gösterdiğini belirtmiştir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için araştırmaya katılan aileler çocukların 104'ünde (%75,0) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olmadığını ve 34'ünde (%25,0) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olduğunu belirtmiştir.

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) için araştırmaya katılan aileler çocukların 246'sında (%89,0) Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu olmadığını ve 29'unda (%11,0) Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu olduğunu belirtmiştir.

Davranım Bozukluğu (DB) için araştırmaya katılan aileler çocukların 264'ünde (%96,0) Davranım Bozukluğu olmadığını ve 11'inde (%4,0) Davranım Bozukluğu olduğunu belirtmiştir.

Burada sadece öğretmen ve ailelerin verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. Semptom listesi ele alınırken ise sıklık saptanmasında esas olarak aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığından söz edilmiştir. Aile ve öğretmenin birlikte verdiği cevaplara göre belirlenen semptomlara tablolarda yer verilmiştir.

Tablo 39. Semptomlara Ait Frekans Analizi

		f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	246	89
	Tanısı Var	29	11
	Toplam	275	100
DEHB-H	Tanısı Yok	253	92
	Tanısı Var	22	8
	Toplam	275	100
DEHB-B	Tanısı Yok	259	94
	Tanısı Var	16	6
	Toplam	275	100
DEHB	Tanısı Yok	208	76
	Tanısı Var	67	24
	Toplam	275	100
KOKGB	Tanısı Yok	255	93
	Tanısı Var	20	7
	Toplam	275	100
DB	Tanısı Yok	268	97
	Tanısı Var	7	3
	Toplam	275	100

Tablo 7’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan çocukların 246’sında (%89,0) DEHB-D tanısı yok ve 29’unda (%11,0) DEHB-D tanısı var olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 253’ünde (%92,0) DEHB-H tanısı yok ve 22’sinde (%8,0) DEHB-H tanısı var olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 259’unda (%94,0) DEHB-B tanısı yok ve 16’sında (%6,0) DEHB-B tanısı var olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 208’inde (%74,0) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı yok ve 67’sinde (%26,0) Dikkat Eksikliği ve

Hiperaktivite Bozukluğu tanısı var olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 255'inde (%93,0) Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Tanısı yok ve 20'sinde (%7,0) Karşıt Olma Karşı Gelme Tanısı var olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 268'inde (%97,0) Davranım Bozukluğu Tanısı yok ve 7'sinde (%3,0) Davranım Bozukluğu Tanısı var olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

4.2.5. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği İle Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki Sonuçları ve Yorumlanması

Bu bölümde çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'E Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinden elde edilen semptom puanlarının demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla ki-kare analizi uygulanmış ve bulgulara tablolarda verilmiştir.

Tablo 40. Semptomlarda Baba Yaşına Göre Dağılım

		26-33 yaş		34-41 yaş		42-50 yaş	
		f	%	f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	61	88	152	89	33	94
	Tanısı Var	8	12	19	11	2	6
	Toplam	69	100	171	100	35	100
DEHB-H	Tanısı Yok	62	90	158	92	33	94
	Tanısı Var	7	10	13	8	2	6
	Toplam	69	100	171	100	35	100
DEHB-B	Tanısı Yok	62	90	163	95	34	97
	Tanısı Var	7	10	8	5	1	3
	Toplam	69	100	171	100	35	100
DEHB	Tanısı Yok	57	83	127	74	24	69
	Tanısı Var	12	17	44	26	11	31
	Toplam	69	100	171	100	35	100
KOKGB	Tanısı Yok	60	87	162	95	33	94
	Tanısı Var	9	13	9	5	2	6
	Toplam	69	100	171	100	35	100
DB	Tanısı Yok	66	96	168	98	34	97
	Tanısı Var	3	4	3	2	1	3
	Toplam	69	100	171	100	35	100

Tablo 8’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan 26-33 yaş arası babaların çocuklarının 61 ’inde (%88,0) DEHB-D Tanısı olmadığı ve 8’inde (12,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 26-33 yaş arası babaların çocuklarının 62’sinde (%90,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 7’sinde (10,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 26-33 yaş arası babaların çocuklarının 62’sinde (%90,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 7’sinde (%10,0) DEHB-B tanısı olduğu, 57’sinde (%83,0) DEHB tanısı olmadığı ve 12’sinde (%17,0) DEHB tanısı olduğu, 60’ında (%87,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 9’unda (%13,0) KOKGB tanısı olduğu ve 66’sında (96,0) DB tanısı olmadığı ve 3’ünde (%4,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan 34-41 yaş arası babaların çocuklarının 152’sinde (%89,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 19’inde (11,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 34-41 yaş arası babaların çocuklarının 158’inde (%92,0) DEHB-H Tanısı olmadığı ve 13’ünde

(8,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 34-41 yaş arası babaların çocuklarının 163'ünde (%95,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 8'inde (%5,0) DEHB-B tanısı olduğu, 127'sinde (%74,0) DEHB tanısı olmadığı ve 44'inde (%26,0) DEHB tanısı olduğu 162'sinde (%95,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 9'unda (%5,0) KOKGB tanısı olduğu ve 168'sinde (98,0) DB tanısı olmadığı ve 3'ünde (%2,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan 42-50 yaş arası babaların çocuklarının 33'ünde (%94,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 2'sinde (6,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 42-50 yaş arası babaların çocuklarının 33'ünde (%94,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 2'sinde (6,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 42-50 yaş arası babaların çocuklarının 34'ünde (%97,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 1'inde (%3,0) DEHB-B tanısı olduğu, 24'ünde (%65,0) DEHB tanısı olmadığı ve 11'inde (%31,0) DEHB tanısı olduğu, 33'ünde (%94,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%6,0) KOKGB tanısı olduğu ve 34'ünde (97,0) DB tanısı olmadığı ve 1'inde (%3,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 41. Semptomlarda Baba Yaşına Göre Ki-kare Analizi Sonuçları

		Baba yaş
DEHB-D	Ki-Kare	1,004
	sd	2
	p	0,605
DEHB-H	Ki-Kare	0,717
	sd	2
	p	0,699
DEHB-B	Ki-Kare	3,323
	sd	2
	p	0,190
DEHB	Ki-Kare	2,942
	sd	2
	p	0,230
KOKGB	Ki-Kare	4,557
	sd	2
	p	0,102
DB	Ki-Kare	1,349
	sd	2
	p	0,509

Tablo 9’da görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının baba yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1,004$; $p=0,605 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-D ile baba yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının baba yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,717$; $p=0,699 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile baba yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının baba yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3,323$; $p=0,190 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile baba yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının baba yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2,942$; $p=0,230 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile baba yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının baba yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=4,557$; $p=0,102 > 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme ile baba yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının baba yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1,349$;

p=0,509 > 0.05). Böylece Davranım Bozukluğu ile baba yaş değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 42. Semptomlarda Baba Eğitim Durumuna Göre Dağılım

		İlkokul		Ortaokul		Lise/ Meslek Lisesi		Ön Lisans/Yükseköğretim		Lisans/Üniversite	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	25	81	33	94	108	89	8	100	72	91
	Tanısı Var	6	19	2	6	14	11	0	0	7	9
	Toplam	31	100	35	100	122	100	8	100	79	100
DEHB-H	Tanısı Yok	25	81	33	94	111	91	8	100	76	96
	Tanısı Var	6	19	2	6	11	9	0	0	3	4
	Toplam	31	100	35	100	122	100	8	100	79	100
DEHB-B	Tanısı Yok	29	94	32	91	112	92	8	100	78	99
	Tanısı Var	2	6	3	9	10	8	0	0	1	1
	Toplam	31	100	35	100	122	100	8	100	79	100
DEHB	Tanısı Yok	24	77	26	74	97	80	4	50	57	72
	Tanısı Var	7	23	9	26	25	20	4	50	22	28
	Toplam	31	100	35	100	122	100	8	100	79	100
KOKGB	Tanısı Yok	29	94	33	94	108	89	8	100	77	97
	Tanısı Var	2	6	2	6	14	11	0	0	2	3
	Toplam	31	100	35	100	122	100	8	100	79	100
DB	Tanısı Yok	28	90	34	97	119	98	8	100	79	100
	Tanısı Var	3	10	1	3	3	2	0	0	0	0
	Toplam	31	100	35	100	122	100	8	100	79	100

Tablo 10’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan ilkokul mezunu babaların çocuklarının 25’inde (%81,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 6’sında (19,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. İlkokul mezunu babaların çocuklarının 25’inde (%81,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 6’sında (19,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. İlkokul mezunu babaların çocuklarının 29’unda (%94,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 2’sinde (%6,0) DEHB-B tanısı olduğu, 24’ünde (%77,0) DEHB tanısı olmadığı ve 7’sinde (%23,0) DEHB tanısı olmadığı, 29’unda (%94,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 2’sinde (%6,0) KOKGB tanısı olduğu ve 28’inde (90,0) DB tanısı olmadığı ve 3’ünde (%10,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Ortaokul mezunu babaların çocuklarının 33’ünde (%94,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 2’sinde (6,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Ortaokul mezunu babaların çocuklarının 33’ünde (%94,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 2’sinde (6,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Ortaokul mezunu babaların çocuklarının 32’sinde (%91,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 3’ünde (%6,0) DEHB-B tanısı olduğu, 26’sında (%74,0) DEHB tanısı olmadığı ve 9’unda (%26,0) DEHB tanısı olduğu, 33’ünde (%94,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 2’sinde (%6,0) KOKGB tanısı olduğu ve 34’ünde (97,0) DB tanısı olmadığı ve 1’inde (%3,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Lise mezunu babaların çocuklarının 108’inde (%89,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 14’ünde (11,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Lise mezunu babaların çocuklarının 111’inde (%91,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 11’inde (9,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Lise mezunu babaların çocuklarının 112’sinde (%92,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 10’unda (%6,0) DEHB-B tanısı olduğu, 97’sinde (%80,0) DEHB tanısı olmadığı ve 25’inde (%20,0) DEHB tanısı olduğu, 108’inde (%89,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 14’ünde (%6,0) KOKGB tanısı olduğu ve 119’unda (98,0) DB tanısı olmadığı ve 3’ünde (%2,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Ön lisans mezunu babaların çocuklarının 8’inde (%100,0) DEHB-D tanısı olmadığı, 8’inde (%100,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 11’inde (9,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Ön lisans mezunu babaların çocuklarının 8’inde (%100,0) DEHB-B tanısı olmadığı, 4’ünde (%50,0) DEHB tanısı olmadığı ve 4’ünde (%50,0) DEHB tanısı olduğu, 8’inde (%100,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 8’inde (100,0) DB tanısı olmadığı görülmüştür.

Lisans mezunu babaların çocuklarının 72'sinde (%91,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 7'sinde (9,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Lisans mezunu babaların çocuklarının 76'sında (%96,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 3'ünde (4,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Lise mezunu babaların çocuklarının 78'inde (%99,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 1'inde (%1,0) DEHB-B tanısı olduğu, 57'sinde (%72,0) DEHB tanısı olmadığı ve 22'sinde (%28,0) DEHB tanısı olduğu, 77'sinde (%97,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%3,0) KOKGB tanısı olduğu ve 79'unda (98,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 43. Semptomlarda Baba Eğitim Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Baba eğitim durumu
DEHB-D	Ki-Kare	4,709
	sd	4
	p	0,318
DEHB-H	Ki-Kare	8,442
	sd	4
	p	0,077
DEHB-B	Ki-Kare	5,248
	sd	4
	p	0,263
DEHB	Ki-Kare	4,454
	sd	4
	p	0,348
KOKGB	Ki-Kare	6,613
	sd	4
	p	0,158
DB	Ki-Kare	8,646
	sd	4
	p	0,071

Tablo 11’de görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının baba eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=4,709$; $p=0,318 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-D ile baba eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının baba eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=8,442$; $p=0,077 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile baba eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının baba eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=5,248$; $p=0,263 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile baba eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının baba eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=4,454$; $p=0,348 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile baba eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının baba eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=6,613$; $p=0,010 > 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile baba eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının baba eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda

değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=8,646$; $p=0,158 > 0.05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile baba eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 44. Semptomlarda Baba Çalışma Durumuna Göre Dağılım

		Çalışmıyor		Çalışıyor	
		f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	8	80	238	90
	Tanısı Var	2	20	27	10
	Toplam	10	100	265	100
DEHB-H	Tanısı Yok	9	90	244	92
	Tanısı Var	1	10	21	8
	Toplam	10	100	265	100
DEHB-B	Tanısı Yok	10	100	249	94
	Tanısı Var	0	0	16	6
	Toplam	10	100	265	100
DEHB	Tanısı Yok	7	70	201	76
	Tanısı Var	3	30	64	24
	Toplam	10	100	265	100
KOKGB	Tanısı Yok	9	90	246	93
	Tanısı Var	1	10	19	7
	Toplam	10	100	265	100
DB	Tanısı Yok	10	100	258	97
	Tanısı Var	0	0	7	3
	Toplam	10	100	265	100

Tablo 12’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan çalışmayan babaların çocuklarının 8’inde (%80,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 2’sinde (20,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Çalışmayan babaların çocuklarının 9’unda (%90,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 1’inde (10,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Çalışmayan babaların çocuklarının 10’unda (%100,0) DEHB-B tanısı olmadığı, 7’sinde (%70,0) DEHB tanısı olmadığı ve 3’ünde (%30,0) DEHB tanısı olduğu, 9’unda (%90,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 1’inde (%10,0) KOKGB tanısı olduğu ve 10’unda (100,0) DB tanısı olmadığı görülmüştür.

Çalışan babaların çocuklarının 238'inde (%90,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 27'sinde (10,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Çalışan babaların çocuklarının 244'ünde (%92,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 21'inde (8,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Çalışan babaların çocuklarının 249'unda (%94,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 16'sında (%6,0) DEHB-B tanısı olduğu, 201'inde (%97,0) DEHB tanısı olmadığı ve 64'inde (%24,0) DEHB tanısı olduğu 246'sında (%93,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 19'unda (%7,0) KOKGB tanısı olduğu ve 258'inde (97,0) DB tanısı olmadığı ve 7'sinde (%3,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 45. Semptomlarda Baba Çalışma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Baba çalışma durumu
DEHB-D	Ki-Kare	0,983
	sd	1
	p	0,321
DEHB-H	Ki-Kare	0,056
	sd	1
	p	0,812
DEHB-B	Ki-Kare	0,641
	sd	1
	p	0,423
DEHB	Ki-Kare	0,179
	sd	1
	p	0,672
KOKGB	Ki-Kare	0,114
	sd	1
	p	0,735
DB	Ki-Kare	0,271
	sd	1
	p	0,603

Tablo 13’te görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının baba çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,983$; $p=0,321 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-D ile baba çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının baba çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,056$; $p=0,812 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile baba çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının baba çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,641$; $p=0,423 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile baba çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının baba çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,179$; $p=0,672 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile baba çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının baba çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,114$; $p=0,735 > 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile baba çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının baba eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,271$;

p=0,603 > 0.05). Böylece Davranım Bozukluğu ile baba eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 46. Semptomlarda Anne Yaşına Göre Dağılım

		18-25		26-33		34-41		42-50	
		yaş		yaş		yaş		yaş	
		f	%	f	%	f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	5	100	130	87	107	92	4	100
	Tanısı Var	0	0	20	13	9	8	0	0
	Toplam	5	100	150	100	116	100	4	100
DEHB-H	Tanısı Yok	5	100	135	90	109	94	4	100
	Tanısı Var	0	0	15	10	7	6	0	0
	Toplam	5	100	150	100	116	100	4	100
DEHB-B	Tanısı Yok	4	80	140	93	111	96	4	100
	Tanısı Var	1	20	10	7	5	4	0	0
	Toplam	5	100	150	100	116	100	4	100
DEHB	Tanısı Yok	5	100	113	75	87	75	3	75
	Tanısı Var	0	0	37	25	29	25	1	25
	Toplam	5	100	150	100	116	100	4	100
KOKGB	Tanısı Yok	4	80	136	91	111	96	4	100
	Tanısı Var	1	20	14	9	5	4	0	0
	Toplam	5	100	150	100	116	100	4	100
DB	Tanısı Yok	4	80	145	97	115	99	4	100
	Tanısı Var	1	20	5	3	1	1	0	0
	Toplam	5	100	150	100	116	100	4	100

Tablo 14’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan 18-25 yaş arası annelerin çocuklarının 5’inde (%100,0) DEHB-D tanısı olmadığı, 5’inde (%100,0) DEHB-H tanısı olmadığı görülmüştür. 18-25 yaş arası annelerin çocuklarının 4’ünde (%80,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 1’inde (%20,0) DEHB-B tanısı olduğu, 5’inde (%100,0) DEHB tanısı olmadığı, 4’ünde (%87,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 1’inde (%20,0) KOKGB tanısı olduğu ve 4’ünde (80,0) DB tanısı olmadığı ve 1’inde (%20,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan 26-33 yaş arası annelerin çocuklarının 130'unda (%87,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 20'sinde (%13,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 26-33 yaş arası annelerin çocuklarının 135'inde (%90,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 15'inde (10,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 26-33 yaş arası annelerin çocuklarının 140'ında (%93,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 10'unda (7,0) DEHB-B tanısı olduğu, 113'ünde (%75,0) DEHB tanısı olmadığı ve 37'sinde (%25,0) DEHB tanısı olduğu, 136'sında (%91,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 14'ünde (%9,0) KOKGB tanısı olduğu ve 145'inde (97,0) DB tanısı olmadığı ve 5'inde (%3,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan 34-41 yaş arası annelerin çocuklarının 107'sinde (%92,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 9'unda (%8,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 34-41 yaş arası annelerin çocuklarının 109'unda (%94,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 7'sinde (%6,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 34-41 yaş arası annelerin çocuklarının 111'inde (%96,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 5'inde (%4,0) DEHB-B tanısı olduğu, 87'sinde (%75,0) DEHB tanısı olmadığı ve 29'unda (%25,0) DEHB tanısı olduğu, 111'inde (%96,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 5'inde (%4,0) KOKGB tanısı olduğu ve 115'inde (99,0) DB tanısı olmadığı ve 1'inde (%1,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan 42-50 yaş arası annelerin çocuklarının 4'ünde (%100,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 4'ünde (%100,0) DEHB-H tanısı olmadığı görülmüştür. 34-41 yaş arası annelerin çocuklarının 4'ünde (%100,0) DEHB-B tanısı olmadığı, 3'ünde (%75,0) DEHB tanısı olmadığı ve 1'inde (%25,0) DEHB tanısı olduğu, 4'ünde (%100,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 4'ünde (100,0) DB tanısı olmadığı görülmüştür.

Tablo 47. Semptomlarda Anne Yaşına Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Anne yaş
DEHB-D	Ki-Kare	3,252
	sd	3
	p	0,354
DEHB-H	Ki-Kare	2,207
	sd	3
	p	0,531
DEHB-B	Ki-Kare	2,761
	sd	3
	p	0,430
DEHB	Ki-Kare	1,644
	sd	3
	p	0,649
KOKGB	Ki-Kare	3,969
	sd	3
	p	0,265
DB	Ki-Kare	7,946
	sd	3
	p	0,047

Tablo 15’de görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının anne yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3,252$; $p=0,354 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-D ile anne yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının anne yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2,207$; $p=0,531 > 0.05$).

Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile anne yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının anne yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2,761$; $p=0,430 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile anne yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının anne yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1,644$; $p=0,649 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile anne yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının anne yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3,969$; $p=0,265 > 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile anne yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının anne yaşı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=7,946$; $p=0,047 < 0.05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile anne yaş değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 48. Semptomlarda Anne Eğitim Durumuna Göre Dağılım

		Okur-yazar değil		İlkokul		Ortaokul		Lise/ Meslek Lisesi		Ön Lisans/Yüksekökol		Lisans/Üniversite	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	13	100	55	83	19	76	87	94	13	87	59	94
	Tanısı Var	0	0	11	17	6	24	6	6	2	13	4	6
	Toplam	13	100	66	100	25	100	93	100	15	100	63	100
DEHB-H	Tanısı Yok	13	100	55	83	19	76	89	96	14	93	63	100
	Tanısı Var	0	0	11	17	6	24	4	4	1	7	0	0
	Toplam	13	100	66	100	25	100	93	100	15	100	63	100
DEHB-B	Tanısı Yok	11	85	61	92	23	92	88	95	14	93	62	98
	Tanısı Var	2	15	5	8	2	8	5	5	1	7	1	2
	Toplam	13	100	66	100	25	100	93	100	15	100	63	100
DEHB	Tanısı Yok	12	92	47	71	19	76	78	84	8	53	44	70
	Tanısı Var	1	8	19	29	6	24	15	16	7	47	19	30
	Toplam	13	100	66	100	25	100	93	100	15	100	63	100
KOKGB	Tanısı Yok	10	77	59	89	23	92	87	94	14	93	62	98
	Tanısı Var	3	23	7	11	2	8	6	6	1	7	1	2
	Toplam	13	100	66	100	25	100	93	100	15	100	63	100
DB	Tanısı Yok	13	100	62	94	24	96	91	98	15	100	63	100
	Tanısı Var	0	0	4	6	1	4	2	2	0	0	0	0
	Toplam	13	100	66	100	25	100	93	100	15	100	63	100

Tablo 16’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan okur-yazar olmayan annelerin çocuklarının 13’ünde (%100,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 13’ünde (%100,0) DEHB-H tanısı olmadığı görülmüştür. Okur-yazar olmayan annelerin çocuklarının 11’inde (%85,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 2’sinde (%15,0) DEHB-B tanısı olduğu, 12’sinde (%92,0) DEHB tanısı olmadığı ve 1’inde (%8,0) DEHB tanısı olduğu, 10’unda (%77,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 3’ünde (%6,0) KOKGB tanısı olduğu ve 13’ünde (100,0) DB tanısı olmadığı görülmüştür.

İlkokul mezunu annelerin çocuklarının 55'inde (%83,0) DEHB-D Tanısı olmadığı ve 11'inde (17,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. İlkokul mezunu annelerin çocuklarının 55'inde (%83,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 11'inde (17,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. İlkokul mezunu annelerin çocuklarının 61'inde (%92,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 5'inde (%8,0) DEHB-B tanısı olduğu, 47'sinde (%71,0) DEHB tanısı olmadığı ve 19'unda (%29,0) DEHB tanısı olduğu, 59'unda (%89,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 7'sinde (%11,0) KOKGB tanısı olduğu ve 62'sinde (94,0) DB tanısı olmadığı ve 4'ünde (%6,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Ortaokul mezunu annelerin çocuklarının 19'unda (%76,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 6'sında (24,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Ortaokul mezunu annelerin çocuklarının 19'unda (%76,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 6'sında (%24,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Ortaokul mezunu annelerin çocuklarının 23'ünde (%92,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 2'sinde (%8,0) DEHB-B tanısı olduğu, 19'unda (%76,0) DEHB tanısı olmadığı ve 6'sında (%24,0) DEHB tanısı olduğu, 23'ünde (%92,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%8,0) KOKGB tanısı olduğu ve 24'ünde (96,0) DB tanısı olmadığı ve 1'inde (%4,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Lise mezunu annelerin çocuklarının 87'sinde (%94,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 6'sında (%6,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Lise mezunu annelerin çocuklarının 89'unda (%96,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 4'ünde (%4,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Lise mezunu annelerin çocuklarının 88'inde (%95,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 5'inde (%5,0) DEHB-B tanısı olduğu, 78'inde (%84) DEHB tanısı olmadığı ve 15'inde (%16,0) DEHB tanısı olduğu, 87'inde (%94,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 6'sında (%6,0) KOKGB tanısı olduğu ve 91'inde (%98,0) DB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%2,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Ön lisans mezunu annelerin çocuklarının 13'ünde (%87,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 2'sinde (%13,0) DEHB-D tanısı olduğu, 14'ünde (%93,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 1'inde (%7,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Ön lisans mezunu annelerin çocuklarının 14'ünde (%93,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 1'inde (%7,0) DEHB-B tanısı olduğu, 8'inde (%53,0) DEHB tanısı olmadığı ve 7'sinde (%47,0) DEHB tanısı olduğu, 14'ünde (%93,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 1'inde (%7,0) KOKGB tanısı olduğu, 15'inde (%100,0) DB tanısı olmadığı görülmüştür.

Lisans mezunu annelerin çocuklarının 59'unda (%94,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 4'ünde (%6,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Lisans mezunu annelerin çocuklarının 63'ünde (%100,0) DEHB-H tanısı olmadığı görülmüştür. Lisans mezunu annelerin çocuklarının 62'sinde (%98,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 1'inde (%2,0) DEHB-B tanısı olduğu, 44'ünde (%70,0) DEHB tanısı olmadığı ve 19'unda (%30,0) DEHB tanısı olduğu, 62'sinde (%98,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 1'inde (%2,0) KOKGB tanısı olduğu ve 63'ünde (100,0) DB tanısı olmadığı görülmüştür.

Tablo 49. Semptomlarda Anne Eğitim Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Anne eğitim durumu
DEHB-D	Ki-Kare	11,903
	sd	5
	p	0,036
DEHB-H	Ki-Kare	23,805
	sd	5
	p	0,000
DEHB-B	Ki-Kare	4,871
	sd	5
	p	0,432
DEHB	Ki-Kare	11,283
	sd	5
	p	0,046
KOKGB	Ki-Kare	9,043
	sd	5
	p	0,107
DB	Ki-Kare	5,936
	sd	5
	p	0,312

Tablo 17’de görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının anne eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=11,903$; $p=0,036 < 0.05$). Böylece çocuğun dikkatsizliği ile anne eğitim durumu değişkenleri birbirine bağımlı değişkenlerdir. Yani çocuk dikkatsizliğini anne eğitim durumu etkilemektedir.

Çocukların DEHB-H puanlarının anne eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=23,805$; $p=0,000 < 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile anne eğitim durumu değişkenleri bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Yani çocuğun hiperaktivite durumunu anne eğitim durumu etkilemektedir.

Çocukların DEHB-B puanlarının anne eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=4,871$; $p=0,432 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile anne eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının anne eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=11,283$; $p=0,046 < 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile anne eğitim durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının anne eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=9,043$; $p=0,107 > 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile anne eğitim durumu değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının anne eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=5,930$; $p=0,3121 > 0,05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile anne eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 50. Semptomlarda Anne Çalışma Durumuna Göre Dağılım

		Çalışmıyor		Çalışıyor	
		f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	151	90	95	88
	Tanısı Var	16	10	13	12
	Toplam	167	100	108	100
DEHB-H	Tanısı yok	151	90	102	94
	Tanısı Var	16	10	6	6
	Toplam	167	100	108	100
DEHB-B	Tanısı Yok	154	92	105	97
	Tanısı Var	13	8	3	3
	Toplam	167	100	108	100
DEHB	Tanısı Yok	127	76	81	75
	Tanısı Var	40	24	27	25
	Toplam	167	100	108	100
KOKGB	Tanısı Yok	150	90	105	97
	Tanısı Var	17	10	3	3
	Toplam	167	100	108	100
DB	Tanısı Yok	162	97	106	98
	Tanısı Var	5	3	2	2
	Toplam	167	100	108	100

Tablo 18’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan çalışmayan annelerin çocuklarının 151’inde (%90,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 16’sında (%10,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Çalışmayan annelerin çocuklarının 151’inde (%90,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 16’sında (10,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Çalışmayan annelerin çocuklarının 154’ünde (%92,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 13’ünde (%8,0) DEHB-B tanısı olduğu, 127’sinde (%76,0) DEHB tanısı olmadığı ve 40’ında (%24,0)

DEHB tanısı olduğu, 150'sinde (%90,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 17'sinde (%10,0) KOKGB tanısı olduğu ve 162'sinde (%97,0) DB tanısı olmadığı ve 5'inde (% 3,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Çalışan annelerin çocuklarının 95'inde (%88,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 13'ünde (%12,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Çalışan annelerin çocuklarının 102'sinde (%94,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 6'sında (%6,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Çalışan annelerin çocuklarının 105'inde (%97,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 3'ünde (%3,0) DEHB-B tanısı olduğu, 81'inde (%75,0) DEHB tanısı olmadığı ve 27'sinde (%25,0) DEHB tanısı olduğu 105'inde (%97,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 3'ünde (%3,0) KOKGB tanısı olduğu ve 106'sında (%98,0) DB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%2,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 51. Semptomlarda Anne Çalışma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Anne çalışma durumu
DEHB-D	Ki-Kare	0,419
	sd	1
	p	0,517
DEHB-H	Ki-Kare	1,444
	sd	1
	p	0,230
DEHB-B	Ki-Kare	3,000
	sd	1
	p	0,083
DEHB	Ki-Kare	0,039
	sd	1
	p	0,843
KOKGB	Ki-Kare	5,328
	sd	1
	p	0,021
DB	Ki-Kare	0,345
	sd	1
	p	0,557

Tablo 19’da görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının anne çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,419$; $p=0,517 > 0.05$). Böylece çocuğun dikkatsizlik ile anne çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının anne çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1,444$; $p=0,230 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile anne çalışma durumu değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının anne çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3,000$; $p=0,083 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile anne çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının anne çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,039$; $p=0,843 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile anne çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının anne çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=5,328$; $p=0,021 < 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile anne çalışma durumu değişkenleri bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Yani anne çalışma durumu karşıt gelme karşı olma bozukluğunu etkilemektedir.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının anne çalışma durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda

değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,345$; $p=0,557 > 0.05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile anne çalışma durumu değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 52. Semptomlarda Çocuk Cinsiyetine Göre Dağılım

		Kız		Erkek	
		f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	113	91	133	88
	Tanısı Var	11	9	18	12
	Toplam	124	100	151	100
DEHB-H	Tanısı yok	115	93	138	91
	Tanısı Var	9	7	13	9
	Toplam	124	100	151	100
DEHB-B	Tanısı Yok	116	94	143	95
	Tanısı Var	8	6	8	5
	Toplam	124	100	151	100
DEHB	Tanısı Yok	93	75	115	76
	Tanısı Var	31	25	36	24
	Toplam	124	100	151	100
KOKGB	Tanısı Yok	114	92	141	93
	Tanısı Var	10	8	10	7
	Toplam	124	100	151	100
DB	Tanısı Yok	121	98	147	97
	Tanısı Var	3	2	4	3
	Toplam	124	100	151	100

Tablo 20’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kız çocuklarının 113’ünde (%91,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 11’inde (%9,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Kız çocuklarının 115’inde (%93,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 9’unda (%7,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Kız çocuklarının 116’sında (%94,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 8’inde (%6,0) DEHB-B tanısı olduğu, 93’ünde (%75,0) DEHB tanısı olmadığı ve 31’inde (%25,0) DEHB tanısı olduğu, 114’ünde (%92,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 10’unda (%8,0) KOKGB tanısı olduğu ve 121’inde (%98,0) DB tanısı olmadığı ve 3’ünde (% 2,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Erkek çocuklarının 133'ünde (%88,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 18'inde (%12,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Erkek çocuklarının 138'inde (%91,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 13'ünde (%9,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Erkek çocuklarının 143'ünde (%95,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 8'inde (%5,0) DEHB-B tanısı olduğu, 115'inde (%76,0) DEHB tanısı olmadığı ve 36'sında (%24,0) DEHB tanısı olduğu, 141'inde (%93,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 10'unda (%7,0) KOKGB tanısı olduğu ve 147'sinde (%97,0) DB tanısı olmadığı ve 4'ünde (%3,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 53. Semptomlarda Çocuk Cinsiyetine Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Çocuk cinsiyet
DEHB-D	Ki-Kare	0,671
	sd	1
	p	0,413
DEHB-H	Ki-Kare	0,169
	sd	1
	p	0,681
DEHB-B	Ki-Kare	0,165
	sd	1
	p	0,684
DEHB	Ki-Kare	0,050
	sd	1
	p	0,824
KOKGB	Ki-Kare	0,210
	sd	1
	p	0,647
DB	Ki-Kare	0,014
	sd	1
	p	0,904

Tablo 21’de görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,671$; $p=0,413 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-D ile cinsiyet değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,169$; $p=0,681 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile cinsiyet değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,165$; $p=0,684 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile cinsiyet değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,050$; $p=0,824 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile cinsiyet değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,210$; $p=0,647 > 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile cinsiyet değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,014$; $p=0,904 > 0.05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile cinsiyet değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 54. Semptomlarda Çocuk Yaşına Göre Dağılım

		5 YAŞ		6 YAŞ		7 YAŞ	
		f	%	f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	39	89	147	95	60	78
	Tanısı Var	5	11	7	5	17	22
	Toplam	44	100	154	100	77	100
DEHB-H	Tanısı yok	42	95	151	98	60	78
	Tanısı Var	2	5	3	2	17	22
	Toplam	44	100	154	100	77	100
DEHB-B	Tanısı Yok	40	91	145	94	74	96
	Tanısı Var	4	9	9	6	3	4
	Toplam	44	100	154	100	77	100
DEHB	Tanısı Yok	36	82	116	75	56	73
	Tanısı Var	8	18	38	25	21	27
	Toplam	44	100	154	100	77	100
KOKGB	Tanısı Yok	40	91	143	93	72	94
	Tanısı Var	4	9	11	7	5	6
	Toplam	44	100	154	100	77	100
DB	Tanısı Yok	43	98	152	99	73	95
	Tanısı Var	1	2	2	1	4	5
	Toplam	44	100	154	100	77	100

Tablo 22’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan 5 yaşındaki çocukların 39’unda (%89,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 5’inde (%11,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 5 yaşındaki çocuklarının 42’sinde (%95,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 2’sinde (%4,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 5 yaşındaki çocuklarının 40’ında (%91,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 4’ünde (%9,0) DEHB-B tanısı olduğu, 36’sında (%82,0) DEHB tanısı olmadığı ve 8’inde (%18,0) DEHB tanısı olduğu, 40’ında (%91,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 4’ünde (%9,0) KOKGB tanısı olduğu ve 43’ünde (%98,0) DB tanısı olmadığı ve 1’inde (%2,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

6 yaşındaki çocukların 147’sinde (%95,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 7’sinde (%5,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 6 yaşındaki çocukların 151’inde (%98,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 3’ünde (%2,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 6 yaşındaki çocukların 145’inde (%94,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 9’unda (%6,0)

DEHB-B tanısı olduğu, 116'sında (%75,0) DEHB tanısı olmadığı ve 38'inde (%25,0) DEHB tanısı olduğu, 143'ünde (%93,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 11'inde (%7,0) KOKGB tanısı olduğu ve 152'sinde (%99,0) DB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%1,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

7 yaşındaki çocukların 60'ında (%78,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 17'sinde (%22,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 7 yaşındaki çocukların 60'ında (%78,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 17'sinde (%22,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 7 yaşındaki çocukların 74'ünde (%96,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 3'ünde (%4,0) DEHB-B tanısı olduğu, 56'sında (%73,0) DEHB tanısı olmadığı ve 21'inde (%27,0) DEHB tanısı olduğu, 72'sinde (%94,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 5'inde (%6,0) KOKGB tanısı olduğu ve 73'ünde (%95,0) DB tanısı olmadığı ve 4'ünde (%5,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 55. Semptomlarda Çocuk Yaşına Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Çocuk yaş
DEHB-D	Ki-Kare	16,764
	sd	2
	p	0,000
DEHB-H	Ki-Kare	29,111
	sd	2
	p	0,000
DEHB-B	Ki-Kare	1,379
	sd	2
	p	0,502
DEHB	Ki-Kare	1,274
	sd	2
	p	0,529
KOKGB	Ki-Kare	0,289
	sd	2
	p	0,866
DB	Ki-Kare	3,157
	sd	2
	p	0,206

Tablo 23’de görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=16,764$; $p=0,000 < 0.05$). Böylece çocuğun dikkatsizliği ile yaş değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Çocuğun yaşı çocuğun dikkatsizliğini etkilemektedir.

Çocukların DEHB-H puanlarının yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=29,111$; $p=0,000 < 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile yaş değişkenleri bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Çocuğun yaşı çocuğun hiperaktivite durumunu etkilemektedir.

Çocukların DEHB-B puanlarının yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1,379$; $p=0,502 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1,274$; $p=0,843 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,289$; $p=0,866 > 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3,157$; $p=0,206 >$

0.05). Böylece Davranım Bozukluğu ile yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 56. Semptomlarda Kardeş Sayısına Göre Dağılım

		Tek Çocuk		1 kardeş		2 kardeş		3 kardeş		4 kardeş		5 kardeş	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	58	89	89	85	61	92	29	97	5	100	4	100
	Tanısı Var	7	11	16	15	5	8	1	3	0	0	0	0
	Toplam	65	100	105	100	66	100	30	100	5	100	4	100
DEHB-H	Tanısı Yok	61	94	91	87	63	95	29	97	5	100	4	100
	Tanısı Var	4	6	14	13	3	5	1	3	0	0	0	0
	Toplam	65	100	105	100	66	100	30	100	5	100	4	100
DEHB-B	Tanısı Yok	64	98	102	97	61	92	26	87	2	40	4	100
	Tanısı Var	1	2	3	3	5	8	4	13	3	60	0	0
	Toplam	65	100	105	100	66	100	30	100	5	100	4	100
DEHB	Tanısı Yok	41	63	76	72	56	85	26	87	5	100	4	100
	Tanısı Var	24	37	29	28	10	15	4	13	0	0	0	0
	Toplam	65	100	105	100	66	100	30	100	5	100	4	100
KOKGB	Tanısı Yok	65	100	101	96	59	89	25	83	2	40	3	75
	Tanısı Var	0	0	4	4	7	11	5	17	3	60	1	25
	Toplam	65	100	105	100	66	100	30	100	5	100	4	100
DB	Tanısı Yok	65	100	103	98	64	97	28	93	4	80	4	100
	Tanısı Var	0	0	2	2	2	3	2	7	1	20	0	0
	Toplam	65	100	105	100	66	100	30	100	5	100	4	100

Tablo 24’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan tek çocuklarının 58’inde (%89,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 7’sinde (%11,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. Tek çocuklarının 61’inde (%94,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 4’ünde (%6,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. Tek çocuklarının 64’ünde (%98,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 1’inde (%2,0) DEHB-B tanısı olduğu, 41’inde (%63,0) DEHB tanısı olmadığı ve 24’ünde (%37,0) DEHB tanısı olduğu, 65’inde (%100,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 65’inde (%100,0) DB tanısı olmadığı görülmüştür.

1 kardeşi olan çocuklarının 89'unda (%85,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 16'sında (%15,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 1 Kardeşi olan çocuklarının 91'inde (%87,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 14'ünde (%13,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 1 kardeşi olan çocukların 102'sinde (%97,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 4'ünde (%3,0) DEHB-B tanısı olduğu, 76'sında (%72,0) DEHB tanısı olmadığı ve 29'unda (%28,0) DEHB tanısı olduğu, 101'inde (%96,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 4'ünde (%4,0) KOKGB tanısı olduğu, 103'ünde (%98,0) DB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%2,0) DB Tanısı olduğu görülmüştür.

2 kardeşi olan çocuklarının 61'inde (%92,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 5'inde (%8,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 2 Kardeşi olan çocuklarının 63'ünde (%95,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 3'ünde (%5,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 2 kardeşi olan çocuklarının 61'inde (%92,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 5'inde (%8,0) DEHB-B tanısı olduğu, 56'sında (%85,0) DEHB tanısı olmadığı ve 10'unda (%15,0) DEHB tanısı olduğu, 59'unda (%89,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 7'sinde (%11,0) KOKGB tanısı olduğu, 64'ünde (%97,0) DB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%3,0) DB Tanısı olduğu görülmüştür.

3 kardeşi olan çocuklarının 29'unda (%97,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 1'inde (%3,0) DEHB-D tanısı olduğu görülmüştür. 3 Kardeşi olan çocuklarının 29'unda (%97,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 1'inde (%3,0) DEHB-H tanısı olduğu görülmüştür. 3 kardeşi olan çocuklarının 26'sında (%87,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 4'inde (%13,0) DEHB-B tanısı olduğu, 26'sında (%87,0) DEHB tanısı olmadığı ve 4'ünde (%3,0) DEHB tanısı olduğu, 25'inde (%83,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 5'inde (%17,0) KOKGB tanısı olduğu, 28'inde (%53,0) DB tanısı olmadığı ve 2'sinde (%7,0) DB Tanısı olduğu görülmüştür.

4 kardeşi olan çocuklarının 5'inde (%100,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 5'inde (%100,0) DEHB-H tanısı olmadığı görülmüştür. 4 kardeşi olan çocuklarının 2'sinde (%40,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 3'ünde (%60,0) DEHB-B tanısı olduğu, 5'inde (%100,0) DEHB tanısı olmadığı , 2'sinde (%40,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 3'ünde (%60,0) KOKGB tanısı olduğu , 4'ünde (%80,0) DB tanısı olmadığı ve 1'inde (%20,0) DB Tanısı olduğu görülmüştür.

5 kardeşi olan çocuklarının 4'ünde (%100,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 4'ünde (%100,0) DEHB-H tanısı olmadığı görülmüştür. 5 kardeşi olan çocuklarının 4'ünde (%100,0) DEHB-B tanısı olmadığı, 4'ünde (%100,0) DEHB tanısı olmadığı, 3'ünde (%75,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 1'inde (%15,0) KOKGB tanısı olduğu, 4'ünde (%80,0) DB tanısı olmadığı görülmüştür.

Tablo 57. Semptomlarda Kardeş Sayısına Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Kardeş Sayısı
DEHB-D	Ki-Kare	5,787
	sd	5
	p	0,328
DEHB-H	Ki-Kare	7,099
	sd	5
	p	0,213
DEHB-B	Ki-Kare	34,351
	sd	5
	p	0,000
DEHB	Ki-Kare	14,087
	sd	5
	p	0,015
KOKGB	Ki-Kare	34,455
	sd	5
	p	0,000
DB	Ki-Kare	10,233
	sd	5
	p	0,069

Tablo 25'de görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının kardeş sayısı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=5,787$; $p=0,328 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-D ile kardeş sayısı değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının kardeş sayısı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler

arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=7,099$; $p=0,210 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile kardeş sayısı değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının kardeş sayısı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=34,351$; $p=0,00 < 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile kardeş sayısı değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Çocuğun kardeş sayısı DEHB-B'yi etkilemektedir.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının kardeş sayısı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=14,087$; $p=0,000 < 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile kardeş sayısı değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının kardeş sayısı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=34,455$; $p=0,000 < 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile kardeş sayısı değişkenleri bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Çocuğun kardeş sayısı karşıt olma karşı gelme bozukluğunu etkilemektedir.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının kardeş sayısı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=10,233$; $p=0,069 > 0.05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile kardeş sayısı değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 58. Semptomlarda Ortalama Aylık Gelire Göre Dağılım

		1300 TL ve altı		1300-3000 TL		3000 TL ve üzeri	
		f	%	f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	40	89	107	86	99	93
	Tanısı Var	5	11	17	14	7	7
	Toplam	45	100	124	100	106	100
DEHB-H	Tanısı Yok	40	89	109	88	104	98
	Tanısı Var	5	11	15	12	2	2
	Toplam	45	100	124	100	106	100
DEHB-B	Tanısı Yok	38	84	117	94	104	98
	Tanısı Var	7	16	7	6	2	2
	Toplam	45	100	124	100	106	100
DEHB	Tanısı Yok	38	84	91	73	79	75
	Tanısı Var	7	16	33	27	27	25
	Toplam	45	100	124	100	106	100
KOKGB	Tanısı Yok	36	80	116	94	103	97
	Tanısı Var	9	20	8	6	3	3
	Toplam	45	100	124	100	106	100
DB	Tanısı Yok	40	89	123	99	105	99
	Tanısı Var	5	11	1	1	1	1
	Toplam	45	100	124	100	106	100

Tablo 26’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan ailesinin ortalama aylık geliri 1300 TL ve altı olan çocuklarının 40’ında (%89,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 5’inde (%11,0) DEHB-D tanısı olduğu, 40’ında (%89,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 5’inde (%11,0) DEHB-H tanısı olduğu, 38’inde (%84,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 7’sinde (%16,0) DEHB-B tanısı olduğu, 38’inde (%84,0) DEHB tanısı olmadığı ve 7’sinde (%16,0) DEHB tanısı olduğu, 36’sında (%80,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 9’unda

(%20,0) KOKGB tanısı olduğu, 40'ında (%89,0) DB olmadığı ve 5'inde (%11,0) DB olduğu görülmüştür.

Ortalama aylık geliri 1300 TL-3000 TL olan çocukların 107'sinde (%86,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 17'sinde (%14,0) DEHB-D tanısı olduğu, 109'unda (%88,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 15'inde (%12,0) DEHB-H tanısı olduğu, 117'sinde (%94,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 7'sinde (%6,0) DEHB-B tanısı olduğu, 91'inde (%73,0) DEHB tanısı olmadığı ve 33'ünde (%27,0) DEHB tanısı olduğu, 116'sında (%94,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 8'inde (%6,0) KOKGB tanısı olduğu, 123'ünde (%99,0) DB tanısı olmadığı ve 1'inde (%1,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Ortalama aylık geliri 3000 TL ve üzeri olan çocukların 99'unda (%93,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 7'sinde (%7,0) DEHB-D tanısı olduğu, 104'ünde (%98,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 2'sinde (%2,0) DEHB-H tanısı olduğu, 104'ünde (%98,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 2'sinde (%2,0) DEHB-B tanısı olduğu, 79'unda (%75,0) DEHB tanısı olmadığı ve 27'sinde (%25,0) DEHB tanısı olduğu, 103'ünde (%97,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 3'ünde (%20,0) KOKGB tanısı olduğu, 105'inde (%99,0) DB tanısı olmadığı ve 1'inde (%1,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 59. Semptomlarda Ailenin Aylık Gelirine Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Ailenin Ortalama Aylık Geliri
DEHB-D	Ki-Kare	3,077
	sd	2
	p	0,215
DEHB-H	Ki-Kare	8,802
	sd	2
	p	0,012
DEHB-B	Ki-Kare	10,783
	sd	2
	p	0,005
DEHB	Ki-Kare	2,306
	sd	2
	p	0,316
KOKGB	Ki-Kare	14,035
	sd	2
	p	0,001
DB	Ki-Kare	15,918
	sd	2
	p	0,000

Tablo 27’de görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının aylık gelir değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3,077$; $p=0,215 > 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-D ile aylık gelir değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının aylık gelir değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=8,802$; $p=0,012 < 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile aylık gelir değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Çocuğun ailesinin ortalama aylık geliri DEHB-H durumunu etkilemektedir.

Çocukların DEHB-B puanlarının aylık gelir değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=10,783$; $p=0,005 < 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile aylık gelir değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Çocuğun ailesinin ortalama aylık geliri DEHB-B durumunu etkilemektedir.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının aylık gelir değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2,306$; $p=0,316 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile aylık gelir değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının aylık gelir değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=14,035$; $p=0,001 < 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile aylık gelir değişkenleri bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Çocuğun ailesinin ortalama aylık geliri karşıt olma karşı gelme bozukluğu durumunu etkilemektedir.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının aylık gelir değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=15,918$; $p=0,000 < 0.05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile aylık gelir değişkenleri bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür. Çocuğun ailesinin ortalama aylık geliri davranım bozukluğu durumunu etkilemektedir.

Tablo 60. Semptomlarda Ev Sahipliği Durumuna Göre Dağılım

		Evet		Hayır	
		f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	184	93	62	81
	Tanısı Var	14	7	15	19
	Toplam	198	100	77	100
DEHB-H	Tanısı Yok	188	95	65	84
	Tanısı Var	10	5	12	16
	Toplam	198	100	77	100
DEHB-B	Tanısı Yok	190	96	69	90
	Tanısı Var	8	4	8	10
	Toplam	198	100	77	100
DEHB	Tanısı Yok	154	78	54	70
	Tanısı Var	44	22	23	30
	Toplam	198	100	77	100
KOKGB	Tanısı Yok	187	94	68	88
	Tanısı Var	11	6	9	12
	Toplam	198	100	77	100
DB	Tanısı Yok	194	98	74	96
	Tanısı Var	4	2	3	4
	Toplam	198	100	77	100

Tablo 28’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan ailesinin evi olan çocukların 184’ünde (%93,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 14’ünde (%7,0) DEHB-D tanısı olduğu, 188’inde (%95,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 10’unda (%5,0) DEHB-H tanısı olduğu, 190’ında (%96,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 8’inde (%4,0) DEHB-B tanısı olduğu, 154’ünde (%78,0) DEHB tanısı olmadığı ve 44’ünde (%22,0) DEHB tanısı olduğu, 187’sinde (%94,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 11’inde (%6,0) KOKGB tanısı olduğu, 194’ünde (%98,0) DB tanısı olmadığı ve 4’ünde (%2,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Ailesinin evi olmayan çocuklarının 62’sinde (%81,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 15’inde (%19,0) DEHB-D tanısı olduğu, 65’inde (%84,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 12’sinde (%16,0) DEHB-H tanısı olduğu, 69’unda (%90,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 8’inde (%10,0) DEHB-B anısı olduğu, 54’ünde (%70,0) DEHB tanısı olmadığı ve

23'ünde (%30,0) DEHB tanısı olduğu, 68'inde (%88,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 9'unda (%12,0) KOKGB tanısı olduğu, 74'ünde (%96,0) DB tanısı olmadığı ve 3'ünde (%4,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 61. Semptomlarda Ev Sahipliğine Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Ev Sahipliği Durumu
DEHB-D	Ki-Kare	9,051
	sd	1
	p	0,003
DEHB-H	Ki-Kare	8,358
	sd	1
	p	0,004
DEHB-B	Ki-Kare	4,079
	sd	1
	p	0,043
DEHB	Ki-Kare	1,760
	sd	1
	p	0,185
KOKGB	Ki-Kare	3,092
	sd	1
	p	0,079
DB	Ki-Kare	0,786
	sd	1
	p	0,375

Tablo 29'da görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının ev sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=9,051$; $p=0,003 < 0.05$). Böylece çocuğun dikkatsizliği ile ev sahipliği durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının ev sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler

arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=8,358$; $p=0,004 < 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile ev sahipliği durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının ev sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=4,079$; $p=0,043 < 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile ev sahipliği durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının ev sahipliği değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1,760$; $p=0,185 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ev sahipliği değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının ev sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3,092$; $p=0,079 > 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile ev sahipliği durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının ev sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,786$; $p=0,375 > 0.05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile ev sahipliği durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 62. Semptomlarda Araba Olma Durumuna Göre Dağılım

		Var		Yok	
		f	%	f	%
DEHB-D	Tanısı Yok	151	90	95	88
	Tanısı Var	16	10	13	12
	Toplam	167	100	108	100
DEHB-H	Tanısı Yok	155	93	98	91
	Tanısı Var	12	7	10	9
	Toplam	167	100	108	100
DEHB-B	Tanısı Yok	164	98	95	88
	Tanısı Var	3	2	13	12
	Toplam	167	100	108	100
DEHB	Tanısı Yok	120	72	88	81
	Tanısı Var	47	28	20	19
	Toplam	167	100	108	100
KOKGB	Tanısı Yok	161	96	94	87
	Tanısı Var	6	4	14	13
	Toplam	167	100	108	100
DB	Tanısı Yok	166	99	102	94
	Tanısı Var	1	1	6	6
	Toplam	167	100	108	100

Tablo 30’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan ailesinin arabası olan çocukların 151’inde (%90,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 16’sında (%10,0) DEHB-D tanısı olduğu, 155’inde (%93,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 12’sinde (%7,0) DEHB-H tanısı olduğu, 164’ünde (%98,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 3’ünde (%2,0) DEHB-B tanısı olduğu, 120’sinde (%72,0) DEHB tanısı olmadığı ve 47’sinde (%28,0) DEHB tanısı olduğu, 161’inde (%96,0) KOKGB tanısı olmadığı ve 6’sında (%4,0) KOKGB tanısı olduğu, 166’sında (%99,0) DB tanısı olmadığı ve 1’inde (%2,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Ailesinin arabası olmayan çocukların 95’inde (%88,0) DEHB-D tanısı olmadığı ve 13’ünde (%12,0) DEHB-D tanısı olduğu, 98’inde (%91,0) DEHB-H tanısı olmadığı ve 10’unda (%9,0) DEHB-H tanısı olduğu, 95’inde (%88,0) DEHB-B tanısı olmadığı ve 13’ünde (%12,0) DEHB-B tanısı olduğu, 88’inde (%81,0) DEHB tanısı olmadığı ve 20’sinde (%19,0) DEHB tanısı olduğu, 94’ünde (%87,0) KOKGB tanısı olmadığı ve

14'inde (%13,0) KOKGB tanısı olduğu, 102'sinde (%94,0) DB tanısı olmadığı ve 6'sında (%6,0) DB tanısı olduğu görülmüştür.

Tablo 63. Semptomlarda Araba Olma Durumuna Göre Ki-Kare Analizi Sonuçları

		Araba Sahipliği Durumu
DEHB-D	Ki-Kare	0,419
	sd	1
	p	0,517
DEHB-H	Ki-Kare	0,383
	sd	1
	p	0,536
DEHB-B	Ki-Kare	12,552
	sd	1
	p	0,000
DEHB	Ki-Kare	3,297
	sd	1
	p	0,069
KOKGB	Ki-Kare	8,539
	sd	1
	p	0,003
DB	Ki-Kare	6,496
	sd	1
	p	0,011

Tablo 31'de görüldüğü üzere; çocukların DEHB-D puanlarının araba sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,419$; $p=0,517 > 0,05$). Böylece çocuğun DEHB-D ile araba sahipliği durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-H puanlarının araba sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0,383$; $p=0,536 > 0,05$). Böylece çocuğun DEHB-H durumu ile araba sahipliği durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların DEHB-B puanlarının araba sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=12,552$; $p=0,000 < 0.05$). Böylece çocuğun DEHB-B ile araba sahipliği durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu puanlarının araba sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3,297$; $p=0,069 > 0.05$). Böylece çocuğun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile araba sahipliği değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının araba sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=8,539$; $p=0,003 < 0.05$). Böylece Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ile araba sahipliği durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının araba sahipliği durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare (Ki-kare) testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=6,496$; $p=0,011 < 0.05$). Böylece Davranım Bozukluğu ile araba sahipliği durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

Tablo 64. İlişki Analizi

		DEHB-D	DEHB-H	DEHB-B	DEHB	KOKGB	DB
DEHB-D	r	1					
	p						
	N	275					
DEHB-H	r	0,422	1				
	p	0,000					
	N	275	275				
DEHB-B	r	0,623	0,442	1			
	p	0,000	0,000				
	N	275	275	275			
DEHB	r	-0,140	-0,105	-0,105	1		
	p	0,020	0,082	0,083			
	N	275	275	275	275		
KOKGB	r	0,451	0,382	0,648	-0,094	1	
	p	0,000	0,000	0,000	0,121		
	N	275	275	275	275	275	
DB	r	0,396	0,293	0,552	-0,092	0,488	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,129	0,000	
	N	275	275	275	275	275	275

Tablo 32’de görüldüğü gibi, DEHB-D ile DEHB-H arasında istatistiksel olarak $r=0,422$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,422$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-H arttıkça DEHB-D’inde arttığı görülmüştür.

DEHB-D ile DEHB-B arasında istatistiksel olarak $r=0,623$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,623$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça DEHB-D’inde arttığı görülmüştür.

DEHB-B ile DEHB arasında istatistiksel olarak $r=-0,140$ düzeyinde negatif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=-0,140$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça DEHB düzeyinin azaldığı görülmüştür.

DEHB-D ile KOKGB arasında istatistiksel olarak $r=0,451$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,648$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-D arttıkça KOKGB’inde arttığı görülmüştür.

DEHB-D ile DB arasında istatistiksel olarak $r=0,396$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,396$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-D arttıkça DB’inde arttığı görülmüştür.

DEHB-B ile DEHB arasında istatistiksel olarak $r=0,442$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,442$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça DEHB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

DEHB-B ile KOKGB arasında istatistiksel olarak $r=0,382$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,382$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça KOKGB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

DEHB-B ile DB arasında istatistiksel olarak $r=0,293$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,293$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça DB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

DEHB ile KOKGB arasında istatistiksel olarak $r=0,648$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,648$; $p < 0,05$). Böylece DEHB arttıkça KOKGB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

DEHB ile DB arasında istatistiksel olarak $r=0,552$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,552$; $p < 0,05$). Böylece DEHB arttıkça DB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

KOKGB ile DB arasında istatistiksel olarak $r=0,488$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,488$; $p < 0,05$). Böylece KOKGB arttıkça DB düzeyinin de arttığı görülmüştür.



BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışmada 5-7 yaş arası okula başlangıç çağı çocuklarında, ebeveyn ve öğretmen bildirimlerine göre ve her iki kaynağın ortak bildirimlerine göre, DEHB yaygınlığı ve etkileyen bazı faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Genel olarak yapılan değerlendirmeler çerçevesinde bu sendromun sıklığına ilişkin dünyanın pek çok ülkesinden farklı oranlar bildirilmekte, %2-%17 arasında geniş bir aralık belirtilmektedir (Zorlu, 2012).

DEHB'nin yaygınlık oranı ile ilgili olarak yapılan araştırmalar tek tek göz önüne alınarak değerlendirildiği zaman çalışmalardaki yaygınlık sonuçlarının 0.2%, 0.4%, 0.7%, 0.9% gibi düşük değerler ile 19.8%, 20.4%, 23.4% ve 27% gibi yüksek değerler arasında bulunduğu görülmüştür(Uysal, 2012).

Literatürde DEHB yaygınlığı çalışmalardaki metod farkları nedeniyle farklılık göstermektedir. Bu açıdan örneklemin yaş grubu ve kullanılan tanı kriterleri önemli etkenlerdir. Yaygınlık çalışmalarında tek kaynaktan bilgi alındığı zaman DEHB yaygınlık oranı artış gösterirken, klinik görüşme, aile ve öğretmen ölçek değerlendirmeleri birleştirildiği zaman DEHB yaygınlık oranı azalma göstermektedir. (Uyan, 2008)

Son yıllarda yapılan araştırmalar gözden geçirildiği zaman anne-baba ve öğretmen ölçeklerinin arasında uyum olması koşuluyla tanı konmuş olan araştırmalarda DEHB yaygınlık oranı % 1,6-8,7 aralığında saptanmıştır (Zorlu, 2012).

Tashakori ve arkadaşları (2011) İran'da 5-6 yaş aralığındaki toplam 92 çocukla yaptığı araştırmada DEHB sıklığını Öğretmen ve aile ölçek bildirimlerine göre %24.6 olarak saptamışlardır(Zorlu, 2012).

Nolan E. E ve arkadaşları (2001) Amerikada 3-18 yaşları arasındaki 3006 öğrencide tarama amaçlı DSM-IV semptom listesini öğretmenlerin doldurduğu çalışmada DEHB davranış sıklığını %15.8 olarak saptamışlardır(Uyan, 2008).

Eapen ve arkadaşları (2009) B. Arap Emirliklerin'de 5-16 yaş aralığındaki 175 çocukla yaptıkları araştırmada DEHB sıklığını ölçek bildirimleri çerçevesinde öğretmene göre %3.4 aileye göre % 4.1 olarak saptamışlardır(Zorlu, 2008).

Erşan ve arkadaşları 6-15 yaşları arasında sekiz okulda 1425 çocuğu değerlendirmiştir. Bu alışmada DSM-IV'e dayalı bir değerlendirme lceği retmen ya da ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Ailelerin bildirimine göre sıklık oranını %9.55 retmenlerin bildirimine göre sıklık oranını %7.28 olmak üzere ortalama olarak sıklık oranını %8.1 olarak saptamışlardır (Uyan,2008).

Bizim alışmamızda aile ve retmenlerin ortak ölçek bildirimlerine göre semptom sıklığı değerlendirmesi yapılmıştır ve bu değer %24 olarak bulunmuştur. Bu da aile ve üretmenin ikisinin de ölçek doldurduğu aralarında uyum koşulunun arandığı toplam 275 rencinin 67 tanesinde ortak semptom bildirildiğini göstermektedir. DSM-V' e göre, DEHB tanısı koyabilmek için iki farklı ortamda semptom varlığının olması gerekmektedir. Bizim araştırmamızda bulunan %24 sıklığı literatürde bildirilen değerlere göre yüksek bulunmuştur.

Bunun nedeni ise, DEHB yaygınlığı açısından belirtilen çalışmalardaki metod farklılıklarından; örneklemin yaş grubu, yaş aralığı, örneklemin büyüklüğü ve kullanılan tanı kriterlerinin farklı olması gibi durumlardan kaynaklanabilir.

DEHB alt tiplerine baktığımız zaman literatürde farklı yayınlar bulunmaktadır. Biederman ve diğerleri 2002 yılında yaptıkları çalışmada, DEHB tanısı almış olan kişilerde %50 - %75 arasında DEHB-B görüldüğünü, DEHB-D'nin %20 - %30 arasında görüldüğünü ve DEHB-H alt tipinin ise %15'den daha az görüldüğünü bildirmektedirler(eki, 2012).

Araştırmalarda oğunluk olarak en sık görülen tipin DEHB-D, ikinci sıklıkta DEHB-B ve en az görülen tipin DEHB-H olduğuda belirtilmektedir. DEHB-H genelde kck yaş grubunda daha sık bildirilmektedir. Okul ncesi dönemde DEHB-H olarak tanılanan çocukların çoğunlukla okul çağında dikkatsizlik semptomlarının da eklendiği, böylelikle bu yaştan itibaren DEHB-B olarak tanı aldıkları için okul ağında DEHB-H sıklığına azaldığı ne sürülmektedir. Türkiye'de yapılan araştırmaların çoğu ise DEHB-B ya da DEHB-H'nin sık görüldüğünü ortaya koymaktadır(Zorlu, 2012).

Amerika'da 3-18 yaşları arasında 3006 rencinin üretmenleri ile yapılmış olan bir çalışmada çocuklarda dikkatsiz alt tip %9,9, hiperaktif alt tip %2,4 ve bileşik alt tip %3,6 olarak bulunmuştur (eki, 2012).

Bu çalışmada aile ve üretmenin aynı renci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığının kabul edilme

durumuna göre alt tiplere baktığımız zaman DEHB-D %11, DEHB-H %8 ve DEHB-B ise %6 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bizim araştırmamızda en sık olarak bildirilen DEHB-D ve en az olarak bildirilen ise DEHB-B'dir.

Bir kültürde anormal olarak sayılan bir durumun farklı bir kültürde kabul edilebileceği, bunun hem bilgi veren aileyi hem öğretmeni hem de klinisyeni etkileyeceği belirtilmektedir. Ülkemizde alt tip dağılımında saptanan farklılığın da kültürel farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Zorlu, 2012). Bizim araştırmamızdaki alt tip dağılımında kültürel farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

DEHB alt tiplerinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığı zaman araştırmalar arasında farklılıklar görülmektedir. Dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda, hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tipin erkeklerde sık görüldüğünü belirtilen araştırmalar olduğu gibi tüm alt tiplerin erkeklerde daha fazla olduğunu belirten araştırmalar da bulunmaktadır. Bizim araştırmamızda alt tipler ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oranlar çerçevesinde hem kızlarda hem de erkeklerde en sık görülen alt tip DEHB-D, ikinci olarak sık görülen alt tip DEHB-H ve DEHB-B ise her iki cinsiyette en az sıklıkta görülen tiptir.

Literatürde, erkeklerde kızlardan daha fazla DEHB bildirilmiştir. Bu DEHB'nin literatürün uzlaşmaya vardığı az sayıdaki epidemiyolojik özelliklerden birtanesidir. DEHB'nin kızlarda ve erkeklerde görülme oranları farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar yapılan çalışmalarda 2:1'den 10:1'e değişiklik göstermektedir. Ortalama olarak bakıldığında erkeklerde kızlardan 4 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Semerci ve Turgay, 2014). Bizim yaptığımız araştırmaya katılan kız çocuklarının (%25,0)'ünde DEHB tanısı olduğu, Erkek çocuklarının ise, (%24,0)'ünde DEHB tanısı olduğu saptanmıştır. Ancak değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yaş ile birlikte DEHB sıklığında azalma görüldüğü bilinmektedir. İzmir ilinde yapılan 3 yıllık boylamsal izlem çalışmasından DEHB prevalansı sırasıyla 13.38%, 12.53%, 12.22% bulunmuştur.

ABD'nde yapılan bir çalışmada 3-5, 5-12 ve 12-18 yaşlarında DEHB sıklığı sırasıyla 18.2%, 15.9% ve 14.8% olarak bildirilmiştir (Uysal, 2012).

Nolan ve arkadaşları ise 3-18 yaşlar ele alındığında DEHB sıklığının göreceli olarak sabit kaldığını bildirmiştir. Bu DEHB davranışlarının yaşla birlikte azalması gerçeğine rağmen öğretmenlerin yaşa uygun davranışlar açısından değerlendirme yapmalarına bağlanmıştır.

5-7 yaş arasındaki okula başlangıç çağı çocuklarının incelendiği bu çalışmada 5 yaşındaki çocukların (%18,0)'inde DEHB tanısı olduğu, 6 yaşındaki çocukların (%25,0)'inde DEHB tanısı olduğu ve 7 yaşındaki çocukların (%27,0)'sinde DEHB tanısı olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki sıklık saptanmasında esas olarak aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığının kabul edilme durumuna göre yaş ile DEHB semptomlarının sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

DEHB'nin başlangıcı genel olarak üç yaş civarında olmakla beraber rahatsızlığın fark edilmesi ve tanının konulması sıklıkla uyum becerisinin ve dikkat süresinin önem kazanmaya başladığı ilkökul dönemiyle beraber olmaktadır (Çekiç, 2012). Bizim araştırmamızdaki 5-7 yaş arasındaki çocuklardaki yüzdeler oranının artış göstererek gitme sebebinde bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bunun dışında yaş ile DEHB semptomlarının sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmama sebebinin DEHB prevalansında yaşa göre değişime ilişkin verilerin daha çok DEHB tanılı klinik örneklemin takip edilmesinden oluşan verilere dayanmasıyla ve bizim araştırmamız çerçevesinde ise klinik örneklemin takip edilebilmesinin söz konusu olmamasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Anne ve babanın eğitim düzeyi ile DEHB sıklığının arasındaki ilişkiye baktığımız zaman literatürde bu konuda daha önceden yapılmış olan birçok çalışmada anne baba eğitim düzeyi ile çocuktaki psikiyatrik hastalık arasında bir ilişki saptandığı bildirilmiştir. Bunun yanında yapılan bazı çalışmalarda da anne baba eğitim düzeyi ile bir ilişkinin saptanmadığı bulunmuştur. DEHB ile anne baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki tam olarak açıklanmış olsada yüksek eğitim düzeyi olan ailelerin hastalık hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu ve tedaviye başvurularının daha yüksek olduğu bilinmektedir. (Uysal 2012).

Aslan (2013)'nın farklı sosyodemografik özelliklere sahip olan ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklara yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi için yaptığı araştırmada, Bademlidere İlköğretim okulu babaların % 47,6'sı

ve Boztepe İlkokulu'ndaki babaların % 38,3'ünün ilkokul mezunu, Bilkent İlkokulu'ndaki babaların da %92,3'ünün üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Albayrak (1998) yaptığı araştırmada anne ve baba eğitim durumunun düşükçe dikkat eksikliği oranlarının anlamlı oranda arttığını bildirmiştir. Bu durumu düşük sosyo ekonomik durumun göstergesi olarak kabul etmiş ve buna bağlı olarak yeterli eğitim olanaklarından yararlanmama ile ilişkilendirmiştir (Uyan, 2008)

Özcan ve arkadaşları (1998) araştırmalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların annelerinin % 80'inin ev hanımı, % 66,4'ünün 8 yıl ve daha az eğitilmiş olması, çocukların bütününe düşük veya orta gelir düzeyinde toplum kesiminden olduğu Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ortaya çıkışının sosyoekonomik düzey ile ilişkili olabileceği yorumunu getirmektedir(Uyan, 2008).

Bu çalışmada anne ve babanın eğitim düzeyiyle DEHB sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde yalnızca annenin eğitim düzeyiyle DEHB sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve araştırmaya katılan okur-yazar olmayan annelerin çocuklarının (%8,0)'inde DEHB Tanısı olduğu, İlkokul mezunu annelerin çocuklarının (%29,0)'unda DEHB Tanısı olduğu, Ortaokul mezunu annelerin çocuklarının (%24,0) 'ünde DEHB Tanısı olduğu, Lise mezunu annelerin çocuklarının (%16,0)'sında DEHB Tanısı olduğu, Ön lisans mezunu annelerin çocuklarının (%47,0)'sinde DEHB Tanısı olduğu ve Lisans mezunu annelerin çocuklarının ve (%30,0)'unda DEHB Tanısı olduğu görülmüştür.

DEHB ve sosyoekonomik düzeyin ilişkisi araştırıldığında literatürde bu konu ile ilgili olarak ortak bir düşünce bulunmamaktadır. DEHB ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki tam anlamıyla açıklanamamış olsada DEHB'nin düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde daha yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir (Uysal, 2012).

Szatmari yaptığı incelemede bazı araştırmalarda düşük sosyoekonomik düzeyde DEHB sıklığının arttığını, bir çalışmada ise sosyoekonomik düzeyin etkisinin olmadığını bildirmiştir. Nolan ve arkadaşları DEHB ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır. Rohde ve arkadaşları da sosyoekonomik düzey ile DEHB sıklığı arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır. Andres ve arkadaşları yaptıkları çalışmada düşük-orta sosyoekonomik düzey ile DEHB sıklığı arasında, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bu grupta DEHB sıklığını daha yüksek

bulmuşlardır. Biederman ve arkadaşları, düşük sosyoekonomik düzeyde DEHB sıklığının arttığını saptamışlardır (Uyan,2008).

Kanay (2006)'ın çalışmasında DEHB tanısı alan grubun, sosyoekonomik düzeylerinin % 6.7'si yüksek, % 88.9'u orta, % 4.4'ü düşük olarak belirtmiştir. Kontrol grubunun ise sosyoekonomik düzeylerinin % 11.1'i yüksek, % 82.2'si orta, % 6.7'si düşük olarak belirtmiştir.

Bizim çalışmamızda DEHB ve sosyoekonomik düzeyin ilişkisi araştırıldığında, ortalama aylık gelir, ev sahipliği ve araba olma-olmama durumları çerçevesinde yapılan analiz doğrultusunda değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bu çalışmada anne ve babanın yaş dağılımı ile DEHB sıklığı arasındaki ilişki incelendiği zaman değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan 18-25 yaş arası annelerin çocuklarının (%100,0)'ünde DEHB tanısı olmadığı, araştırmaya katılan 26-33 yaş arası annelerin çocuklarının (%25,0)'inde DEHB tanısı olduğu, araştırmaya katılan 34-41 yaş arası annelerin çocuklarının (%25,0)'inde DEHB tanısı olduğu, araştırmaya katılan 42-50 yaş arası annelerin çocuklarının (%25,0)'inde DEHB tanısı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan 26-33 yaş arası babaların çocuklarının (%17,0)'sinde DEHB tanısı olduğu, araştırmaya katılan 34-41 yaş arası babaların çocuklarının (%26,0)'sında DEHB tanısı olduğu, araştırmaya katılan 42-50 yaş arası babaların çocuklarının (%31,0)'inde DEHB tanısı olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada anne ve babanın çalışma durumu ile DEHB sıklığı arasındaki ilişki incelendiği zaman değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan çalışmayan babaların çocuklarının (%30,0)'unda DEHB tanısı olduğu ve çalışan babaların çocuklarının ise (%24,0)'ünde DEHB tanısı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan çalışmayan annelerin çocuklarının (%24,0) 'ünde DEHB tanısı olduğu, çalışan annelerin çocuklarının (%25,0)'inde DEHB tanısı olduğu görülmüştür

Literatürde de çalışan anneler ve çocukları üzerinde yapılan araştırmalar içerisinde tam bir tutarlılık olmamasıyla beraber, bulgular genellikle beklenen durumun aksine, annenin çalışmasının çocuğu olumsuz yönde etkilemediği şeklinededir. Cherry ve Eaton, 1977, Gold ve Andres, 1978, Topalak, 1985'in bu konu ile ilgili yaptığı araştırmaların bulguları çalışan annelerin çocuklarının okul başarılarının ve sosyal gelişimlerinin çalışmayan annelerin çocuklarına oranla daha üstün olduğu yönündedir (<http://www.balikesir.pol.tr/pdr>).

Çocukların DEHB puanlarının kardeş sayısı değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucu çerçevesinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Araştırmaya katılan tek çocukların (%37,0)'sinde DEHB tanısı olduğu, 1 kardeşi olan çocukların (%28,0)'inde DEHB Tanısı olduğu, 2 kardeşi olan çocukların (%15,0) 'inde DEHB tanısı olduğu, 3 kardeşi olan çocukların (%3,0)'ünde DEHB Tanısı olduğu, 4 kardeşi olan çocukların (%100,0)'ünde DEHB tanısı olmadığı ve 5 kardeşi olan çocukların, (%100,0)'ünde DEHB tanısı olmadığı görülmüştür.

Yapılan araştırmalar, olumlu kardeş ilişkilerinin çocuktaki psikolojik rahatsızlıkların riskini azalttığını, sosyal becerilerini ise artırdığını göstermektedir.

Bizim araştırmamıza dahil olan tek çocukların yaygınlık yüzdelerinin fazla olmasının sebebidde bu kategorideki çocukların bir kardeşe sahip olmamasından dolayı herhangi bir kardeş ilişkisi yaşayamamaları ve ailelerinin bu çocukları bebeklikten itibaren çok fazla şımartmaları ve çocuklara engel koymamaları ile ilgili olabilir.

DEHB' YE EŞLİK EDEN KOKGB VE DB

DEHB konusunda yapılan çalışmalarda DEHB tanısı konulan çocukların %50'sinde Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, %25'inde ise Davranım Bozukluğu en sık eşlik eden tanılar olarak bildirilmektedir (eki, 2012).

DEHB olan çocukların yarısından fazlası gerekli olan tanı kriterlerini karşılamaktadır. DEHB'nin diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile olan birlikteliği %40-70 arasında değişiklik göstermektedir. Literatür içerisinde de DEHB ile diğer Yıkıcı Davranış Bozukluklarının çok yaygın olduğuna dair ortak bir karar mevcut olmasına karşın yaygınlık yüzdeleri değişkenlik göstermektedir (Uyan, 2008).

Toplum örneklemleri çalışmalara bakıldığında zaman DEHB tanılı çocuklarda Yıkıcı Davranım Bozuklukları (KOKGB veya DB) için sıklık oranları farklı çalışmalarda %19.2 , %16.6 , %35.1, %43.1 olarak bulunmuştur.

Bizim araştırmamızda sıklık saptanmasında esas olarak aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığından söz edilmiştir. Bu duruma göre, çocukların %7'sinde KOKGB semptomları, %3'ünde DB semptomları olmak üzere toplam %10 Yıkıcı Davranış Bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır. Araştırmamızdaki oran literatürde bildirilene göre düşük bir orandır. Yaygınlık oranındaki bu önemli farklılığın küçük örneklerle yapılan ve birbirinden farklı tanı sistemlerinin kullanıldığı araştırmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda kullanılan metod özelliklerinin yaygınlık oranının daha düşük bulunmasında rol oynayabileceği düşünülmüştür.

KOKGB

Literatürde KOKGB oranı %2-16 arasında bildirilmiştir.

Ülkemizde Trabzon ilinde 6-12 yaş aralığındaki 1226 ilkökul öğrencisinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konan bir çalışmada KOKGB yaygınlığı 14.1% olarak bulunmuştur (Uysal, 2012)

Baumgaertel ve arkadaşları ise DSM-IV kriterlerine göre 5-12 yaşları arasındaki öğrencilerde okul öğretmenleri tarafından doldurulan ölçeklerde DEHB saptanan olgularda, KOKGB yaygınlığını %23.9 olarak saptamışlardır (Uyan, 2008)

Bizim araştırmamızda sıklık saptanmasında esas olarak aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığından söz edilmiştir. KOKGB yaygınlık oranı ise, %7 olarak saptanmıştır. Belirtilen çalışmalardaki oranlara göre daha düşük bir değer bulunmuştur. Yaygınlık oranındaki bu önemli farklılığın örneklemin yaş aralığı ve araştırmalarda kullanılan birbirinden farklı tanı sistemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğunun ergenlik öncesi dönemde erkeklerde kızlardan daha yaygın olduğu ve cinsiyet oranının ergenlik sonrasında eşitlendiği belirtilmektedir (Çekiç, 2012).

Bizim araştırmamızda ise, çocukların Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan

ki-kare testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Böylelikle de Karşıt olma Karşı Gelme Bozukluğu ile cinsiyet değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu saptanmıştır.

Literatürde KOKGB yaygınlığının sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilendiği ve daha çok alt sosyoekonomik sınıfa ait ailelerdeki çocuklarda görüldüğü belirtilirken, bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda da sosyoekonomik düzey ve aile eğitim düzeyi ile çocukta KOKGB görülmesi arasında bir ilişki bulunmamıştır (Çekiç, 2012).

Bizim çalışmamızda sosyoekonomik düzey belirlemek için yapılan ailenin aylık geliri , ev sahipliği ve araba olma durumları çerçevesinde KOKGB ile ailenin aylık geliri ve araba olma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, KOKGB ile ev sahipliği durumu çerçevesinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. KOKGB tanısı alan çocukların ortalama aylık gelir olarak daha düşük düzeye sahip oldukları ve ailesinin arabasının olmadığı saptanmıştır. Anne-baba eğitim düzeyi ile çocukta KOKGB görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

DB

Eşhastalanımın varlığında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun klinik özellikleri, şiddeti, uzun dönemli gidişi, tedavi yanıtı ve yaşam kalitesi algısını etkilediği yapılan araştırmalarla saptanmıştır (Yıldız, Memik, Ağaoğlu, 2010).

Literatürde DB prevalansı yapılan çalışmalarda % 1-16 arasında bildirilmiştir.

Davranım bozukluğu ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun birlikteliğiyle ilgili Biederman (2005)'ın DEHB tanısı konulan 6 ile 17 yaş aralığındaki çocuklarla yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan çocukların % 25' ine Davranım Bozukluğunun eşlik ettiği sonucu saptanmıştır.

Ülkemizde DB yaygınlığı ile ilgili olarak Trabzon ilinde 6-12 yaş aralığında 1226 ilkokul öğrencisinde aile ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konan bir çalışmada DB yaygınlığı 4.4% olarak bulunmuştur(Uysal, 2012).

Wolraich ve arkadaşları ise DSM-IV kriterlerine göre, ilkokul çocuklarında öğretmenleri tarafından doldurulan ölçeklere göre DEHB saptadıkları olgularda, % 15.6 DB saptamışlardır (Uyan,2008).

Bizim araştırmamızda sıklık saptanmasında esas olarak aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda

septomun varlığından söz edilmiştir. DB yaygınlık oranı ise, %3 olarak saptanmıştır. Belirtilen çalışmalardaki oranlara göre daha düşük bir değer bulunmuştur. Yaygınlık oranındaki bu önemli farklılığın örneklemin yaş aralığı ve araştırmalarda kullanılan birbirinden farklı tanı sistemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Davranım Bozukluğunun toplumda görülme yaygınlığına bakıldığı zamanda erkeklerde; %6-16, kızlarda ise; % 2-9 olduğu tespit edilmiştir (APA, 1994).

Yapılan çalışmalarda bozukluğun hem çocukluk hem de ergenlik döneminde erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü bulunmuş, erkek kız oranı 4/1 olarak saptanmıştır (Çekiç, 2012).

Bizim araştırmamızda ise, çocukların Davranım Bozukluğu puanlarının cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Böylelikle de Davranım Bozukluğu ile cinsiyet değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu saptanmıştır.

Literatürde Davranım Bozukluğu yaygınlığının sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilendiği; daha çok alt sosyoekonomik sınıfa ait ailelerdeki ve parçalanmış ailelerdeki çocuklarda görüldüğü belirtilmiştir. Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda sosyoekonomik düzey ve aile eğitim düzeyi ile çocukta DB görülmesi arasında bir ilişki bulunmamıştır (Çekiç, 2012).

Çalışmamızda sosyoekonomik düzey belirlemek için yapılan ailenin aylık geliri, ev sahipliği ve araba olma durumları çerçevesinde DB ile ailenin aylık geliri ve araba olma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, DB ile ev sahipliği durumu çerçevesinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. DB tanısı alan çocukların ortalama aylık gelir olarak daha düşük düzeye sahip oldukları ve ailesinin arabasının olmadığı saptanmıştır. Anne-baba eğitim düzeyi ile çocukta DB görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

5-7 yaş grubu anaokulu ve ilkokul 1. sınıfta okuyan 275 çocuğun bulunduğu örnekleme DSM-IV'e dayalı Dr.Atilla Turgay'ın ölçeği ile aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığının kabul edilme durumuna göre 67çocukta DEHB kriterleri ortak olarak karşılanmıştır. Bu da aile ve öğretmenin ikisinin de ölçek doldurduğu 275 öğrencinin %24'ünü oluşturmaktadır.

Aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığının kabul edilme durumuna göre alt tiplere baktığımız zaman DEHB-D %11,DEHB-H %8 ve DEHB-B ise %6 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bizim araştırmamızda en sık olarak bildirilen DEHB-D ve en az olarak bildirilen ise DEHB-B'dir. Alt tipler ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Aile ve öğretmenin aynı öğrenci için doldurmuş oldukları ölçeklerin ikisinde de yeterli puanı aldığı durumda semptomun varlığının kabul edilme durumuna göre, KOKGB'nin %7 ve DB'nin ise %3 oranında DEHB semptomlarına eşlik ettiği saptanmıştır.

Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'E Dayalı Tarama Ve Değerlendirme Ölçeği İle Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki Sonuçları aşağıda maddeler halinde sunulmuştur:

- Araştırmaya katılan babaların 69'u (%25,0) 26-33 yaş, 171'i (%62,0) 34-41 yaş ve 35'i (%13,0) 42-50 yaş ve üzeri olmak üzere toplam 275 baba araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan babaların 31'i (%11,0) ilkokul mezunu, 35'i (%13,0) ortaokul, 122'si (%44,0) lise/meslek lisesi, 8'i (%3,0) Ön lisans/Yüksekokul ve 79'u (%28,7) lisans/üniversite mezunu olmak üzere toplam 275 baba araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan babaların 10'u (%4,0) çalışmıyor ve 265'i (%96,0) çalışıyor olmak üzere toplam 275 baba araştırmaya dâhil edilmiştir.

- Araştırmaya katılan annelerin 5'i (%2,0) 18-25 yaş, 150'si (%55,0) 26-33 yaş, 116'sı (%42,0) 34-41 yaş ve 4ü (%1,0) 42-50 yaş ve üzeri olmak üzere toplam 275 anne araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin 13'ü (%5,0) okur-yazar değil, 66'sı (%24,0) ilkokul mezunu, 25'i (%9,0) ortaokul, 93'ü (%34,0) lise/meslek lisesi, 15'i (%5,0) Ön lisans/Yükseköğretim ve 63'ü (%23,0) lisans/üniversite mezunu olmak üzere toplam 275 anne araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin 167'si (%61,0) çalışmıyor ve 108'i (%39,0) çalışıyor olmak üzere toplam 275 anne araştırmaya dâhil edilmiştir.

- Araştırmaya katılan çocukların 124'ü (%45,0) kız ve 151'i (%55,0) erkek olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 44'ü (%16,0) 5 yaşında, 154'ü (%56,0) 6 yaşında ve 77'si (%28,0) 7 yaşında olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 65'i (%23,6) tek çocuk, 105'i (%38,2) 1 kardeş, 66'sı (%24,0) 2 kardeş, 30'u (%10,9) 3 kardeş, 5'i (%1,8) 4 kardeş ve 4'ü (%1,5) 5 kardeş olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 45'i (%16,0) ailesi aylık 1300 TL ve altı, 124'ü (%45,0) 1300-3000 TL ve 106'sı (%39,0) 3000 TL ve üzeri olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 198'i (%72,0) ailesi kendi evine sahip ve 77'si (%28,0) ailesi kendi evine sahip olmamak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 167'si (%61,0) ailesinin arabası var ve 108'i (%39,0) ailesi kendi arabası yok olmak üzere toplam 275 çocuk araştırmaya dâhil edilmiştir.

- DEHB, KOKGB ve DB ile baba yaş değişkenleri bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

DEHB, KOKGB ve DB ile baba eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

DEHB, KOKGB ve DB ile baba çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

- DEHB ve KOKGB ile anne yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülürken, DB ile anne yaş değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

DEHB ile anne eğitim durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülürken, KOKGB ve DB ile anne eğitim durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

DEHB ve DB ile anne çalışma durumu değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülürken, KOKGB ile anne çalışma durumu değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülmüştür.

- DEHB, KOKGB ve DB ile cinsiyet değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

- DEHB, KOKGB ve DB ile yaş değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.
- DEHB ve KOKGB ile kardeş sayısı değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülürken, DB ile kardeş sayısı değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.
- DEHB, KOKGB ve DB sosyoekonomik düzey belirlemek için yapılan ailenin aylık geliri , ev sahipliği ve araba olma durumları çerçevesinde DEHB ile ailenin aylık geliri, ev sahipliği ve araba olma değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür. KOKGB ve DB için ise KOKGB ve DB ile ailenin aylık geliri ve araba olma değişkenlerinin bağımlı değişkenler olduğu görülürken, KOKGB ve DB ile ev sahipliği değişkenlerinin bağımsız değişkenler olduğu görülmüştür.

İLİŞKİ ANALİZİ

DEHB-D ile DEHB-H arasında istatistiksel olarak $r=0,422$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,422$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-H arttıkça DEHB-D’inde arttığı görülmüştür.

DEHB-D ile DEHB-B arasında istatistiksel olarak $r=0,623$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,623$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça DEHB-D’inde arttığı görülmüştür.

DEHB-B ile DEHB arasında istatistiksel olarak $r=-0,140$ düzeyinde negatif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=-0,140$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça DEHB düzeyinin azaldığı görülmüştür.

DEHB-D ile KOKGB arasında istatistiksel olarak $r=0,451$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,648$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-D arttıkça KOKGB’inde arttığı görülmüştür.

DEHB-D ile DB arasında istatistiksel olarak $r=0,396$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,396$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-D arttıkça DB’inde arttığı görülmüştür.

DEHB-B ile DEHB arasında istatistiksel olarak $r=0,442$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,442$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça DEHB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

DEHB-B ile KOKGB arasında istatistiksel olarak $r=0,382$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,382$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça KOKGB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

DEHB-B ile DB arasında istatistiksel olarak $r=0,293$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,293$; $p < 0,05$). Böylece DEHB-B arttıkça DB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

DEHB ile KOKGB arasında istatistiksel olarak $r=0,648$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,648$; $p < 0,05$). Böylece DEHB arttıkça KOKGB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

DEHB ile DB arasında istatistiksel olarak $r=0,552$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,552$; $p < 0,05$). Böylece DEHB arttıkça DB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

KOKGB ile DB arasında istatistiksel olarak $r=0,488$ düzeyinde pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir ($R=0,488$; $p < 0,05$). Böylece KOKGB arttıkça DB düzeyinin de arttığı görülmüştür.

Bu çalışma Türkiye genelini temsil etmemekle birlikte, Bursa'da yaşayan okula başlangıç çağı çocuklarıyla yapılan bu araştırmadan çıkan sonuçlar daha sonra Türkiye'de yaşayan okula başlangıç çağı çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun sıklığını belirlemek üzere yapılması planlanan geniş ölçekli bir başka araştırmaya öncülük yapabilecek nitelik taşımaktadır. Bu çalışmada DEHB'nin 5-7 yaş arasındaki okula başlangıç çağı çocuklarında sık olarak bulunduğu ve DEHB'ye sık olarak diğer Yıkıcı Davranış Bozukluklarının eşlik ettiği saptanmıştır. Ancak ülkemizdeki sıklık tespiti için bu alanda yapılması gereken daha bir çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun, öğretmen adına sınıf yönetimi bakımından zorluklar oluşturan bir sorun olduğu aşikardır. Sınıfta çözülmediği zaman rehberlik birimlerine ve okulun bütününe yansımaktadır. Bu sebeple Dikkat Eksikliği ve

Hiperaktivite Bozukluğunun sınıfta ne şekilde yönetileceğiyle sistem içerisinde geliştirileceği doğrudan olarak sınıf yönetiminin ilgi alanına girmektedir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde ilacın dışında tedaviler içinde aile eğitimi ve okulla ilgili girişimlerin etkisi tartışılmaz. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin daha hafif görüldüğü durumlarda, okul öncesi döneminde olan çocuklarda ve ebeveynlerin ilaç tedavisine direnç gösterdiği durumlarda ebeveyn eğitimi ve okula yönelik girişimler uygulanabilir. Bu girişimler ise aşağıda maddeler halinde sunulan prensipler çerçevesinde yapılabilir.

Anne-baba eğitiminin temel prensiplerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Türkyılmaz, 2010):

1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve davranış problemlerinin tanıtılarak; meydana gelme sebepleriyle ilgili bilgilendirilmesi.
2. Anne-babanın kararlı ve tutarlı davranmasını sağlamak.
3. Çocuğun olumlu davranışlarına ilgi göstermek ve uyumunun arttırılması.
4. Etkili yönerge verme.
5. Puan sisteminin uygulanması.
6. Ceza zamanı uygulaması.
7. Okulla işbirliği kurulması.

Okulla ilgili uygulamaların temel prensiplerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Türkyılmaz, 2010):

1. Sınıfta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerini en aza indirecek olan yerlerde oturmasını sağlamak.
2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerinin akademik başarıyı düşürmesini engelleme,
3. Okulda ödül ve ceza sistemini uygulama,
4. Ebeveynler ile iletişimde olarak ortak davranış paterni sağlama,
5. Akademik anlamda başarısızlığı önlemek amacıyla evde birebir ders çalışmayı sağlama.

Bu çocuklarda birinci derecede önem arz eden, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri azalarak, sağlıklı bir kişilik gelişmesidir. Okul yönetimi ve öğretmenlerin, bu çocukları devamlı sorunlar çıkaran ve cezalandırılması gerekli olan bireyler olarak değerlendirmesi ortaya bazı negatiflikler çıkarabilmektedir (Selçuk, 2000). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile benzeri yetersizlikleri bulunan öğrencileri, normal olan eğitime dahil etmek veya kaynaştırma yaklaşımları ile okullaşma sürecine katılmaları konusu, eğitim yönetiminin sorunlu olarak araştırılan alanlarından. Okulda başarılı bir kaynaştırma ve/veya dahil etme süreci temelde belirli bilgi birikimleri ve yönetsel beceri gerektirmesi, ulusal bazda araştırmaların konusu şeklinde dikkatleri pek çekmemiştir. PDR ve sınıf öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu konusunda bilgi ve birikimlerinin yetersiz olduğu noktada okul ve eğitim sistemi içerisinde oluşturulması gerekli olan anlayış değişikliklerini ve kültürleri de doğrudan etkilemektedir. Okul içinde nörolojik çoğulculuğun başarı ile ele alınması, bilgi tabanlı bir yönetim anlayışı ile gerçekleştirilememektedir. Mevcut olan araştırmalarda bu alanda bulunan eksikliği, sınıf ve PDR öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu tanıma yeterlilikleriyle temelde hangi düşünceyle hareket ettiklerinin açıklanarak ortaya koyulmaya çalışılması büyük önem teşkil etmektedir.

Bu çalışma Dikkat Eksikliği ve Hiperaktive Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu olan çocukların saptanarak tedaviye yönlendirilebilmesi ve ileriye dönük önlemlerin alınabilmesi açısından önem teşkil eden bir çalışmadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları toplumumuzda çok iyi bilinmeyen bir konudur. Fakat bu bozuklukların ve yol açabileceği sorunların ailelere ve öğretmenlere anlatılması gerekmektedir. Böylelikle öğretmenler ve aileler daha bilinçli şekilde davranıp, sorunu erken olarak teşhis edip, bu sorunun tedavisi için çocuğa destek olarak, gerekli yadımı almalarını sağlayabilirler.

KAYNAKÇA

Albayrak C. E. (1998). Bursa İlinde Bir İlkokul Örnekleminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve İlgili Sosyodemografik Özellikler. Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Bursa.

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

Aslan, F. (2013). Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

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

Aysev ve Taner, (2007). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Ankara: Golden Basım.

Barkley RA. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder. Ed: Mash EJ, Barkley RA, Child psychopathology. 2nd Edition, pp. 75-143, Guilford Press, New York, USA.

Berry, L.L., Zeithaml, V.A. and Parasuraman, A. (1985), "Quality counts in services, too", Business Horizons, May-June, 44-52.

Biederman, J, Newcorn J ve Sprich S. (2011). Comorbidity of attention deficit

Biederman, J., (1992). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorder. *Am J Psychiatry*; 148: 54-577.

Biederman, J. (2005). Attention - Deficit / Hyperactiviy Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57; 11, 1215-1220.

Brown, R.T, (2005). Prevalence and Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care Stings, *Pediatrics*, 107 (3).

Cantwell D. P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(8):978-87.

Castellanos, FX. (1997). "Neuromimaging of Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *Children and Adolsecant Psychiatry Clinic N Am*, 6(2)383-410

Castellanos, FX. ve Rapoport, J.L. (1992). "Etiology of Attention Deficit Hiperactivity Disorder", *Children and Adolsecant Psychiatry Clinic N Am*, 1:373-384.

Celiloğlu, S., (2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Çölyak Hastalığı Sıklığı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi.

Cohen P, Cohen J, Kasen S, (1993). An epidomiological study of disorders in late childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34:851-67.

Connors CK, (2000). Multimodality therapies: Methodologic issues in research and practice. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*. 1994; 361-377.

Çekiç, M. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Odyolojik Bulgular. İstanbul: Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Dendy, A. Zeigler, (2000). Teaching Teens with ADD and ADHD, a quick reference guide for teachers and parents Chris

Dombeck, M.B. (2007). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: Relationship to anxiety in the current pregnancy. Health Care Women Int 22:649-65

Duran Ş. (2006). Psikiyatri Polikliğine Başvuran Hastalarda Erişkin DEHB Sıklığı ve Eştanı Durumları (tez). İstanbul: Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği; 2006.

Ercan E.S., Aydın C. (2000). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri. Üçüncü Baskı, İstanbul, Gendaş.

Ercan, E.S.ve Aydın, C. (1999). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Ekşi, A.(ed.). Ben Hasta Değilim. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ercan, E.S., Köse, S., Kutlu, A. (2012). Treatment Duration is Associated with Functioning and Prognosis in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 22(2), 148-60.

Everett, A.C. ve Everett, S.V. (1999), Family Therapy for ADHD, New York : Guilford Press.

Faraone SV, Perlis RH, Doyle AH, ve ark. (2005). Molecular Genetics of Attention Deficits/Hyperactivity Disorder. Biol Psychiatry 2005; 57:1313-23.

Faraone SV., (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet, 366:237-48

Faraone, SV. Biederman J, Keenan K (2006). A family-genetic study of girls with DSM-III attention deficit disorder. Am J Psychiatry.; 148: 112-117

Goldstein, S. ve Ellison, (2002). Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. In Clinician's to Adult ADHD Assessment and Intervention (ed. S. Goldstein and A.T. Ellison). Academic Press: California, USA

Gürsoy, T., (2010). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Katekol-Ometiltransferaz Gen Polimorfizminin Araştırılması, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Hechtman, L. (1996). Adult manifestations of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Vol. 2. p:3183. Lippincott Williams & Wilkins.

<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
erişim tarihi: 10.05.2015.

http://www.izkocluk.com/blog/dsm_5_ile_neler_degisti

http://www.balikesir.pol.tr/pdr/çalışan_anne_ve_çocuk

Kanay, A., (2006). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 9-13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

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

Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM

(2005) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry* 163:716– 723

Kotimaa, A.J. (2003). “Maternal Smoking and Hyperactivity in 8 Year-Old Children”, *Journal of Cademy Child and Adolescent Psychiatry*, 42:826-834.

Köroğlu E, Güleç C, Şenol S., (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, ss. 822-36.

Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. (Ed. Köroğlu E, Güleç C). Hekimler Yayım Birliği, Ankara, 2007, 822-837.

Mc Cracken, T., (2000). Attention deficit hyperactivity disorder. *Comprehensive textbook psychiatry*, BJ Sadock, VA Sadock (ed), Seventh edition, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2679-2688,

Monitel-Nova, (2003). Physical models of magmatic intrusion during thrusting. *Terra Nova* 15:405-409.

Motavallı Mukaddes, N., (1994) *Kentsel Kesimdeki Türk İlkokul Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının İncelenmesi*. Üst ihtisas tezi, İstanbul.

Munden, A. and Arcelus, J. (1999) *The AD/HD Handbook: a Guide for Parents and Professionals on Attention Deficit / Hyperactivity Disorder*. London: Jessica Kingsley

Öktem F. (1996). Dikkat Eksikliği Bozukluğu. *Katkı Pediatri Dergisi*, 5, 826-849.

Öner, P., Öner, Ö. ve Aysev, A., (2003). Dikkat Eksikliği Hiperaktive Bozukluğu, *Cilt 12, Sayı 3*.

Özcan E., Eğri M., Kutlu O. (1998). Okul Çağı Çocuklarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı: Journal of İnönü University Medical Faculty 1998; 5(2,3): 138-42.

Selçuk, Z. (2001), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar, Ankara : Pegem Yayınevi.

Summak, S.(2005). Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Programı “Eğitim Yönetimi Dersi” ders notları Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep

Şener, Ş. Dereboy Ç.I., Dereboy İ.F. ve Sertcan Y.(1997). Connors öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe Uyarlaması- Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2 (3).

Şenol, S. Karacan, E.ve Şener Ş. (2005). Çocukluk ve Ergenlik Çağında Sosyal Fobi, Ben Hasta Değilim [ed. Ekşi, A.], Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 310314.

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

Şenol, S., Şener, P. (1998). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı, C. Güleç, E. Köroğlu (Ed), Ankara : Hekimler Yayın Birliği, s.1119-1130.

Tahiroğlu, A., Çelik G., Avcı A., ve Seydaoğlu G.(2005). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Ergen Hastaların Özellikleri, Türk Psikiyatri Dizi. 47(3):142-146.

Turgay A., (1997). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Boyu Değişim. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü Kitabı İçinde, editor: Aysev A. ss. 111-132

Turgay, A. ve Semerci, B., (2014). Bebeklikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. (6. baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.

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

Türkbay T, Söhmen T. (2000). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Psikiyatri Dünyası 2000;4.57–63.

Türkbay, T., Erman, H. ve Söhmen, T. (2000). Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri ile Sürekli Performans Testi Değişkenleri Arasındaki İlişki. Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi, 8, 37 – 49.

Türkyılmaz, C., (2010). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Farklı Oral Hijyen Eğitim Tekniklerinin Etkinliğinin Karşılaştırılması, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Periodontoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Uyan, Z. (2008). Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Sıklığının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Uyan Z., Peker, G., Tekiner S. ve Ulukol, B. (2014). Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Araştırılması, Konuralp Tıp Dergisi 2014;6(3):21-26.

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 Karşıt Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Prevalansı. Uzmanlık Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı.

Üstün, A. Çiftci, B.A. ve Kinaci, B.Z. (2014). Ortaokul Öğrencilerinin Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliğine Yönelik Durumlarının Öğretmen ve Aile Algılarına Göre İncelenmesi (Amasya İli Örneği). Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. Cilt:3, Sayı:2, Makale No:01, ISSN:2146-9199

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

Weiss G., (1996). Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams and Wilkins 1996:544–563.

Weiss G., 1996, Attention deficit hyperactivity disorder, Ed: M. Lewis 1996, second edition, Williams Wilkins

Willoughby, M. (2003). Developmental course of ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: A review with recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 88-106.

MEB, www.orgm.meb.gov.tr erişim tarihi: 10.10.2015.

Yıldırım, F,(1998). Dikkat Eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğu Olan Okul Çocuklarında Biyolojik Markerlerin Belirlenmesi ve Tedavide Çinko Sülfat'ın Eklenmesi. Uzmanlık tezi, Trabzon.

Yıldız Ö, Çakın-Memik N, Ağaoğlu B. (2010). Quality of life in children with (attention-deficit hyperactivity disorder): A cross-sectional study. *Arch Neuropsychiatr* 2010; 47:314-318.

Yüce M. (2006). Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Komorbidite. Uzmanlık tezi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; Gaziantep.

Zorlu, A., (2012). Denizli Kent Merkezinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Prevalansı, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tez

EKLER

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Bursa İli Nilüfer Merkez İlçede Okula Başlangıç Çağı Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Çalışmanın Konusu: Bursa İli Nilüfer Merkez İlçede Okula Başlangıç Çağı Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı

Çalışmanın Amacı: Çocukluk çağında gözlenen önemli bir psikiyatrik bozukluk ve dolayısıyla önemli bir toplum sağlığı sorunu olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun Bursa ili Nilüfer merkez ilçede, okula başlangıç çağı çocuklarında yaygınlığının saptanması ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden yıkıcı davranış bozukluklarının birlikte görülme sıklığının araştırılmasıdır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Anket uygulaması şeklinde yapılacak olan bu araştırmada 2015-2016 eğitim öğretim yılında Bursa ili Nilüfer merkez ilçedeki anaokulu ve ilkokullardaki birinci sınıfta okuyan öğrenciler evren olarak alınacaktır. Çalışmanın örneklemini yaşları 5-7 arasında değişen seçkisiz olarak seçilecek olan öğrenciler oluşturacaktır. Bursa İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra araştırmanın uygulamalarına başlanacaktır. Uygulama çalışmada yer alacak tüm okulların yöneticileri ve rehber öğretmenleriyle görüşülüp yöntemin anlatılmasıyla başlayacaktır. Çalışmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam formu alınacaktır. Çalışmada her bir öğrenci için hem sınıf öğretmenlerinden hemde kendi ailelerinden ayrı ayrı birer adet ölçek formu doldurmaları istenecektir. Aileye kapalı zarf içinde öğretmenlere ise açık bir şekilde 1 adet Bilgilendirilmiş Onam Formu, 1 adet Sosyodemografik Özellikler Anket Formu ve 1 adet Prof. Dr. Atilla Turgay'ın Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM IV-R'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği verilecektir. Tüm bunların 7 gün içerisinde geriye teslim edilmesi istenecektir.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışma daha çok araştırma amaçlıdır. Bu araştırmadan çıkan sonuçlar dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun sıklığı ve önemini daha iyi anlamamıza yarayacak, dolayısıyla da başka dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan hastaların yararı için kullanılabilir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmada verilecek olan tüm bilgiler, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır. Bilgiler çalışma boyunca gizli tutulacaktır. Herkesin doldurduğu form ve ölçekler birleştirilip, toplu olarak değerlendirileceği için size özel sonuçlar elde etmek ve paylaşmak söz konusu değildir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Psikolog Didem Solmaz

solmaz.didem@hotmail.com -0531 838 53 77

ÇALIŞMAYA KATILIM ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

VASİ ADI SOYADI		İMZA
TARİH		

ARAŞTIRMACI ADI SOYADI		İMZA
TARİH		
TELEFON		

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Aşağıda, sizleri ve bakımını üstlenmiş olduğunuz çocuğu tanımamıza yardımcı olacak bir takım bilgiler istenmektedir. Lütfen dikkatli okuyunuz ve gerekli olan uygun cevabı veriniz.

ÇOCUK İLE İLGİLİ BİLGİLER
Cinsiyeti :
Yaşı :
Kardeş sayısı :
Ailenin ortalama aylık geliri : 1300 TL altı() 1300-3000 TL() 3000 TL üzeri()
Ev kendi eviniz mi ? :
Arabanız var mı ? :

BABA İLE İLGİLİ BİLGİLER

Yaşı :

Eğitim durumu :

Mesleği :

Çalışma durumu :

ANNE İLE İLGİLİ BİLGİLER

Yaşı :

Eğitim durumu :

Mesleği :

Çalışma durumu :

EK 3

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN DSM IV-R'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(Prof. Dr. Atilla Turgay)

Aşağıdaki sorular değerlendirmesini yapacağınız çocuğun sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

YAŞ :

CİNSİYET :

BU GÜNÜN TARİHİ :

FORMU DOLDURAN KİŞİNİN ÇOCUĞA OLAN YAKINLIĞI :

Öğretmen ()

Anne ()

Baba ()

Anne ve Baba birlikte ()

1.BÖLÜM

A. DİKKATSİZLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri ya da iş yerlerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5. Görev etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçır bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	0	1	2	3

7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8. Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unuttandır.	0	1	2	3

IA Bölümünden karşılanan ölçüt sayısı/9
IA Bölümünde alınan toplam puan/27

B. AŞIRI HAREKETLİLİK – DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11. Sınıf ya da oturması gereken durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir.)	0	1	2	3
13. Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15. Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17. Sırasını beklemkte güçlü	0	1	2	3

18. Başkalarının sözünü keser ya da

yaptıklarının arasına girer(başkalarının 0 1 2 3
konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)

IB Bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/9

IB Bölümünde alınan toplam puan/27

IA ve IB Bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı/18

Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı/54

II. BÖLÜM

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19. Kontrolünü kaybetme.	0	1	2	3
20. Erişkinlerle tartışma.	0	1	2	3
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23. Hataları ya da yanlış davranışları İçin başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24. Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25. Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3

II. Bölümde karşılanan ölçüt sayısı/18

II.Bölümde alınan toplam puan/54

III. BÖLÜM

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
A. İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık				
27. Kabadayılık eder tehdit eder gözdağı verir.	0	1	2	3
28. Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29. Eşyalarına ciddi biçimde zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca v.b.) kullanır.	0	1	2	3
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun , çanta kapıp kaçma, Tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33. Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
B. Mala zarar verme				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.	0	1	2	3

C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık

36. Başkalarının evine binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını aldatır)	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar(mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3

D.Kuralları ciddi biçimde bozma

39. 13 yaşından başlayarak ailesinin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir	0	1	2	3
40. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçtı(ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır.	0	1	2	3

III. Bölümde karşılanan ölçüt sayısı/15

III. Bölümden alınan toplam puan/45

I. II. III. Bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı/41

Her üç bölümden alınan toplam puan/123

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Didem SOLMAZ

Doğum Tarihi : 24.01.1991

E-Posta : solmaz.didem@hotmail.com

Eğitim durumu

Lisans Üstü

Üniversite : Üsküdar Üniversitesi

Bölüm : Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı

Öğrenim Tipi /Öğrenim Dili : Örgün Eğitim/Türkçe

Mezuniyet Tarihi : 2016

Lisans

Üniversite : Okan Üniversitesi

Fakülte/Enstitü : İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi

Bölüm : Psikoloji

Öğrenim Tipi /Öğrenim Dili : Örgün Eğitim/Türkçe

Mezuniyet Tarihi : Ağustos 2014

Lise

Lise Adı : Bursa Süleyman Çelebi Lisesi

Mezuniyet Tarihi : Haziran 2009

Staj Deneyimleri

Ocak 2016 : Npİstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi – Ümraniye/İstanbul

Ağustos 2013 - Eylül 2013 : Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı – Nilüfer/Bursa

Haziran 2013- Temmuz 2013 : Özel Bahar Hastanesi Psikolojik Danışmanlık Bölümü- Osmangazi/Bursa

Yabancı Dil (ler) ve düzeyi

Yabancı Dil : İngilizce

Öğrenilen Seviye : Orta Seviye