



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DEHB TANISI ALAN 6-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN
ANNELERİNDE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNİN
İNCELENMESİ**

**Nükhet Gümüşel
124102163**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sevda ASGAROVA**

İSTANBUL - 2015

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DEHB TANISI ALAN 6-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE
PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNİN İNCELENMESİ**

**Nükhet Gümüşel
124102163**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sevda ASGAROVA**

İSTANBUL - 2015



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124101049
Öğrenci Adı Soyadı	: Nükhet Gümüşel
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Sevda Asgarova
Tezin Başlığı	: DEHB Tanısı Alan 6-12 Yaş Arası Çocukların Annelerinde Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 25.06.2013	Saati	: 10.00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Hüsnü Erkmen	
Danışman Üye	Prof. Dr. Sevda Asgarova	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Nadire Gülçin Yıldız	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : / / 20

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

DÖZET

(GÜMÜŞEL, Nükhet, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)
*DEHB Tanısı Alan 6-12 Yaş Arası Çocukların Annelerinde Problem Çözme
Becerilerinin İncelenmesi*

Beyin işlevlerinin ölçülebilirliği ile ilgili argümanların artması ile beraber tanılamada çok yönlülük ve isabet oranının artması sonucunu doğurmuştur. Bu kapsamda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Çocuk ve Ergen Psikiyatri alanında önde gelen çalışma ve araştırma konularının başında gelmektedir.

Buradan hareketle tanı ve tedavide, sadece hasta öznesi ile yetinmeyen yaşam alanı, yaşam kültürü ve birlikte yaşayan diğerlerini de ele alan yaklaşım hem etkin tedavi hem de tedavinin profilaktik etkisi adına büyük önem taşımaktadır.

DEHB tanısı almış çocukların ailelerinde rastlanan psikopatoloji ve psikolojik yük ve bunların görülme sıklığı ile ilgili araştırmalara rastlamak mümkündür. Bu araştırmaların birinde DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu %12.3 ve anksiyete bozukluğu %8.1 olarak görülürken %6.8 oranında yetişkin DEHB'ı görülmüştür (Güçlü ve Erkıran, 2004).

Çalışmada örneklem grubu ve kontrol grubundan veri toplamak amacıyla sosyodemografik bilgi formu, Beck Anksiyete Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri (Form-A) kullanılmıştır.

Araştırmada;

1. Örneklem ve kontrol gruplarında çocukların annelerinin demografik özelliklerinin (Eğitim ve iş) dağılımları,
2. Örneklem ve kontrol gruplarında çocuk olguların cinsiyetlerine göre annelerinin eğitim durumlarının değerlendirilmesi,
3. Örneklem ve kontrol gruplarında çocuk olguların cinsiyetlerine göre annelerinin iş durumlarının değerlendirilmesi,
4. Örneklem ve kontrol gruplarında çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre PÇE toplam puanı ve PÇE alt testlerinin değerlendirilmesi,
5. Örneklem ve kontrol gruplarında çocukların annelerinin iş durumlarına göre PÇE toplam puanı ve PÇE alt testlerinin değerlendirilmesi,
6. Örneklem ve kontrol gruplarında anne eğitim durumuna göre anksiyete puanlarının değerlendirilmesi,
7. Örneklem ve kontrol gruplarında anne iş durumuna göre anksiyete puanlarının değerlendirilmesi,
8. Çocukların cinsiyetine göre örneklem ve kontrol gruplarında PÇE alt testlerinin değerlendirilmesi,

9. Örneklem ve kontrol gruplarında annelerin eğitim durumlarına göre PÇE alt testlerinin değerlendirilmesi,
10. Örneklem ve kontrol gruplarında annelerin iş durumlarına göre PÇE alt testlerinin değerlendirilmesi,
11. Örneklem ve kontrol gruplarında anksiyete puanları ile PÇE alt test puanlarının ilişkilerinin değerlendirilmesi incelenmiştir.

Öncelikle demografik bilgi formu üzerinden örneklem grubu ve kontrol grubunda annelerin eğitim ve iş durumlarının dağılımları tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda:

Örneklem grubunda;

- Yüksek öğrenim almamış annelerin kaçınan yaklaşım puan ortalamaları, yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.003$; $p<0.01$). Yüksek öğrenim almamış annelerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.047$; $p<0.05$).

Kontrol grubunda;

- Yüksek öğrenim almamış annelerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, Yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p:0.046$; $p<0.05$). Çalışmayan annelerin “problem çözme toplam puan” ($p:0.049$; $p<0.05$), “kaçınan yaklaşım” ($p:0.001$; $p<0.01$), “kendine güvenli yaklaşım” ($p:0.031$; $p<0.05$) puan ortalamaları çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Kontrol grubunda;

- Çalışmayan annelerin “kendine güvenli yaklaşım” ($p:0.022$; $p<0.05$), “planlı yaklaşım” ($p:0.022$; $p<0.05$) puan ortalamaları, çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Örneklem grubunda;

- Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre, yüksek öğrenim almamış annelerin anksiyete puan ortalamaları, yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.024$; $p<0.05$).

Kontrol grubunda;

- İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Örneklem grubunda;

- Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre, çalışmayan annelerin anksiyete puan ortalamaları, çalışan annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.004$; $p<0.01$).

Kontrol grubunda;

- İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çocuk olguların cinsiyetlerine göre;

- Kız çocukların annelerinde örneklem grubunun “düşünen yaklaşım” ($p:0.047$; $p<0.05$) ve “kendine güvenli yaklaşım” ($p:0.008$; $p<0.01$) puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.
- Erkek çocuk annelerinde örneklem grubu tüm PÇE alt teslerinde puan ortalamaları kontrol grubu puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Yüksek öğrenim almamış annelerde;

- Örneklem grubunun; “düşünen yaklaşım” ($p:0.020$; $p<0.05$), “kaçıngan yaklaşım” ($p:0.014$; $p<0.05$), “kendine güvenli yaklaşım” ($p:0.003$; $p<0.01$) puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Annelerin çalışma durumlarına göre;

- Çalışan annelerde örneklem grubunun; “aceleci yaklaşım” ($p:0.030$; $p<0.05$), “düşünen yaklaşım” ($p:0.001$; $p<0.01$), “değerlendirici yaklaşım” ($p:0.008$; $p<0.01$), “planlı yaklaşım” ($p:0.009$; $p<0.01$) puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.
- Çalışmayan annelerde ise örneklem grubunun “düşünen yaklaşım” ($p:0.018$; $p<0.05$), “kaçıngan yaklaşım” ($p:0.017$; $p<0.05$), “kendine güvenli yaklaşım” ($p:0.001$; $p<0.01$), “planlı yaklaşım” ($p:0.033$; $p<0.05$) puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Anksiyete puanı ve PÇE alt testlerinin ilişkisi değerlendirildiğinde;

- Örneklem grubunda; anksiyete puanı ile “kaçıngan yaklaşım” arasında pozitif yönde %34.1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.008$; $p<0.01$).
- Kontrol grubunda ise; anksiyete puanı ile “kaçıngan yaklaşım” arasında pozitif yönde %30.6 düzeyinde ($p:0.017$; $p<0.05$) ve “kendine güvenli” yaklaşım pozitif yönde %27.1 düzeyinde ($p:0.036$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, DEHB, Problem çözme, Aceleci, Düşünen, Kaçıngan, Değerlendirici, Kendine güvenen, Planlı.

II)ABSTRACT

(GÜMÜŞEL, Nükhet, Post Graduate, İstanbul, 2015)

Research about problem solving skills of the mothers of 6-12 aged children diagnosed with ADHD

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, is one of the leading study and research in the field of Child and Adolescent Psychiatry. Especially with the increased measurability of the arguments relating to diagnose brain function and versatility has led to the increase of hit rate.

Hence the diagnosis and treatment of patients subject just not satisfied with living area, living culture and approach in dealing with others living together is very important effect on behalf of both the active treatment and prophylactic treatment.

Psychopathology and psychological burden encountered the families of children who were diagnosed with ADHD and research can be found on their incidence. Research conducted by Güçlü&Erkiran (2004) found that the parents of children with ADHD rated with mood disorder 12.3% and anxiety disorder 8.1% and %6.8 adult ADHD is also seen.

To collect data from a sample group and the control group in the study; demographic information form, Beck Anxiety Inventory and Problem Solving Inventory (Form-A) is used.

In the study; (1) The sample and the control group in their mothers' demographic (education and work) distribution of properties, (2) Samples and evaluation of the educational status of the mother according to the sex of the control group of children cases, (3) evaluation of the business situation of the mother according to the study and control group sex of their child patients (4) According to the education of the mothers in the study and control group case evaluation of the total score of PÇE and PÇE subtests, (5) According to the mothers in the study and control group business case evaluation of PÇE total scores and PÇE subtests (6) mothers in the study and control groups evaluation of anxiety scores by education level, (7) According to the mother's employment status in the study and control groups to evaluate the anxiety score (8) in the sample and the control group compared to the children's gender evaluation of PÇE

subtests, (9) According to the study and control groups in maternal educational status PÇE sub evaluation of the test, (10), according to the mothers of the business situation in the study and control groups to assess the PÇE subtests, (11) the study and control groups were analyzed to evaluate the relationship of anxiety scores and PÇE lower test scores.

First Mountain of demographic information on the sample group and the control group in the form of mother's education and job status has been determined. The results of statistical analysis: The sample group; higher education of mothers with avoidant approach mean scores, the average score of the mothers have received higher education is highly statistically significant ($p = 0.003$; $p < 0.01$). Higher education of mothers confidently approaches the mean scores, the average score of the mothers have received higher education is highly statistically significant ($p = 0.047$; $p < 0.05$). In the control group; Higher education of mothers confident approach mean scores were statistically significantly lower than the average score of the mothers have received higher education ($p = 0.046$; $p < 0.05$). The working mother "problem solving total scores" ($p = 0.049$; $p < 0.05$), and "avoidant approach" ($p = 0.001$; $p < 0.01$), "a confident approach" ($p = 0.031$; $p < 0.05$) scores otal someone working mothers statistically significant higher scores in the average. In the control group; The working mother "confident approach" ($p: 0.022$; $p < 0.05$), "planned approach" ($p = 0.022$; $p < 0.05$) mean scores, the mother of employees is statistically significantly lower average scores. According to the education level of mothers; In the sample, higher education of mothers with anxiety mean scores, the average score of the mothers have received higher education is highly statistically significant ($p = 0.024$; $p < 0.05$). There is no statistically significant difference in the control group ($p > 0.05$).

According to the working status of mothers; In the sample group, working mothers' anxiety mean scores, the mother of employees is significantly higher mean scores statistically significant ($p = 0.004$; $p < 0.01$). There is no statistically significant difference in the control group ($p > 0.05$). Of the sample group in the girls' mother according to the sex of the child patients "thinking approach" ($p = 0.047$; $p < 0.05$) and "self-confident approach" ($p = 0.008$; $p < 0.01$) in mean scores were higher in a statistically significant level of the average of the control group.

The boy's mother sample group average scores in all PÇE sub-group score higher on the test access control systems statistically significant from the mean. Sample group of mothers in higher education; "Minded" approach ($p = 0.020$; $p < 0.05$), and "avoidant approach" ($p = 0.014$; $p < 0.05$), "a confident approach" ($p = 0.003$; $p < 0.01$) in mean scores, the average of the control group was statistically It is significantly higher. Mother of the sample according to the working condition of the working mothers; "Slapdash approach" ($p = 0.030$; $p < 0.05$), "thinking approach" ($p = 0.001$; $p < 0.01$), "evaluative approach" ($p = 0.008$; $p < 0.01$), "planned approach" ($p = 0.009$; $p < 0.01$) average scores are statistically significantly higher level of the average of the control group.

In non-working mother sample group of "thinking" approach ($p = 0.018$; $p < 0.05$), and "avoidant approach" ($p = 0.017$; $p < 0.05$), "a confident approach" ($p = 0.001$; $p < 0.01$), "planned approach" ($p = 0.033$; $p < 0.05$), the mean scores are significantly higher level than the average of the control group. When anxiety scores and PÇE subtests evaluated the relationship between sample groups; with anxiety scores "avoidant approach" has significant positive relationship between the level of 34.1% ($p = 0.008$; $p < 0.01$). In the control group; with anxiety scores "avoidant approach" 30.6% in the positive direction between ($p = 0.017$; $p < 0.05$) and "confident" approach to 27.1% at the level of positive ($p = 0.036$; $p < 0.05$) it is associated statistically significant.

Key words: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, ADHD, Problem Solving, Slapdash, Thinking, Avoidant, Evaluative, Confident, Planned.

III)ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanında içinde bulunduğumuz yüzyılın hem en çok tanılanan hem de üzerinde en çok araştırma yapılan durumu olmuştur. Tanılamada hassasiyetin önemli olduğu kadar tedavi seçeneklerinde de çok yönlü çalışılması gereken bir rahatsızlıktır. Buradan hareketle tanı ve tedavide, sadece hasta öznesi ile yetinmeyen yaşam alanı, yaşam kültürü ve birlikte yaşayan diğerlerini de ele alan yaklaşım hem etkin tedavi hem de tedavinin profilaktik etkisi adına büyük önem taşımaktadır.

DEHB’de çocuğa ve aileye verilen psikolojik hizmette çocuğa yaklaşım, çocuğun bazı toplumsal uyumları sağlayabilmesinde gereken yönlendirmeleri yapabilme ve aileye çocuğa rehber görevi görmesinde yardımcı olma çok önemli bir yer tutmaktadır. Ailenin rehberliği açısından da problem durumlarında nasıl davrandıkları, geliştirdikleri çözüm alternatifleri önemli yer tutmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocukların annelerinin ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış aynı yaş grubu çocukların annelerinin problem çözme stillerinin kaygı düzeyleri, iş ve eğitim durumlarına göre incelenmesi hedeflenmiştir.

Öncelikle bizlere yüksek eğitim imkanını sağlayan kurucu Rektör Sayın Prof. Dr. Nevzat Tarhan Hocamızın şahsında Üsküdar Üniversitesi ve çok değerli öğretim elemanlarına minnet ve şükranlarımı sunarım.

Araştırmanın planlanmasından gerçekleştirilmesine kadar geçen sürede birçok kişinin yardımları olmuştur. Öncelikle, çalışmamın her aşamasında bilimsel katkıları ile bana yardımcı olan, gece gündüz desteklerini esirgemeyen, bilgisi ve manevi desteği ile beni sürekli motive eden tez danışmanım, Sayın Prof. Dr. Sevda Asgarova'ya en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez verilerimi elde etme aşamasında bana yardımlarını esirgemeyen Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Sayın Yrd. Doç. Dr. Serdar Alparslan’a, İTÜ Geliştirme Vakfı Özel Dr. Natuk Birkan İlkokulu ve Ortaokulu Yönetimi ve Rehberlik Servisine, verilerimi analiz ederken bana zamanını ayırıp, bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan, fikir ve yönlendirmeleri ile desteğini her daim hissettiren sevgili eşim Sayın Uzm. Psk. Orhan Gümüşel'e teşekkürü bir borç bilirim. Son olarak eğitim hayatım boyunca benden destek ve önerilerini esirgemeyen tüm aileme sonsuz teşekkürler ederim.

Nükhet Gümüşel

İstanbul, Haziran 2015

IV)YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “DEHB Tanısı Alan 6-12 Yaş Arası Çocukların Annelerinde Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



15/06/2015

Nükhet GÜMÜŞEL

V)İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
I)ÖZET.....	i
II)ABSTRACT.....	v
III)ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	viii
IV)YEMİN METNİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
V)İÇİNDEKİLER.....	x
VI)KISALTMALAR VE SİMGELER	xii
VII)TABLOLAR LİSTESİ.....	xiii
VIII)ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ.....	15
BİRİNCİ BÖLÜM: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) ..	18
1.1. TANIMLAMA VE TARİHÇE	18
1.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI VE CİNSİYET FARKLARI.....	20
1.3. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ.....	21
1.3.1. Genetik Etkenler	21
1.3.2. Beyin İşlevleri ve Nöranatomi	22
1.3.3. Nörokimyasal Etkenler	23
1.3.4. Psikososyal Etkenler	23
1.4. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE TANI ÖLÇÜTLERİ	25
1.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TÜRLERİ	30
1.6. KAYGI İLE DEHB İLİŞKİSİ.....	32
1.7. DEHB TANISI ALAN ÇOCUĞUN AİLESİ	33
1.8. PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ.....	34
İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM	37
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	37
2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	37
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	38
2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	38
2.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	38
2.3.3. Problem Çözme Envanteri (PÇE)	38
2.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	39
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR	41

SONUÇ VE TARTIŞMA	61
KAYNAKÇA.....	69
Ek-1: Sosyodemografik Bilgi Formu	78
Ek-2: Problem Çözme Envanteri	82
Ek-3: Beck Anksiyete Ölçeği.....	84
Ek-4: Özgeçmiş.....	86



VI) KISALTMALAR VE SİMGELER

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

DAT: Dopamin taşıyıcıları (Dopamintransporter)

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

SPECT: Single Photon Emission Computerized Tomography

EEG: Elektroensefalogram (Beyin Akım Grafiği)

QEEG: Kantitatif Elektroensefalogram

MAO: Monoamin Oksidaz

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

CBCL: Child Behavior Checklist (Çocuk Davranış Sorunları)

WISC-R: Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği)

CDÖ: Connors Derecelendirme Ölçekleri

CADÖ: Connors Aile Derecelendirme Ölçeği

ÖÖG: Özel Öğrenme Güçlüğü

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PÇE: Problem Çözme Envanteri

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

VII)TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: DEHB'nin Yaş Dönemlerine Göre Klinik Özellikleri	25
Tablo 2: DEHB Tanı Kriterlerinin DSM-V ve ICD 10 İle İncelenmesi	27
Tablo 3: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Annelerinin Bazı Demografik (Eğitim ve İş) Özelliklerinin Dağılımları	41
Tablo 4: Gruplarda Çocuk Olguların Cinsiyetlerine Göre Annelerinin Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi	42
Tablo 5: 6-12 Yaş Çocuk Olguların Annelerinin Eğitim Durumlarının Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı	44
Tablo 6: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Annelerinin Eğitim Durumlarına Göre Problem Çözme Toplam Puanı ve Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi	46
Tablo 7: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Annelerinin Çalışma Durumlarına Göre Problem Çözme Toplam Puanı ve Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi	48
Tablo 8: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Anne Öğrenim Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Değerlendirilmesi	51
Tablo 9: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Anne Çalışma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Değerlendirilmesi	52
Tablo 10: Çocukların Cinsiyetlerine Göre Örneklem ve Kontrol Gruplarında Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi	53
Tablo 11: Çocukların Annelerinin Eğitim Durumlarında Örneklem ve Kontrol Gruplarına Göre Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi	55
Tablo 12: Çocukların Annelerinin Çalışma Durumlarında Örneklem ve Kontrol Gruplarına Göre Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi	57
Tablo 13: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Anksiyete Puanı ile Problem Çözme Alt Test Puanlarının İlişkilerinin Değerlendirilmesi	59

VIII)ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: 6-12 Yaş Çocuk Olguların Annelerinin Eğitim Durumlarının Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı..... 43

Şekil 2: 6-12 Yaş Çocuk Olguların Annelerinin Eğitim Durumlarının Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı45

GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olmak üzere üç bileşenden meydana gelen ve birden fazla alanda işlevsellikte bozulmaya yol açan, çocukluk çağında en sık karşılaşılan nöropsikiyatrik bir rahatsızlıktır (Soysal ve Özdemir, 2004).

DEHB, dikkati gereken biçimde gereken yere yönlendirememesi, dürtüleri kontrol etmekte güçlük, aşırı hareketlilik ve akran ilişkilerinde zorlanma, toplumsal kurallara uyumda zorluklar, akademik başarısızlıklar gibi klinik özelliklerle seyreden bir bozukluktur (Yazgan, 1999).

DEHB'nin tanısının konulmasında semptomlar çok önemli bir yer tutmaktadır. Semptomlar ve sıklıkları tedavide belirleyici bir rol üstlenmektedir. DEHB'de çocuğa ve aileye verilen psikolojik hizmette çocuğa yaklaşım, çocuğun bazı toplumsal uyumları sağlayabilmesinde gereken yönlendirmeleri yapabilme ve aileye çocuğa rehber görevi görmesinde yardımcı olma çok önemli bir yer tutmaktadır. Verilecek psikolojik hizmette çocuğun gösterdiği semptomlar da dikkate alınmalıdır. Öyle ki, çocukların gösterdikleri semptomlarla, işlevsellikteki bozulmaları oldukça ilişkilidir. Örneğin; dikkat eksikliği ile okul işlevselliğindeki bozulma arasındaki ilişkinin güçlü olduğu bildirilmektedir (Gordon vd., 2005).

On dokuz yıllık meslek yaşantımın çok büyük kısmını anaokulu ve ilkokul çağındaki öğrenciler ile geçirdim. Bu birikim ve literatür okumalarında paralel biçimde gözlemlediğim önemli bir husus DEHB tanısı ile tedavi süreci yürütülen ve DEHB'si olmayan çocukların annelerinde hem kaygı düzeyleri hem de problem çözme stilleri arasında farklar olduğudur.

Bu tez çalışmasının amacı; DEHB tanısı almış 6-12 yaş arasındaki kız ve erkek çocuklarının annelerinin kaygı düzeylerinin ve problem çözme stillerinin analiz edilmesi ve karşılaştırılmasıdır. Bu sayede tanı ve tedavide, sadece hasta öznesi ile yetinmeyen yaşam alanı, yaşam kültürü ve birlikte yaşayan diğerlerini de ele alan entegratif bir yaklaşımın hem etkin tedavi hem de tedavinin proflaktik etkisi adına

bilgilerin elde edileceği ve sonuçların değerlendirileceği, böylece yapılacak olan diğer çalışmalara yön vermesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

DEHB eksenli yapılan bir çok akademik çalışmada sıklıkla karşı olma–karşı gelme bozukluğu, anksiyete bozukluğu, özel öğrenme güçlüğü gibi tanılar eşlik ettiği görülmüştür. Bunun yanı sıra erişkinlik döneminde ise, DEHB’de sıklıkla anksiyete bozukluğu, öfke kontrol problemleri, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluğu gibi bozukluklar sıklıkla eş tanı olarak bulunmaktadır (Torun vd., 2009).

DEHB sadece bir çocukluk çağı bozukluğu değildir ve yaşam boyu gözlenebilmektedir. Çocukluk döneminde yaygın görülmekle birlikte, tedavi edilmediği takdirde erişkinlikte de devam eder. Bu durumun hem kişisel anlamda hayat kalitesini düşürdüğü hem de aileden başlamak üzere toplumun her katmanının da aynı etkiyi yaratabileceği savı hayalperestlik olmaz. Rehabilite edildiğinde topluma verimlilik anlamında katma değer sağlayabilecek imkanları yaratmak gerekir.

DEHB, sadece rahatsızlığı olan kişiyi değil; ailesini, okulunu ve sosyal ilişkilerini de etkiler. Bu yüzden çocukta var olan ve baskın olan belirtilerle, bunların çevreyi ve çocuğu nasıl etkilediği iyi analiz edilmeli ve tedavi sürecine çevrede dahil edilmelidir.

DEHB tanısı almış çocuklarda problem alan ve durumlar, çocuğun yaşamını zorlaştırdığı gibi ailesinin de yaşamını zorlaştırmaktadır ve onların da problem çözme becerilerinde isabetsizlik, kararsızlık, tutarsızlık gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu yüzden yaklaşım ve tutum açısından ailenin özellikle de annelerin bilinçlendirilmesi ve bu süreçte hem kendi psikolojik coğrafyaları hem de problem çözme stillerine uygun yönlendirilmeleri oldukça önem arz etmektedir.

Çalışma ile ilgili oluşturulan sekiz hipotez mevcuttur ve yapılacak araştırma ile bu hipotezlerin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma ile ilgili oluşturulan sekiz hipotez şu şekildedir:

1. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde eğitim durumuna göre problem çözme stillerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır.
2. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde iş (Çalışma / Çalışmama) durumuna göre problem çözme stillerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır.

3. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde eğitim durumuna göre anksiyete düzeylerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır.
4. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde iş (Çalışma / Çalışmama) durumuna göre anksiyete düzeylerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır.
5. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların cinsiyetine göre annelerinin problem çözme stillerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır.
6. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde eğitim durumuna göre problem çözme stilleri arasında farklılaşma vardır.
7. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde iş (Çalışma / Çalışmama) durumuna göre problem çözme stilleri arasında farklılaşma vardır.
8. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve problem çözme stilleri birbirleri ile ilişkilidir.

Çalışma yaşları 6 ile 12 yaş arasında değişen DEHB tanısı almış 34 erkek, 26 kız, DEHB tanısı almamış 26 erkek 34 kız olmak üzere toplamda 100 çocuğun anneleri ile yapılmıştır. Veriler; Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ) ve Problem Çözme Envanteri (PÇE) ile elde edilmiştir. Çalışma, betimsel yöntem ile yapılmış bir çalışmadır.

Çalışmanın sınırlılıkları; İstanbul ili içinde özel hizmet veren bir sağlık kuruluşuna başvuran çocuklar ve bir özel okulda eğitim gören öğrencilerin annelerinden oluşması, sadece anneler ile yapılması nedeniyle babalar hakkında bilgi edinilememiş olması ve annelerin eğitim ve iş özelliklerinin genel iki kategoride çalışılmış olması nedeniyle veri çeşitliliğinin artamaması olarak değerlendirilebilir.

BİRİNCİ BÖLÜM: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)

DEHB, geçen yüzyılın son çeyreği ve içinde bulunduğumuz yüzyılın da Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanında en önemli ve önde gelen ilgi alanlarından birisi olmuştur. Salt bir çocukluk çağı hastalığı olarak ele alamayacağımız DEHB son araştırmalarında işaret ettiği üzere yaşam boyu seyir gösterebilen bir hastalıktır. Tanı ve tedavi protokollerinde multidisipliner ve entegratif yaklaşımların gelişmesi ve artması ile ilgi çekiciliğini sürdürmektedir.

1.1. TANIMLAMA VE TARİHÇE

DEHB ile ilgili ilk tanımlamaların 18. yüzyılda “Kötü Çocuklar” (Bad Children) (Schachar,1986) olduğu şeklindedir. 19. yüzyılda ise “Çılgın Budalalar” (Mad Idiots) olarak yapıldığını görürüz. “Fevri Delilik” (impulsive insanity), “yetersiz inhibisyon” (defektive inhibition) şeklinde yapıldığı da bildirilmektedir (Thorley,1984).

DEHB'nin 20. yüzyılın başından bu yana tarihsel gelişimi incelendiğinde, araştırmacıların konuya yoğun ilgi gösterdikleri görülmektedir. İlk olarak 1798 yılında Alexander Crichton “Mental Restlessness” isimli kitabında DEHB'nin dikkatsizlik alt tipinden söz etmiştir (Palmer and Finger, 2001). 1846 yılında ise Alman bir psikiyatrist olan Heinrich Hoffmann “Struwwel Peter” isimli bir kitap yazmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatrik hastalıklarını anlatan kısa hikâyelerden oluşan, bu kitaptaki hikâyelerden biri olan Hareketli Philip'de DEHB belirtilerini gösteren bir çocuk anlatılmıştır. Burada Hofmann DEHB'yi Hiperkinetik bozukluk olarak tanımlamıştır (Fitzgerald et al., 2007).

Günümüzde kullanılabilecek, görece olarak kolay anlaşılır bir tanımlama ilk olarak, 1902'de Dr.George Still tarafından yapılmıştır. Still bu bozukluğu gösteren olguları ileri derecede hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocuklar olarak tanımlamış, erkek çocukların kızlara göre daha fazla etkilendiklerini belirterek, organik ve sosyal nedenler üzerinde durmuş, tabloyu organik zeminde gelişen “ahlaki kurallara uymada güçlük” (moral deficiency) diye adlandırmıştır (Şenol ve Şener,1998).

DEHB temel belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, erken çocukluk döneminde başlayıp sıklıkla ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde de devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur (DSM IV-TR, 2000). Ülkemizde yapılan bir tanımlamaya göre DEHB, “Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve istekleri erteleyememe (dürtüsellik) belirtileriyle ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur” (Ercan,2007). Goldstein’e göre; DEHB tanısı konulmuş kişilerin biliş, algı ve dikkat kapasitelerinde bozukluklar görülebilmektedir ve bu da; kişinin davranışsal, sosyal ve psikolojik alanlarda sorunlar yaşamalarıyla kendini gösterebilir (Goldstein,2002).

Bu çocukların ortak özellikleri, aşırı derecede heyecanlı ve hareketli olması, otoriteye ve disipline karşı gelmesi ve saldırgan olmalarıdır (Barkley and Murphy,2006). Çocukların bir konuya dikkatini vermekte ve sürdürmekte güçlük çektiklerini belirtmiş ve öğrenme güçlükleri yaşadıklarına yer vermiştir. Bu çocukların disipline edilmelerinde ceza yönteminin çok işe yaramadığını belirtmiş, çocukların cezaya rağmen kısa bir süre sonra aynı yanlış davranışı tekrar gösterdiklerine dikkat çekmiş ve Still, bu çocuklarda büyük ahlaki bozukluk olduğunu iddia etmiştir (Seawell, 2010).

Birinci Dünya Savaşı’nın ardından yaşanan İnfluenza Pandemisi sonlandığında hayatta kalan çocuklarda DEHB tanımında bahsedilen özellikle dürtüsellik gibi belirtilerinden birçoğu sıklıkla gözlenmiş ve durumun daha çok organik beyin hasarı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu yüzden sıklıkla “minimal beyin hasarı” terimi kullanılmaya başlanmıştır (Akt.,Türe, 2010).

1930’lara gelindiğinde DEHB’nin ilaçla tedavisine yönelik çalışmalara ağırlık verilmiştir. 1937 yılında Bradley, amfetaminin davranım sorunları olan çocuklarda, dikkati ve uyumu arttırdığını gözlemlemiştir (Akt.Hectman,2007). Yapılan bu çalışma, DEHB’nin tedavisinde stimulanların etkisini gösteren ilk kanıt olarak gösterilmektedir.

20. yüzyılın ikinci yarısı ile beraber DEHB oluşumunda kalıtımın etkisini araştırmaya ağırlık verilmiş, 1980 ve takip eden yıllarda ise DEHB’nin tedavi edilmediği takdirde kendiliğinden iyileşen bir hastalık olmadığı tespit edilmiş, yapılan çalışmalarla tedavi edilmeyen olgularda ergenlik ve yetişkinlik döneminde de hastalığın devam ettiği görülmüştür (Akt. Weiss and Murray, 2003; Akt. Wender et al., 1981).

Ruhsal bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı'nda (DSM) DEHB'nin ilk resmi tanımlanması yapılmıştır. DSM-II' de DEHB, "çocukluğun hiperkinetik reaksiyonu" şeklinde tanımlanmış, DSM-III de ise, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik belirtilerine yer verilmekle birlikte, birincil sorun olarak dikkat dağınıklığı üstünde durulmuştur. Tanı için, dikkatsizlik, hiperaktivite veya dürtüsellik semptomlarından sadece birinin varlığı yeterlidir. 1987 yılında, DSM-III-R de, tanı ölçütleri aynı kalmakla birlikte, bozukluğun adı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olarak değiştirilmiştir (Silver, 2004). DSM-IV'de (1994) ise tanı ölçütleri değiştirilmiştir. Günümüzde, DSM-V ölçütleri kullanılmaktadır. Bu ölçütler izleyen bölümlerde ayrıntılı olarak sunulmuştur.

1.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLME SIKLIĞI VE CİNSİYET FARKLARI

DEHB'nin görülme sıklığı hayli ilgi çeken bir araştırma konusudur. Uluslararası ve ulusal ölçekte bir çok çalışma yer almaktadır. Bu çalışmaların bir göstergesi olarak Avrupa kıtasında DEHB tanısının en az konulduğu ülke, %0,2 oran ile Almanya olurken en yüksek oran ise %27 ile Portekiz'dedir (Akt. Polanczyk and Jensen, 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde görülme sıklığı %4-10 arasında belirtilmektedir (Ercan ve Aydın, 2007).

DEHB'nin görülme sıklığı cinsiyet açısından da ele alındığında bazı farkların bulunduğunu gösterilmiştir. 2000 APA verilerine göre; DEHB görülme oranı erkek çocuklarda kız çocuklardan dört kat daha fazladır. Yine aynı verilere göre DEHB'nin okul dönemi çocuklarında görülme oranı %3-7 oranında belirtilmiştir. Polanczyk ve Jensen'in 1978 ve 2005 yılları arasında yapılan çalışmaları içeren meta analizinde; DEHB olgusuna kızlara oranla erkeklerde 2,4 oranında daha sık rastlanmaktadır.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalara baktığımızda bu oranın kısa sayılabilecek bir aralıkta yıllara göre değiştiğini görmekteyiz. 1994 yılında %6,5 ve 1998 yılında %8,6 olduğunu görüyoruz (Doğaroğlu, 2013).

DEHB'nin alt tipleri ve bu alt tipler arasında görülen cinsiyet farklarını da araştıran çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada dikkatsizliğin önde gelen tipinin kızlarda, diğer alt tiplere oranla daha sık rastlandığı bulunmuştur (Toros ve Tataroğlu, 2002).

1.3. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN NEDENLERİ

DEHB hem ortaya çıkışı hem de seyri göz önüne alındığında biyopsikososyal bir rahatsızlıktır. Yapılan bir çok çalışma da bu savı destekler niteliktedir. DEHB'nin nedenini açıklamaya yönelik, yıllar boyunca sayısız araştırma yapılmış olup hayli zengin bir bilgi havuzu oluşmuştur. Fakat bunlardan herhangi biri, DEHB'nin nedenini açıklamakta tek başına yeterlidir demek mümkün değildir. Çalışmalar daha çok organik ve sosyal nedenler çerçevesinde ilerlemiştir. Genellikle beyin görüntüleme, genetik, nörokimyasal değişimler ve psikososyal nedenleri açıklamaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda DEHB nedenlerini incelerken bu dört başlığı açıklamak faydalı olacaktır.

1.3.1. Genetik Etkenler

DEHB nedenleri araştırılırken üzerinde en çok durulan etkenlerden biri olarak genetik öne çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular kalıtım ve DEHB ilişkisinin güçlü olduğunu işaret etmektedir.

DEHB'de genetik etkenlerin önemi ilk olarak Cantwell ve Morrison ve Stewart tarafından ortaya konmuştur (Akgün, vd., 2011). Son yirmi yılda yapılan çalışmaların aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmalarının, çocukluk çağı DEHB etiolojisinin anlaşılması, genetik ve nörolojik etkilerinin tespit edilebilmesi açısından büyük yararları olmuştur. Tek bir ebeveynde DEHB tanısı varsa çocuklarda hastalanma oranı %20-54 olarak belirtilmektedir (Akgün, vd., 2011). DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerin ebeveynleri üzerinde yürütülmüş olan sekiz araştırmanın sonuçlarını değerlendiren bir meta analizde DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde DEHB tanısı için göreceli riskin ("Relative risk", RR) iki ile sekiz kat kadar arttığı gösterilmiştir. Genetik olarak aktarılabilen oranın 0.50- 0.98 aralığında değişebildiği ve monozigot ikizlerde DEHB konkordans oranının 0.80-0.98 aralığından daha yüksek oranda bulunduğu saptanmıştır (Brasnett-Harknett ve Butler, 2007).

Castellanos yaptığı bir çalışmada DEHB tanılı olguların kardeşlerinde DEHB görülme riski ise %25-35 civarındadır ve risk normal popülasyona göre yaklaşık üç kat artmıştır; ayrıca aynı çalışmada hem anne hem de babasında DEHB olan çocuklarda ise bu risk

%57'lere çıktığı belirtilirken yine bu olguların yakın akrabalarında bozukluğun görülme riski %10 ile %35 arasında değişmektedir (Castellanos ve Tannock, 2002).

1990 yılında Biederman ve meslektaşları tarafından yapılan bir çalışmada 75 DEHB'li çocuğun 457 birincil dereceden akrabası incelenmiştir. Yapılan analizlerin sonucunda DEHB'li çocukların birinci dereceden akrabalarının %25'i de bu rahatsızlığa sahip iken, DEHB dışı psikiyatrik hastalığı olan kontrol grubu çocukların ailelerinde ise bu oran %5 olarak belirlenmiştir (Bilge, 2013).

1.3.2. Beyin İşlevleri ve Nöranatomi

Uzun yıllar DEHB'nin beyin hasarına bağlı olarak ortaya çıkan bir olgu olduğu üzerinde durulmuştur. Zamanla gelişen beyin görüntüleme teknikleriyle beyin de ciddi hasarı olmayan, sağlıklı kişilerde de DEHB olabildiği saptanmıştır. Bu bilginin yanı sıra, DEHB tanısı olan bireylerle, sağlıklı bireylerin beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) sonuçları karşılaştırıldığında iki grup arasında bazı farklar olduğu saptanmıştır (Tahiroğlu ve Avcı, 2005).

Barkley yüksek fonksiyonlarla ilgili davranış inhibisyonu için prefrontal alan, çalışan hafıza için dorsolateral prefrontal alan, soyutlama ve inhibisyon için sağ prefrontal alan üzerinde durmuş; bu yapıların DEHB'nin nöroanatomik temelini oluşturduğunu belirtmiştir (Barkley, 1997). Yapılan görüntüleme çalışmalarında DEHB tanılı çocuklardaki küçülmenin beynin bu ve diğer bölgelerinde daha belirgin olduğu saptanmıştır (Öner vd.)

2001'de Giedd ve vd. yaptığı meta analizde DEHB'li çocuklarda total beyin hacminin aynı yaş ve cinsiyetteki kontrol grubuna göre yaklaşık olarak %5 oranında daha küçük olduğunu saptanmışlardır (Giedd vd., 2001).

Pozitron Emisyon Tomografi (PET), Single Photon Emission Tomography (SPECT) gibi sistemler DEHB tanılı hastaların beyin aktivitelerini görüntülemek amaçlı kullanılmaktadır. 3-10 ay, 2-4 yaş, 10-12 yaş ve 14-16 yaş dönemleri beyinin gelişimi açısından önemli dönemlerdir. Bu gelişim dönemlerinde gerilik gözlenen bireyler incelendiğinde, bu kişilerin DEHB belirtileri sergilediği gözlenmiştir. Daha küçük yaş grubunda EEG bulguları düzensiz seyrederken, bazı olgularda zaman içerisinde bu bulguların normale döndüğü belirtilmiştir (Şenol, 2008).

1.3.3. Nörokimyasal Etkenler

DEHB ve nörokimyasal etkenler ilişkisi de araştırmalarda çokça yer almıştır. Nöral iletişim sisteminin ana öğelerinden biri olan kimsayal iletişimin araştırılması hem isabetli tanı hem de etkin tedavi seçeneğinin belirlenmesinde hayli önemlidir.

“PET ile yapılan görüntüleme çalışmalarında, beyindeki bazı alanlarda hiperaktivite ve dikkat eksikliği olan kişilerde glikoz kullanımının farklı olduğu görölmüştür. Özellikle beyindeki uyarıları inhibe eden ve dikkat toplamayı sağlayan bölgelerde hiperaktif olan kişilerde daha düşük glikoz kullanımı bulunmuştur” (Abalı, 2009).

Nörokimyasal etkenler üzerine yapılan bazı çalışmalarda, DEHB tanısı alan bireylerde beyin kimyasal yapısında bozulmalar olduğu ve nörotransmitter düzeyinde bazı kimyasal maddelerin eksik salındığı öne sürölmektedir. DEHB nörotransmitter düzeyinde dopamin ve noradrenalin ile ilişkili görölmektedir (Ercan ve Aydın, 1999).

Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin dikkat, yoğunlaşma, uyanıklılık gibi işlevlerdeki etkisi önemlidir (Öncü B, şenol S, 2002).

DEHB olan bireylerin, beyindeki dopamin ve noradrenalin düzeylerini arttıran santral sinir sistemi uyarıcılarına (metilfenidat, d-amfetamin, pemolin) ve antidepresanlara verdiği olumlu yanıt katekolamin metabolizmasındaki bozukluğu destekler gibi görönmektedir. Uyarıcılar katekolamin salınımını artırır ve geri alınmasını azaltır. Trisiklik antidepresan ilaçlar ve monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri de hiperaktiviteyi azaltır. Ancak genelde süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir” (Öncü ve şenol, 2002).

1.3.4. Psikososyal Etkenler

Psikososyal etkenler sadece aile ya da temasta bulunulan sosyal çevre ile sınırlı incelendiğinde eksik bir model olacaktır. Bu nedenle durumu ele alırken çevredeki diğer etki edicileri de değerlendirmek gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda bazı çevresel etkenlerin de DEHB gelişiminde sorumlu olabileceği öne sürölmüştür. Bunlar pre ve perinatal sorunlar, toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri), şeker zehirlenmesi ve DEHB olan çocuklarda artmış vitamin ve besin gereksinimi gibi bilimsel verilerle doğruluğu desteklenmemiş etkenleri de

içermektedir (Cantwell, 1996). Son tahlilde yüksek miktarda şeker tüketiminin DEHB ile ilişkisi olduğu yönünde çalışmalar yayınlansa da sonrasında yapılan diğer kontrollü çalışmalar bu bulguları desteklememiştir. Beslenmelerinden bu tür yiyeceklerin çıkarılmasına rağmen DEHB belirtilerinin değişmediği gözlenmiştir.

Bunların yanı sıra toksinlerle ilgili yapılan çalışmalarda, kurşun zehirlenmesi ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki üzerinde durulmuştur. Fakat yapılan çalışmalarda bazı çocuklarda kurşunla teması olmamasına rağmen DEHB belirtileri görülürken, DEHB belirtileri görülen bazı çocuklarda da kurşunla teması olmadığı görülmüştür (Öncü ve Şenol, 2002).

Gebelik ve doğum sorunlarından, perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterine rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, annenin sağlığının bozuk olması, postmaturite, doğum süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğum öncesi kanamaları DEHB ile ilişkili olabilecek bazı durumlar olarak gösterilmiştir (Faraone and Biederman 1998; Öncü ve Şenol 2002).

DEHB'nin etiolojisinde psikosoyal çevrenin önemini araştıran boylamsal araştırmalar psikosoyal etkenleri anlamamız açısından önemli veriler sağlamaktadır. Bu çalışmalarda erken yaşlarda kayıp ya da ayrılık yaşayan çocukların DEHB belirtileri sergiledikleri görülmüştür (Öncü ve Şenol, 2002).

Bazı ilgisiz ya da aşırı serbesiyetçi aile tutumu ve otoriter aile tutumu gibi spektrumun iki ucundan bahsedilmektedir. Aşırı hoşgörülü ya da ilgisiz anne- babaların çocuklarına sınır koyma ve onların davranışlarını düzenleme becerilerini edinmelerinde eksik kalabileceği düşünülmektedir. Sosyo-ekonomik düzey düşüklüğünün etkisi ise, yetersiz beslenme, yetersiz uyaran ve yetersiz yönlendirme gibi etkenlerle açıklanmaktadır (Selçuk, 2002, s.86).

DEHB tedavisinde özerklik ve müdahale sınırları iyi dizayn edilmiş bir çevre son derece önemlidir. Bireyin herhangi bir stresöre maruz kaldığı durumlarda, yapılandırılmamış ortamlarda ya da kendisinden istenen işlerin karmaşık olduğu durumlarda DEHB belirtileri şiddetlenecektir. Fakat burada önemli bir noktada genetik faktörlerin işin içine girmesiyle oluşmaktadır. DEHB olan bir çocuğun ailesi de genellikle bu şekilde yapılandırılmış bir ortamı sağlayacak durumda olmayacaktır. Bu gibi durumlarda çocuktaki DEHB belirtileri şiddetlenebilir ya da komorbid hastalıklar gelişebilir (Öncü ve Şenol, 2002).

1.4. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE TANII ÖLÇÜTLERİ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı daha çok okul dönemi çocuklarında konulsa da belirtilerini bebeklik dönemlerinde görmek mümkündür. Tanı alan çocukların bebeklik öykülerinde, uyku bozukluğu, uyarılara aşırı duyarlılık, değişikliklere aşırı tepkiler gibi belirtiler duyarız. Oyun dönemlerinde ise, arkadaşları ile oyun kurmakta ve geçinmekte sorunlar yaşadıklarını görebiliriz. Söz dinlemeyen, aşırı yaramaz, aşırı hareketli tavırlar sergileyebilirler. Arkadaşlarına karşı saldırgan tutumlar, öfke patlamaları ve kendisi için tehlike oluşturabilecek davranışlarda bulunma bu dönemlerde görülür. Bazı çocuklarda da oyuna ya da oyuncaklara yaşından beklenen düzeyde dikkatini vermede güçlükler olabilir (Şenol, 2008, s.302).

Russell A. Barkley tarafından yetişkinler için DEHB'nin tanısını kolaylaştıran semptomlar tanımlanmıştır. Ani kararlar alma, dikkatin hızlı dağılması, başlanan etkinliği sonuna kadar sürdürmede zorluk, zayıf iş organizasyonu, zaman yönetimini yapamama, hızlı araba kullanma gibi kendisine zararlı olabilecek davranışları iyice değerlendirmeden yapmadır (Akt. Marshall et al., 2011, s.3056).

Tablo 3: DEHB'nin Yaş Dönemlerine Göre Klinik Özellikleri

<u>Bebeklik Dönemi</u>	<u>Erken Çocukluk</u>	<u>Okul Öncesi Dönem</u>
<ul style="list-style-type: none">• Yeme problemleri• Az ve düzensiz uyku• Aşırı Bağımlılık	<ul style="list-style-type: none">• Aşırı hareketlilik• Olaylara ve durumlara düşünmeden dalma• Korku hissetmeme• Bir obje dışındakine dikkat edememe	<ul style="list-style-type: none">• Dikkatini toplamada güçlük• Aşırı motor aktivite• Düşük engellenme toleransı• Dalgınlık• Sinirlilik• Söz dinlememe• Akranları ile iletişim kurmada ve oyun kurmada güçlük• Oyun oynarken başına buyruk davranma• Amaca yönelik davranış azlığı

- Disipline yönelik olumsuz tavırlar sergileme

İlkokul

Ergenlik

Yetişkinlik

- Dikkat toplama güçlüğü
- Dürtüsel ve saldırgan davranışlar sergileme
- Yaşlıları ile ilişkilerde güçlük
- Karşıt davranışlar
- Yalan söyleme
- Öğrenme güçlükleri
- Düşük kendilik algısı

- Zayıf sosyal ilişkiler
- Antisosyal ve saldırgan davranışlar
- Dikkatsizlik
- Dürtüsellik
- İçsel acelecilik
- Otorite ile problem
- Artan riskli davranışlar (sigara ve madde kullanımı, trafik ihlalleri, erkencinsel yaşantı vb.)
- Yaşlıları ile ilişkilerde güçlük çekme
- Okul başarısızlığı
- Düşük kendilik algısı

- Altta yatan psikiyatrik durumlarda şiddetlenme
- Davranım bozukluğu
- İş ve evlilik yaşantısında sorunlar
- Hukukla sorunlar
- Alkol ve psikoaktif madde kullanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısının konulmasına özgü bir laboratuvar testi ya da görüntüleme yönteminden bahsedememekteyiz. Klinisyenler tanı koyarken DSM-V ve ICD-10 kriterlerini göz önüne alarak bir değerlendirmeye varırlar. Bunun yanı sıra klinisyen bazı EEG raporları ve psikoloji laboratuvar testlerinden de yararlanabilirler. Bu test ve ölçeklerden bazıları; Çocuk Davranış Sorunları (CBCL), Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Testi (WISC-R)' dir. Bunun yanı sıra anamnez alınırken, aile içi ilişkiler, anne-baba tutumu, hamilelik, doğum öncesi ve sonrası, gelişimsel özellikler de dikkate alınmalıdır. Premorbid dönem bilgisi, uyku ve iştah, engellenme eşiği düzeyi gibi bilgileri almak da elzemdir. Son tahlilde klinisyen; anamnez bilgilerini, psikometrik test sonuçlarını, laboratuvar testi ya da görüntüleme bulgularını birleştirerek bir tanıya varacaktır (Şenol, 2006).

Tablo 4: DEHB Tanı Kriterlerinin DSM-V ve ICD 10 İle İncelenmesi

DSM-V Tanı Kriterleri	ICD 10 Tanı Kriterleri
<p>1.Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.</p> <p>Not: Belirtiler, yalnızca karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.</p> <p>a)Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. Ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).</p> <p>b)Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. Ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmada güçlük çeker).</p> <p>c)Çoğu kez doğrudan kendisine karşı konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. Dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).</p> <p>d)Çoğu kez verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da iş yeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. İşe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).</p>	<p>F90 Hiperkinetik Bozukluklar</p> <p>G1. Çocuğun yaş ve gelişim düzeyine göre evde dikkat, hareketlilik ve dürtüsellikte (1), (2) ve (3) maddelerde belirtilen gösterilebilir anormallik:</p> <p>1. izleyen dikkat sorunlarından en az üçü:</p> <p>(a) kendiliğinden etkinliklerin süresi kısadır;</p> <p>(b) sıklıkla oyun etkinliklerinden tamamlamadan ayrılır;</p> <p>(c) bir etkinlikten diğerine geçiş sıklığı;</p> <p>(d) yetişkinlerin düzenlediği görevlerde sürekliliğin olmaması;</p> <p>(e) ev ödevleri ya da okuma görevleri gibi çalışmalar sırasında yüksek düzeyde dikkatsizlik;</p> <p>2. Ek olarak aşağıdaki hareketlilik sorunlarından en az üçünün olması:</p> <p>(a) uygun olmayan durumlarda oldukça sık aşırı koşma ya da tırmanma; hareket etmeden duramıyor görünür</p> <p>(b) kendiliğinden etkinlikler sırasında yerinde duramama kıpır kıpır olma;</p> <p>(c) görece olarak hareketsiz olması beklenen ortamlarda belirgin aşırı etkinlik (örn; sofrada, yolculukta, misafirlikte);</p> <p>(d) sınıf içi ya da diğer oturması beklenen</p>

e)Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn. Ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).

f)Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. Okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

g)Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn. Okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h)Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağınık (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir.)

ı)Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkan (örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işleri yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemedede, randevularına uymakta).

2.Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:

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

ortamlarda sıklıkla oturamama;

(e) sessizce oyun oynamakta sıklıkla zorlanma;

3. ek olarak aşağıdaki dürtüsellik sorunlarından en az birinin olması:

(a) oyunlar ya da grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemede sıklıkla güçlük çekme;

(b) sıklıkla diğerlerinin konuşmalarını bölme, araya girme (örn, Diğerlerinin oyunlarını ya da konuşmalarını böler);

(c) sıklıkla soru tamamlanmadan yanıtlamaya çalışma;

G2. Okulda ya da kreşte dikkat ve hareket anormalliklerinin yaş ve gelişim düzeyi için (1) ve

(2) numaralı maddelerle gösterilebilirliği:

1. aşağıdaki sorunlardan en az ikisi

(a) görevleri tamamlayamama;

(b) yüksek oranda dikkat dağınıklığı (örn, Çok sık dış uyaranlara yönelme);

(c) seçenek sunulduğunda etkinlikler arasında sık değişimler;

(d) oyun etkinliklerinin çok kısa sürmesi,

2. ve aşağıdaki hareketlilik sorunlarının en az üçü:

(a) serbest etkinliğe izin verilen durumlarda sürekli (ya da hemen hemen sürekli) ve aşırı hareketlilik (koşma zıplama gibi)

a)Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.

b)Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. Sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c)Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşuturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).

d)Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e)Çoğu kez, “her an hareket halindedir”, “kıcına bir motor takılmış” gibi davranır (örn. Restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

f)Çoğu kez aşırı konuşur.

g)Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. İnsanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).

h)Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. Kuyrukta beklerken).

ı)Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. Konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka

(b) kurallı ortamlarda belirgin eli ayağı durmaz;

(c) görevler sırasında sıklıkla görevin kesilmesi;

(d) oturması gerektiğinde sıklıkla oturamama;

(e) sakince oynamada sıklıkla zorlanma;

G3. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik sorunu doğrudan gözlenir, Çocuğun yaşı ve gelişimsel düzeyinden beklenene göre daha aşırı olmalıdır,

Aşağıdakilerden bir kaçı bulunmalıdır:

1.G1 ya da G2’ deki ölçütlerin hem öğretmen hem de anne baba tarafından doğrudan gözlenmesi

2. Aşırı hareketlilik, işleri bitirmeden bırakma ya da görevleri erken terk etme ev dışı ortamlarda ya da okulda (örn, klinik ortamda gözlenir)

3. Dikkate ilişkin psikometrik test becerisinde belirgin yetersizlik vardır,

G4. Yaygın gelişimsel bozukluk (F84), mani (F30), depresyon (F32) ya da anksiyete bozukluğu (F41) tanı ölçütlerini karşılamaz

G5. Başlangıç yaşı yedi yaşından öncedir,

G6. Süresi en az 6 aydır

insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

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

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik – dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. Ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

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

E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esirikliği ya da yoksunluğu).

G7. IQ 50 üzeridir,

F90.0 Hareket ve dikkat bozukluğu

Hiperkinetik bozukluğun (F90-) tüm ölçütleri karşılanıp F91-‘ inkiler (davranım bozuklukları) karşılanmıyorsa F90,0 kodlanmalıdır,

F90.1 Hiperkinetik davranım bozukluğu

Hiperkinetik bozukluk (F90-) ve davranım bozukluğu (F91-) ölçütleri her ikisi birden karşılanıyorsa bu kod kullanılmalıdır,

F90.8 Başka hiperkinetik bozukluklar

F90.9 Hiperkinetik bozukluk, belirlenmemiş

Kullanılması pek tavsiye edilmeyen bu artık tanıyalnızca F90.0 ve F90.1 arasında bir ayırımı yapılamadığı, ama F90.-‘ ın genel ölçütlerinin karşılandığı durumlar içindir, (Şenol, 2008, s.297).

1.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TÜRLERİ

Literatür araştırmasına göre, üç farklı alt tip tanımlanmaktadır.

- **314.01 (F90.2) Bileşik Görünüm:** Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır (DSM-V). DEHB-Bileşik tipte temel bulguların üçü de aynı anda bulunur. Hiperaktivite ve dikkat problemlerinin belirtileri görülür. Hem dikkat dağınıklığına özgü semptomlar hem de hiperaktiviteye özgü semptomlar belirgin olarak görülmektedir. Dışarıdan tanınması kolay hiperaktif çocuklar genelde bu gruba girer (Hayta, 2011). Yapılan çalışmalarda bileşik tipin sıklıkla erişkin yaşamında da sürdüğü görülmüştür. Her iki cinsiyette en sık görülen alt tiptir (Tahiroğlu vd., 2005).
- **314.00 (F90.0)Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm:** Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır (DSM-V). Dikkatsizliğin önde olduğu tipte, hareketlilik yani hiperaktivite semptomları ya hiç yoktur ya da çok belirgin olmayan şekilde vardır. Burada başlıca semptomları, dikkati vermede güçlük, dikkati belli uyaranda devam ettirmede sorunlar, dikkat dağınıklığı oluşturmaktadır (Hayta, 2011). Genellikle sorunlar okul döneminde yaşanmaktadır. Bu türden dikkat sorunları akademik performansta düşüklük, motivasyonun kaybı, öğrenme güçlüğü gibi problemler yaşanmasına neden olabilir. Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm kızlarda, erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Tahiroğlu vd. 2005).
- **314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüsellliğin baskın olduğu görünüm:** Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır (DSM-V).Bu alt tipte aşırı hareketlilik, dürtüsellik semptomları ön plana çıkmıştır. Dikkat eksikliğine dair belirtiler ya hiç yoktur ya da çok az görülmektedir. Bu grupta, dürtüsel, iç tepisel, aşırı hareketli çocuklar gözlemlemekteyiz (Hayta, 2011). İlk muayenede hareketlilik gözlenmese de, doğru tanı için çocuğun okul ve ev ortamı ile ilgili de bilgi almak gereklidir. Erkeklerde kızlara oranla daha yaygın olarak görülen alt tiptir (Tahiroğlu vd. 2005).

1.6. KAYGI İLE DEHB İLİŞKİSİ

Kaygı, insan yapısında var olan, çevresel ve psikolojik olaylara gösterilen bir tepki ve tehlikelerle baş etmek için uyum sağlayıcı bir mekanizma olarak tanımlanabilen ve hepimizde var olan bir duygudur. Kaygı; stres, üzüntü, çatışma, sıkıntı, korku, acizlik, belirsizlik, yargılanma gibi birçok heyecanı içermektedir. Kaygının gözlenebilen birçok fiziksel reaksiyonu mevcuttur; kalp atışının hızlanması, terleme, kızarma, kaslarda gerilme gibi fizyolojik belirtileri kapsar. Kaygının gelişiminde, genetik ve biyolojik etkenler, daha önce öğrenilen deneyimlerden edinilmiş bilgiler, durumsal ipuçlarından ve kişinin olayı ya da konuyu değerlendirme biçiminden etkilenir (Özusta,1993; s.24).

Yaşanan bir olayın kaygı verici algılanıp algılanmaması, olayın mevcut yapısına, kişinin problem çözme becerisi ve savunma mekanizmaları ile yakından ilişkilidir. Ego işlevi kaygıyı düzenlemede oldukça önemlidir. Kişinin iç dürtüleri ile dış olayları arasında doğru ilişkiyi kurması, dış ve iç dünyalar arasında bir denge kurması ego'nun işlevidir. Egonun işlevini yerine getiremediği ve bu durumun üç aydan uzun sürdüğü kişilerde kronik anksiyete olur (Köroğlu, 2004).

Yaşamımızın her anında biyolojik ve ruhsal ihtiyaçlar hisseder ama bunları her an doyuramayız. Çocuğun küçük yaşlarda hazzına göre hareket etmesi, etrafı tarafından normal karşılanabilir bir durumdur. Fakat çocuk büyüdükçe, büyükler ondan bir takım kurallara uyum sağlamasını bekler. Artık kendi dürtü ve ihtiyaçlarını, dışarıdaki beklentilerle uygun hale getirmek durumundadır. Özellikle DEHB tanısı almış çocuklarda dürtü kontrolünde zorlanmalar olduğundan bahsetmiştik. Çocuk toplumun kurallarına uyum sağlayamadıkça, etrafındaki kişilerden tepkiler alır ve bunun sonucunda da kaygı yaşamaya başlar.

Kaygı'nın çocukların sosyal ve akademik başarısı ile ilişkisine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Çalışma sonuçları bize göstermektedir ki, yüksek kaygı düzeyi öğrenmeyi olumsuz yönde etkilemekte ve düşük kaygı düzeyine oranla, yüksek kaygı düzeyine sahip bireyler daha güç ve geç öğrenmektedir (Tanör, 1982).

Ülkemizde 66 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada DEHB tanısı alan çocuklarda, anksiyete bozukluğu sıklığına bakılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre; “DEHB’li çocukların yirmi altısında (%39.4) en az bir anksiyete bozukluğu eştanısı bulunmaktaydı. Olguların %21.2 (n=14)’sinde sosyal anksiyete bozukluğu, %16.7 (n:11)’sinde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %9.1 (n:6)’inde obsesif kompulsif bozukluk, %4.5 (n:3)’inde yaygın anksiyete bozukluğu, %4.5 (n:3)’inde panik bozukluğu bulunmaktaydı. Obsesif kompulsif bozukluk görülme sıklığı DEHB hiperaktivite-impulsivite önde giden tipte diğer alt tiplere göre anlamlı düzeyde daha fazla idi” (Bilgiç, 2011).

DEHB’ye eşlik eden tanılarda anksiyete bozukluğu oldukça sık görülen bir durumdur. Yukarıda yer verdiğimiz çalışmanın sonuçları da bu bilgiyle paralel bulunmuştur. Çalışmada, OKB ile DEHB’nin hiperaktivitenin baskın olduğu tip ile arasında anlamlı bir ilişki bulunması, DEHB’de görülen hiperaktivite ile OKB’de gördüğümüz kompulsif eylemlerin striatumdaki benzer patofizyolojik süreçlerle ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. “Bazı araştırmacılar DEHB ile anksiyete bozukluklarının gelişiminin benzer bir patogeneze dayandığını öne sürerken (13) bazıları ise DEHB ve anksiyete bozukluğu eştanısı gösteren olguların farklı fenotipik özellikler gösterdiğini ya da DEHB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin DEHB’nin ayrı bir alt tipi olduğunu varsaymışlardır” (Bilgiç, 2011).

1.7. DEHB TANISI ALAN ÇOCUĞUN AİLESİ

DEHB’li çocukların ebeveynleri incelendiğinde, annelerde histrionik kişilik özelliği, artmış depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi ve sosyal izolasyon görüldüğü, saptanmıştır (Norvilitis,2002).

DEHB’li çocukların aile üyelerinde ayrıca duygulanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, ÖÖB, madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu’nun daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Çev. Köroğlu, 1998).

Bazı çalışmalarda ise ailelerin hiperaktif çocuklara yetersiz disiplin uyguladığı, ebeveynlerin çocuklarının davranışları ile baş edemedikleri, ebeveynlerin psikiyatrik sorunlarının olduğu ve evlilik uyumsuzluğunun görüldüğü bildirilmiştir (Simith vd.,

2002). Hiperaktif erkek çocuk annelerinin bebekleri hakkında daha olumsuz duygular hissettikleri, daha az iletişim kurdukları ve daha az yakınlık gösterdiklerini, hiperaktif bebeklerin ise annelerine ve diğer insanlara karşı hiperaktif olmayan bebeklere göre daha hırçın olduklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Becerik-Özdiker, 2002). Tüm bu veriler değerlendirildiğinde DEHB'li çocukların tedavi uyumları için ailelerinde psikopatoloji değerlendirmesi ile ilgili yapılacak, yapılandırılmış klinik görüşmeleri de içeren, geniş örneklemlerle yeni çalışmaların yararlı olacağı belirtilmektedir (Befare ve Barkley, 1985).

1.8. PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ

Problem, temelde, bireyin bir hedefe ulaşmada bir engellenmeyle karşılaştığı çatışma durumudur.

Engellenme hedefe ulaşmayı güçleştirmektedir. Böyle bir durumda problem çözme, engeli aşmanın en iyi yolunu bulmaktır (Morgan, 2000).

Bingham'a göre (1998), problem, bir kimsenin, istenilen bir hedefe ulaşmak için topladığı mevcut güçlerinin karşısına çıkan engeldir. Problem, bir kimsenin hedefe ulaşmada topladığı mevcut güçlerinin karşısındaki engellenme ve bu engellenme sonucu yaşanan çatışma durumu olarak da tanımlanmaktadır.

Bingham'a göre (1998), her tür problemin üç temel özelliği vardır. Bu özellikleri bireyin belirlediği amaç, amaca giden yolda bireyin karşısına çıkan bir engel ve bireyi amacına ulaşmaya iten içsel gerginlik olarak belirtmiştir (Bingham, 1998).

Öğülmüş, problem içeren durumun özelliklerini şöyle özetlemektedir:

- Mevcut durumla olması gereken durum arasında (olanla olması gereken ya da ideal durum arasında) bir farkın bulunması
- Kişinin bu farkı fark etmesi ya da algılaması,
- Algılanan farkın kişide gerginliğe yol açması,
- Kişinin gerginliği ortadan kaldırmak amacıyla girişimlerde bulunması,
- Kişinin gerginliği ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerinin engellenmesi (Öğülmüş, 2006).

Problemler konu alanlarına, güçlük ya da karmaşıklık derecelerine ya da sürelerine göre çeşitli türlere ayrılabilir. Problemler uzun süreli, kısa süreli, basit veya karmaşık olabilir. Duygusal, bedensel ve ekonomik problemler de vardır. Bu farklı problem türleri bazen birbiri içine karışarak büyük karmaşık problemler haline gelebilirler (Cüceloğlu, 1992). Problemin özelliği ya da türü her ne olursa olsun, kişide gerginlik ve sıkıntı yarattığı sürece bu rahatsızlığın giderilmesi için problemin doğru şekillerde çözüme ulaştırılması gerekir. Problem çözme, bir sorunu düzeltmek için önceki yaşantılar aracılığı ile öğrenilen kuralların basit biçimde uygulanmasının ötesine giderek yeni çözüm yolları bulabilme olarak tanımlanır.

Problem çözme, bilişsel becerilerin yanı sıra duyuşsal ve davranışsal özellikleri de içeren oldukça karmaşık bir süreçtir. Problem çözme, bir problem durum ile karşılaşıldığında bunun üstesinden gelmek için çeşitli alternatif çözüm yollarının üretilmesi, bu alternatifler içinde en etkili olanın seçilebilmesi ve seçimin uygulanabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Problem çözme; öğrenilmesi ve elde edilmesi, aynı zamanda geliştirilmesi gereken bir yetenektir. Zaman, çaba, enerji, alıştırma isteyen, yardım gerektiren, yaratıcılığı, zekâyı, duyguları, iradeyi ve eylemi kendinde birleştiren bir beceridir (Gökbüzoğlu, 2008).

Problem Çözme Süreci ile İlgili Etkinlikler

Budak, problem çözme süreci ile ilgili etkinlikleri; duygusal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç başlık altında toplamaktadır. Bunlar:

1-Duygusal Etkinlikler: Problem çözme süreci içerisinde, bireylerin nasıl düşündükleri ve nasıl davrandıklarını etkilemeleri açısından önemli rol oynarlar. Problem çözme davranışını anlayabilmek için genelde bireyin problemlere duygusal yaklaşımını değerlendirmek gerekir. Duygusal etkinlikler üç ana değişkenden etkilenirler:

- a)Duygusal başa çıkma stratejileri,
- b)Duygusal eylem üzerinde etkileyici ve destekleyici faktörler,
- c)Davranış, değerlendirme ve duygu kavramlarının birbiriyle ilişkisi.

2-Bilişsel Etkinlikler: Bilişsel etkinliklerde en azından duygusal etkenler kadar

problem çözüme sürecinde önemli etkenlerdir. Problem çözüme yönelik bilişsel etkinlikler üç ana değişkenden etkilenmektedirler:

- a)Bilişsel başa çıkma stratejileri,
- b)Bilişsel süreçler aracılığıyla davranışların düzenlenmesi,
- c)Bilişsel süreçlerin bilinçli kontrolleri.

3-Davranışsal Etkinlikler: Problem çözüme süreciyle ilgili davranışsal etkinlikler son derece karmaşık, geniş ve kapsamlıdır. Davranışlar dört ana değişkenden etkilenmektedirler:

- a)Daha önce denenmemiş davranışlar,
- b)Önceki davranışların etkisiz olmalarının nedeni,
- c)Davranışların işlevsel sonucu,
- d)Bireyin çabası ve sabrı (Budak, 1999).

Problem Çözme Basamakları

Problem çözüme karmaşık bir süreç olduğundan, araştırmacılar bu sürecin çeşitli aşamalara bölerek incelenmesinin doğru olacağını belirtmiştir. Bütün problemlerin çözümü için kullanılacak tek bir yöntem bulunmamaktadır genel olarak Bingham (2000), problem çözüme aşamalarını şöyle sıralamıştır;

- Problemi tanımak ve onunla uğraşma gereksinimini hissetmek,
- Problemi açıklamaya, niteliğini, alanını tanımaya ve onunla ilgili ikincil problemleri kavramaya çalışmak,
- Probleme ilgili bilgileri toplamak
- Problemin özüne uygun düşecek verileri seçmek ve düzenlemek,
- Toplanmış verilerin ve probleme ilgili bilgilerin ışığı altında çeşitli olası çözüm yollarını tespit etmek
- Çözüm şekillerini değerlendirmek ve duruma uygun olanlar arasından en iyisini seçmek
- Çözüm yollarını uygulamak
- Problem çözüme yöntemini değerlendirmek (Gökbüzoğlu, 2008)

İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, 2014-2015 yılları arasında 6-12 yaş arasında çocukların, Psikoklinik Psikiyatri ve Psikoterapi Merkezine başvurmuş ve DEHB tanısı ile tedavisine başlanmış ve İTÜ Geliştirme Vakfı Özel Dr. Natuk Birkan İlkokulu ve Ortaokulu öğrencilerinin anneleri ile gerçekleştirilmiştir. DEHB tanı almış 60 çocuğun annesi örneklem grubunda ve İTÜ Geliştirme Vakfı Özel Dr. Natuk Birkan İlkokulu ve Ortaokulu öğrencisi 60 çocuğun annesi de kontrol grubunda olmak üzere toplamda 120 anne ile çalışılmıştır. Araştırmada veri elde etmek için; sosyodemografik bilgi formu, Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ) ve Problem Çözme Envanteri (PÇE) kullanılmış betimleyici araştırma modeli izlenmiştir. Betimleyici çalışma modelinde, gözlemler sayılara dönüştürüldüğünde yani ölçüldüğünde, kavram ölçmeyle ve bunun için yapılan işlemler ile eş anlamlı olur. Bu durumda ölçme için yapılan işlemler, kavrama varlık kazandırmakta, ilgili olayın gösterilmesi olanağını sağlamaktadır. Ölçme ve işlemleri ise nesneldir. Başkalarının da tekrarlanabilir. Bu durumda gözlemler de, dolaylı olarak başkalarının da tekrarlanabilir yani nesnel olma özelliğini kazanmaktadır (Karakaş, 1987).

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın örnekleme İstanbul ili, Avrupa yakası, Psikoklinik Psikiyatri ve Psikoterapi Merkezine 2014-2015 yılları arasında tedavi için başvuran hastaların annelerinden oluşturulmuştur. Hastaların DEHB tanısı almış ve bu tanıyla tedavisine başlanmış olması, 6 ile 12 yaş arasında yer alması şartı aranmıştır.

Örneklem grubu 34'ü erkek ve 26'i kız çocuk annesi olmak üzere 60 kişiden oluşmaktadır.

Kontrol grubu ise İTÜ Geliştirme Vakfı Özel Dr. Natuk Birkan İlkokulu ve Ortaokulu öğrencilerinin annelerinden oluşmaktadır.

Kontrol grubu, 26'i erkek ve 34'ü kız çocuk annesi olmak üzere 60 kişiden oluşmaktadır.

Örnekleme ve Kontrol grubunda ölçek ve envanterleri dolduramayacak durumda olan (Okuma yazma bilmeyen gibi) ve çalışma tarihi dahil ve öncesinde Psikiyatrik, Nörolojik ya da kronik hastalıktan tanı almış, bu nedenle tedavi görmüş veya görmekte olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Ayrıca kontrol grubu için; annelerden çocuklarında psikiyatrik, nörolojik ya da kronik hastalıktan tanı almış, bu nedenle tedavi görmüş veya görmekte olanlar da çalışma dışı bırakılmıştır.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları; Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Problem Çözme Envanteri (PÇE)'dir.

2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmanın amacına dönük olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine ve yaşam öykülerine ilişkin soruları içeren ayrıntılı görüşme formudur.

2.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ulusoy, 1993).

2.3.3. Problem Çözme Envanteri (PÇE)

Ölçeğin özgün adı, Problem Solving Inventory, Form-A (PSI-A)'dır. Ölçek, Hepnerr ve Peterson, (1982) tarafından geliştirilmiştir. Bireyin problem çözme

becerileri konusunda kendini algılayışına yönelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ergen ve yetişkinlerde uygulanmaktadır. Grup olarak uyulanabilen, zaman sınırlaması olmayan bir ölçektir. Bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Her madde için kişilere kendilerinin hangi sıklıkta ölçek maddelerindeki gibi davrandıkları sorulmaktadır. Seçenekler: “Her zaman böyle davranırım”, “Çoğunlukla böyle davranırım”, “Sık sık böyle davranırım”, “Arada sırada böyle davranırım”, “Ender olarak böyle davranırım” ve “Hiçbir zaman böyle davranmam” şeklindedir. Verilen cevaplara 1 ile 6 arasında değişen puanlar verilir. Puanlama esnasında 9, 22. ve 29. maddeler puanlama dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30. ve 34. maddeler test olara puanlanan maddelerdir. Bu maddelerin yeterli problem çözme becerilerini temsil ettiği varsayılır. Puan ranjı 32–192 dir.

Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını göstermektedir. Çeşitli araştırmalar sonucunda ortaya çıkan, Genel Yönelim (genaral orieentation), Problemin tanımı (problem definition), Alternatif Üretme (generation of alternatives), Karar verme (decision making), ve Değerlendirme (Evaluation) gibi problem çözme aşamaları gözönünde bulundurularak 35 maddelik bir ölçek geliştirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin “Aceleci Yaklaşım” (13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 32. maddeler, $a=0.78$), “Düşünen Yaklaşım” (18, 20, 31, 33 ve 35. maddeler, $a=0.76$), “Kaçınan Yaklaşım” (1, 2, 3 ve 4. maddeler, $a=0.74$), “Değerlendirici Yaklaşım” (6, 7 ve 8. maddeler, $a=0.69$), “ Kendine Güvenli Yaklaşım” (5, 23, 24, 27, 28 ve 34. maddeler, $a=0.64$), “Planlı Yaklaşım” (10, 12, 16 ve 19. maddeler, $a=0.59$) olmak üzere 6 faktör bulunmuştur. Ölçeğin Türkiye uyarlaması Şahin, Şahin & Heppner tarafından yapılmış ve altı faktör olarak bulunmuştur (Şahin, 1993).

2.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t testi kullanıldı. Normal

dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Continuity (yates) düzeltmeli test ve Fisher's Exact testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR

Çalışma 02.03.2015 - 02.05.2015 tarihleri arasında 6-12 yaşları arasında olan; 57'si (%47.5) kız, 63'ü (%52.5) erkek olan çocukların anneleri olmak üzere toplam 120 (Örneklem Grubu: 60, Kontrol Grubu:60) olgu ile yapılmıştır.

Tablo 3: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Annelerinin Bazı Demografik (Eğitim ve İş) Özelliklerinin Dağılımları

		n	%
Anne Eğitim Durumu	Yüksek öğrenim almış	76	63,3
	Yüksek öğrenim almamış	44	36,7
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	78	65
	Çalışmıyor	42	35

Çocukların annelerinin 76'sı (%63.3) yüksek öğrenim alırken, 44'ünün (%36.4) yüksek öğrenim almadığı görülmektedir.

Çocukların annelerinin 78'i (%65) çalışırken, 42'sinin (%35) çalışmadığı görülmektedir.

Tablo 4: Gruplarda Çocuk Olguların Cinsiyetlerine Göre Annelerinin Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi

		Kız	Erkek	P
		n (%)	n (%)	
Örneklem				
Anne Eğitim Durumu	Yüksek öğrenim almış	11 (%42,3)	11 (%32,4)	¹0,601
	Yüksek öğrenim almamış	15 (%57,7)	23 (%67,6)	
Kontrol				
Anne Eğitim Durumu	Yüksek öğrenim almış	28 (%90,3)	26 (%89,7)	²1,000
	Yüksek öğrenim almamış	3 (%9,7)	3 (%10,3)	

¹Continuity (Yates) Düzeltmeli Test

²Fisher's Exact Test

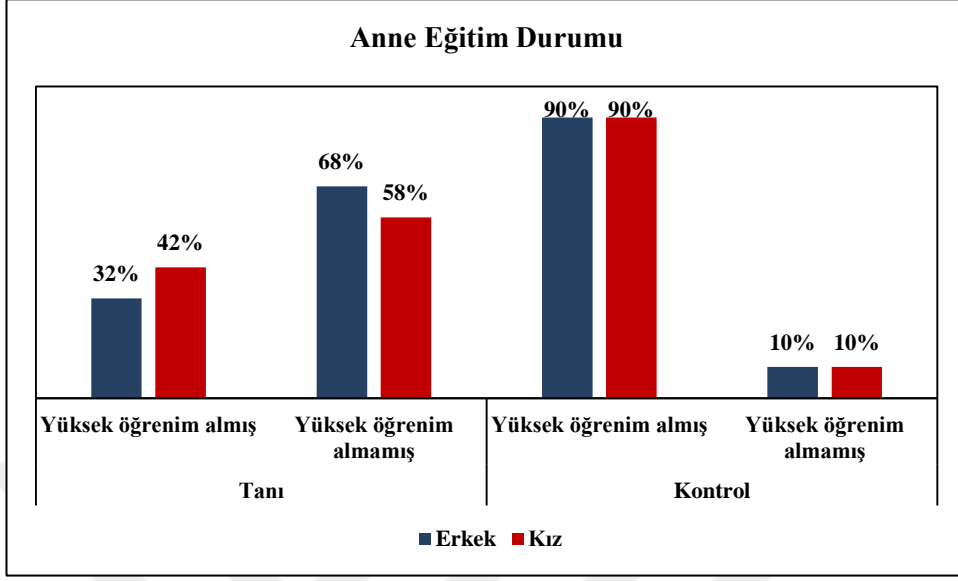
Örneklem grubunda;

Çocukların cinsiyetlerine göre annelerinin aldıkları eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p < 0.05$).

Kontrol grubunda;

Çocukların cinsiyetlerine göre annelerinin aldıkları eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p < 0.05$).

Şekil 1: 6-12 Yaş Çocuk Olguların Annelerinin Eğitim Durumlarının Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı



Tablo 5: 6-12 Yaş Çocuk Olguların Annelerinin Eğitim Durumlarının Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı

		Kız	Erkek	P
		n (%)	n (%)	
Örneklem				
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	12(%46,2)	12 (%35,3)	¹0,559
	Çalışmıyor	14 (%53,8)	22 (%64,7)	
Kontrol				
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	29 (%93,5)	25 (%86,2)	²0,417
	Çalışmıyor	2 (%6,5)	4 (%13,8)	

¹Continuity (Yates) Düzeltmeli Test

²Fisher's Exact Test

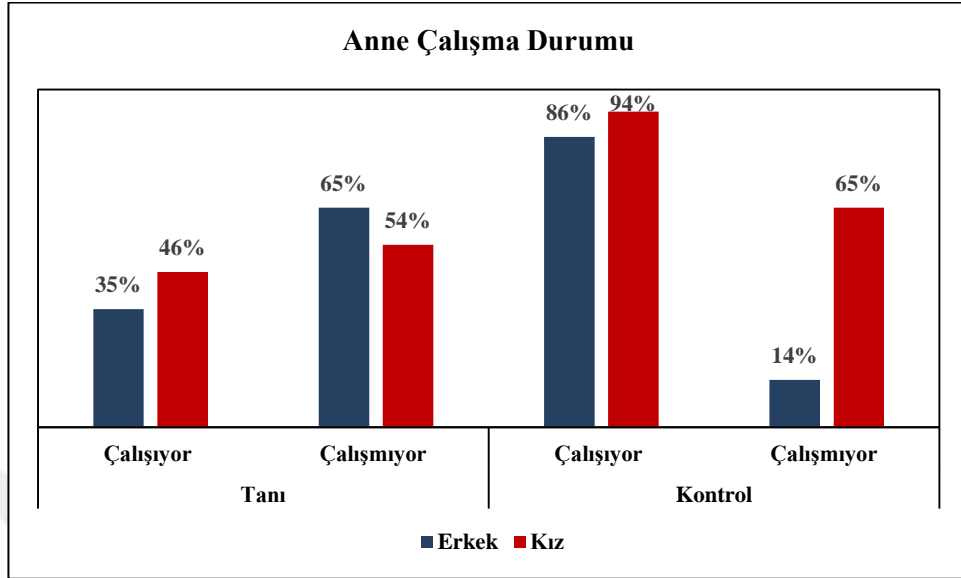
Örneklem grubunda;

Çocukların cinsiyetlerine göre annelerinin çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p<0.05).

Kontrol grubunda;

Çocukların cinsiyetlerine göre annelerinin çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p<0.05).

Şekil 2: 6-12 Yaş Çocuk Olguların Annelerinin Çalışma Durumlarının Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı



Tablo 6: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Annelerinin Eğitim Durumlarına Göre Problem Çözme Toplam Puanı ve Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi

			Anne Eğitim Durumu		p
			Yüksek Öğrenim Almış	Yüksek Öğrenim Almamış	
			Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Örneklem					
Problem Çözme Toplam Puanı			88,73±19,65	98,05±22,02	¹ 0,106
Aceleci Yaklaşım			27,14±4,31 (28,5)	31,26±8,36 (29,5)	² 0,076
Düşünen Yaklaşım			14,55±6,25 (13,5)	13,21±5,91 (13)	² 0,465
Kaçıngan Yaklaşım			8,27±4,24 (7)	13,21±6,69 (12)	² 0,003**
Değerlendirici Yaklaşım			9,5±3,42 (9,5)	8,11±4,37 (7)	² 0,075
Kendine Güvenli Yaklaşım			14,86±5,9 (16)	18,45±7,22 (18)	² 0,047*
Planlı Yaklaşım			10,86±4,04 (13)	10,39±5,14 (10)	² 0,588
Kontrol					
Problem Çözme Toplam Puanı			71,67±11,93	65,5±17,69	¹ 0,257
Aceleci Yaklaşım			25,11±4,25 (25)	26,83±6,46 (27)	² 0,536
Düşünen Yaklaşım			9,61±2,74 (9)	7,83±2,32 (7,5)	² 0,101
Kaçıngan Yaklaşım			7,96±3,39 (8)	6,17±1,47 (5,5)	² 0,160
Değerlendirici Yaklaşım			7,33±2,94 (7)	7,33±4,08 (6)	² 0,655

Kendine Güvenli Yaklaşım	11,76±3,47 (11)	9,33±3,98 (8)	² 0,046*
Planlı Yaklaşım	7,94±2,43 (8)	6,5±2,26 (6)	² 0,159
¹ Studen t Test ² Mann-Whitney U Test **p<0.01 *p<0.05			

Örneklem grubunda;

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre problem çözme toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre aceleci yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre düşünen yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Yüksek öğrenim almamış annelerin kaçınan yaklaşım puan ortalamaları, Yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.003; p<0.01).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Yüksek öğrenim almamış annelerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, Yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.047; p<0.05).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre planlı yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Kontrol grubunda;

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre problem çözme toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre aceleci yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre düşünen yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre kaçınan yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Yüksek öğrenim almamış annelerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, Yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p:0.046$; $p<0.05$).

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre planlı yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 7: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Çocukların Annelerinin Çalışma Durumlarına Göre Problem Çözme Toplam Puanı ve Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi

			Anne Çalışma Durumu		p
			Çalışıyor	Çalışmıyor	
			Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Örneklem					
Problem Çözme Toplam Puanı			87,96±18,96	99,08±22,18	¹ 0,049*
Aceleci Yaklaşım			27,29±4,2 (28,5)	31,39±8,56 (29,5)	² 0,075
Düşünen Yaklaşım			14,13±6,19 (13)	13,42±5,98 (13)	² 0,756
Kaçıngan Yaklaşım			8,13±4,09 (7)	13,58±6,68 (12)	² 0,001**
Değerlendirici Yaklaşım			9,54±3,39 (9,5)	8±4,41 (7)	² 0,052
Kendine Güvenli Yaklaşım			14,79±5,71 (16)	18,69±7,31 (18,5)	² 0,031*
Planlı Yaklaşım			10,63±3,95 (13)	10,53±5,25 (10)	² 0,773

Kontrol					
Problem Çözme Toplam Puanı			72,02±12,5	62,33±10,17	¹ 0,073
Aceleci Yaklaşım			25,09±4,54 (25)	27±3,79 (27)	² 0,240
Düşünen Yaklaşım			9,61±2,77 (9)	7,83±1,83 (8)	² 0,157
Kaçınan Yaklaşım			7,93±3,4 (8)	6,5±1,64 (6,5)	² 0,296
Değerlendirici Yaklaşım			7,46±3,12 (7)	6,17±1,83 (6)	² 0,371
Kendine Güvenli Yaklaşım			11,83±3,59 (11)	8,67±1,63 (9)	² 0,022*
Planlı Yaklaşım			8,04±2,36 (8)	5,67±2,16 (5)	² 0,022*

¹Studen t Test ²Mann-Whitney U Test **p<0.01 *p<0.05

Örneklem grubunda;

Çalışmayan annelerin problem çözme toplam puan ortalamaları, Çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.049; p<0.05).

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre aceleci yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre düşünen yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çalışmayan annelerin kaçınan yaklaşım puan ortalamaları, Çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.01).

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çalışmayan annelerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, Çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.031; p<0.05).

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre planlı yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Kontrol grubunda;

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına problem çözme toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre aceleci yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre düşünen yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre kaçınan yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışmayan annelerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, Çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p:0.022$; $p<0.05$).

Çalışmayan annelerin kendine planlı yaklaşım puan ortalamaları, Çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p:0.022$; $p<0.05$).

Tablo 8: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Anne Öğrenim Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Değerlendirilmesi

	Anne Eğitim Durumu		p
	Yüksek Öğrenim Almış	Yüksek Öğrenim Almamış	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Örneklem			
Anksiyete	10,77±10,86 (8)	13,89±7,20 (13)	0,024*
Kontrol			
Anksiyete	7,96±5,67 (8)	6,83±10,44 (1,5)	0,207
<i>Mann-Whitney U Test</i> * $p<0.05$			

Örneklem grubunda;

Yüksek öğrenim almamış annelerin anksiyete puan ortalamaları, Yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.024; $p<0.05$).

Kontrol grubunda;

Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 9: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Anne Çalışma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Değerlendirilmesi

	Anne Çalışma Durumu		P
	Çalışıyor	Çalışmıyor	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Örneklem			
Anksiyete	10,13±10,61 (7)	14,5±6,91 (13)	0,004**
Kontrol			
Anksiyete	7,91±5,73 (8)	7,33±10,15 (4,5)	0,317
<i>Mann-Whitney U Test</i> * $p < 0.05$			

Örneklem grubunda;

Çalışmayan annelerin anksiyete puan ortalamaları, Çalışan annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.004$; $p < 0.01$).

Kontrol grubunda;

Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 10: Çocukların Cinsiyetlerine Göre Örneklem ve Kontrol Gruplarında Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi

	Örneklem	Kontrol	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Kız			
Acelecı Yaklaşım	29,27±9,48 (27)	26,26±4,93 (26)	0,568
Düşünen Yaklaşım	13,88±7,83 (12)	9,45±2,63 (9)	0,047*
Kaçıngan Yaklaşım	11,88±7,58 (7,5)	8,06±3,79 (8)	0,287
Değerlendirici Yaklaşım	8,08±5,15 (6)	7,81±3,69 (8)	0,711
Kendine Güvenli Yaklaşım	16,5±8,23 (14)	10,74±3,22 (10)	0,008**
Planlı Yaklaşım	9,88±6,02 (6,5)	7,87±2,49 (8)	0,859
Erkek			
Acelecı Yaklaşım	30,12±5,38 (30)	24,24±3,75 (25)	0,001**
Düşünen Yaklaşım	13,56±4,27 (13)	9,41±2,88 (9)	0,001**
Kaçıngan Yaklaşım	11,03±5,31 (11)	7,48±2,68 (7)	0,010*
Değerlendirici Yaklaşım	9,03±3,03 (8,5)	6,83±2,05 (7)	0,002**
Kendine Güvenli Yaklaşım	17,62±5,85 (18)	12,34±3,78 (12)	0,001**
Planlı Yaklaşım	11,09±3,47 (13)	7,72±2,42 (8)	0,001**
<i>Mann-Whitney U Test **p<0.01 *p<0.05</i>			

Kız çocuklarında;

Örneklem ve kontrol gruplarına göre acelecı yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun düşünen yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.047; p<0.05).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre kaçınan yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.008; p<0.01).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre planlı yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Erkek çocuklarında;

Örneklem grubunun aceleci yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.01).

Örneklem grubunun düşünen yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.01).

Örneklem grubunun kaçınan yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.010; p<0.05).

Örneklem grubunun değerlendirici yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.002; p<0.01).

Örneklem grubunun kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.01).

Örneklem grubunun planlı yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.01).

Tablo 11: Çocukların Annelerinin Eğitim Durumlarında Örneklem ve Kontrol Gruplarına Göre Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi

	Örneklem	Kontrol	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yüksek Öğrenim Almış			
Acelecı Yaklaşım	27,14±4,31 (28,5)	25,11±4,25 (25)	0,062
Düşünen Yaklaşım	14,55±6,25 (13,5)	9,61±2,74 (9)	0,001**
Kaçıngan Yaklaşım	8,27±4,24 (7)	7,96±3,39 (8)	0,872
Değerlendirici Yaklaşım	9,5±3,42 (9,5)	7,33±2,94 (7)	0,007**
Kendine Güvenli Yaklaşım	14,86±5,9 (16)	11,76±3,47 (11)	0,075
Planlı Yaklaşım	10,86±4,04 (13)	7,94±2,43 (8)	0,004**
Yüksek Öğrenim Almamış			
Acelecı Yaklaşım	31,26±8,36 (29,5)	26,83±6,46 (27)	0,192
Düşünen Yaklaşım	13,21±5,91 (13)	7,83±2,32 (7,5)	0,020*
Kaçıngan Yaklaşım	13,21±6,69 (12)	6,17±1,47 (5,5)	0,014*
Değerlendirici Yaklaşım	8,11±4,37 (7)	7,33±4,08 (6)	0,592
Kendine Güvenli Yaklaşım	18,45±7,22 (18)	9,33±3,98 (8)	0,003**
Planlı Yaklaşım	10,39±5,14 (10)	6,5±2,26 (6)	0,094
<i>Mann-Whitney U Test **p<0.01 *p<0.05</i>			

Yüksek öğrenim almış annelerde;

Örneklem ve kontrol gruplarına göre acelecı yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Örneklem grubunun düşünün yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.01).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre kaçınan yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun değerlendirici yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.007; p<0.01).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun planlı yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.004; p<0.01).

Yüksek öğrenim almamış annelerde;

Örneklem ve kontrol gruplarına göre aceleci yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun düşünün yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.020; p<0.05).

Örneklem grubunun kaçınan yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.014; p<0.05).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.003; p<0.01).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre planlı yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 12: Çocukların Annelerinin Çalışma Durumlarında Örneklem ve Kontrol Gruplarına Göre Problem Çözme Alt Testlerin Değerlendirilmesi

	Örneklem	Kontrol	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Çalışıyor			
Aceleci Yaklaşım	27,29±4,2 (28,5)	25,09±4,54 (25)	0,030*
Düşünen Yaklaşım	14,13±6,19 (13)	9,61±2,77 (9)	0,001**
Kaçıngan Yaklaşım	8,13±4,09 (7)	7,93±3,4 (8)	0,790
Değerlendirici Yaklaşım	9,54±3,39 (9,5)	7,46±3,12 (7)	0,008**
Kendine Güvenli Yaklaşım	14,79±5,71 (16)	11,83±3,59 (11)	0,059
Planlı Yaklaşım	10,63±3,95 (13)	8,04±2,36 (8)	0,009**
Çalışmıyor			
Aceleci Yaklaşım	31,39±8,56 (29,5)	27±3,79 (27)	0,195
Düşünen Yaklaşım	13,42±5,98 (13)	7,83±1,83 (8)	0,018*
Kaçıngan Yaklaşım	13,58±6,68 (12)	6,5±1,64 (6,5)	0,017*
Değerlendirici Yaklaşım	8±4,41 (7)	6,17±1,83 (6)	0,392
Kendine Güvenli Yaklaşım	18,69±7,31 (18,5)	8,67±1,63 (9)	0,001**
Planlı Yaklaşım	10,53±5,25 (10)	5,67±2,16 (5)	0,033*

Mann-Whitney U Test ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

Çalışan annelerde;

Örneklem grubunun aceleci yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.030; p<0.05).

Örneklem grubunun düşünün yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.01).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre kaçınan yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun değerlendirici yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.008; p<0.01).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun planlı yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.009; p<0.01).

Çalışmayan annelerde;

Örneklem ve kontrol gruplarına göre aceleci yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun düşünün yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.018; p<0.05).

Örneklem grubunun kaçınan yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.017; p<0.05).

Örneklem ve kontrol gruplarına göre değerlendirici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Örneklem grubunun kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.01).

Örneklem grubunun planlı yaklaşım puan ortalaması, Kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.033; p<0.05).

Tablo 13: Örneklem ve Kontrol Gruplarında Anksiyete Puanı ile Problem Çözme Alt Test Puanlarının İlişkilerinin Değerlendirilmesi

	Anksiyete			
	Örneklem		Kontrol	
	r	p	r	p
Acelecı Yaklaşım	0.036	0.784	-0.166	0.205
Düşünen Yaklaşım	-0.049	0.707	0.245	0.059
Kaçıngan Yaklaşım	0.341	0.008**	0.306	0.017*
Değerlendirici Yaklaşım	-0.122	0.352	-0.064	0.627
Kendine Güvenli Yaklaşım	0.075	0.568	0.271	0.036*
Planlı Yaklaşım	0.046	0.729	0.123	0.348

Spearman's rho Korelasyon ** $p < 0.01$

Örneklem grubunda;

Anksiyete puanı ile acelecı yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Anksiyete puanı ile düşünen yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Anksiyete puanı ile kaçıngan yaklaşım arasında pozitif yönde %34.1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.008$; $p < 0.01$).

Anksiyete puanı ile değerlendirici yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Anksiyete puanı ile kendine güvenli yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Anksiyete puanı ile planlı yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Kontrol grubunda;

Anksiyete puanı ile aceleci yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Anksiyete puanı ile düşünen yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Anksiyete puanı ile kaçınan yaklaşım arasında pozitif yönde %30.6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.017$; $p<0.05$).

Anksiyete puanı ile değerlendirici yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Anksiyete puanı ile kendine güvenli yaklaşım pozitif yönde %27.1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.036$; $p<0.05$).

Anksiyete puanı ile planlı yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Araştırma, örneklem grubu için, DEHB tanısı almış 60 ve kontrol grubu için, DEHB tanısı almamış 60 çocuğun annelerinden oluşan toplamda 120 adet kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sonuçları göstermiştir ki, hem örneklem grubunun kendi içinde yapılan analizlerde hem de kontrol grubunun kendi içinde yapılan analizlerde değişkenlere göre anksiyete düzeylerinde ve problem çözme stillerinde farklılaşmalar mevcuttur. Bu durum; grupların kendi içindeki analizlerle ilgili hipotezleri destekler niteliktedir. Aşağıda, grup içi hipotezlerin sırası izlenerek araştırmanın sonuçları detaylıca sunulmakta ve literatürdeki çalışmalara atıfla sonuçlar tartışılmaktadır.

Bulgular, araştırmanın temel hipotezlerinden ilki olan **“DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde eğitim durumuna göre problem çözme stillerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır”** yönündeki ilk hipotezi desteklemektedir. Araştırma kapsamında örneklem ve kontrol gruplarında annelerin eğitim durumlarına göre problem çözme envanteri alt alanları karşılaştırılmıştır.

Örneklem grubunda; yüksek öğrenim almamış annelerin PÇE alt alanlarından **“kaçınan yaklaşım” (p:0.003; p<0.01) (Tablo 6), “kendine güvenli yaklaşım” (p:0.047; p<0.05) puan ortalamaları, yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.** Diğer bir deyişle örneklem grubunda yüksek öğrenim almış anneler yüksek öğrenim almamış annelere göre anlamlı derecede “kaçınan yaklaşım” ve “kendine güvenli yaklaşım” stillerinde eğilim göstermektedir. Birbirine tezat sayılabilecek iki alt alanda farklılaşmanın artı yönde çıkması annelerin kişilik özelliklerindeki ve duygu durumlarındaki farklılaşma olasılığı lehine yorumlanabilir. Ortaya çıkan sonuç, DEHB tanısı almış çocukların ailelerinde rastlanan psikopatoloji ve psikolojik yük ve bunların görülme sıklığı ile ilgili bazı araştırmaların sonuçları ile de desteklenebilir. Bu araştırmaların birinde DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu %12.3 ve anksiyete bozukluğu %8.1 olarak görülürken %6.8 oranında yetişkin DEHB’ı görülmüştür (Güçlü ve Erkıran, 2004). Güçlü ve Erkıran (2005)’in araştırmasında DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde borderline kişilik bozukluğu %1.3, borderline kişilik özelliği %3.4,

obsesif kompulsif kişilik bozukluğu %19.9 ve antisosyal kişilik bozukluğu da %8.1 bulunmuştur. DEHB'li çocukların annelerinde depresyon %17.9 bulunmuştur. Başka bir araştırmada da DEHB'li annelerin işlevselliği bozucu düzeyde depresyon, anksiyete ve duygusal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (akt.,Durukan, vd., 2008).

Örneklem grubunda, yüksek öğrenim almamış annelerin yüksek öğrenim almış annelere göre değerlendirmesinde; diğer PÇE alt alanları olan “Aceleci, düşünen, değerlendirici, planlı” yaklaşımlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Kontrol grubunda; yüksek öğrenim almamış annelerin PÇE alt alanlarından **“kendine güvenli yaklaşım” puan ortalamaları, (p:0.046; p<0.05) (Tablo 6) yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.** Diğer bir deyişle DEHB tanısı almamış çocukların, yüksek öğrenim almamış anneleri problem çözümlerinde yüksek öğrenim almış annelerden daha az “kendine güvenli yaklaşım” eğilimi göstermektedirler.

Kontrol grubunda, yüksek öğrenim almamış annelerin yüksek öğrenim almış annelere göre değerlendirmesinde; diğer PÇE alt alanları olan “Aceleci, düşünen, kaçınan, değerlendirici, planlı” yaklaşımlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Bulgular, araştırmanın temel hipotezlerinden ikincisi olan “DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde iş (Çalışma / Çalışmama) durumuna göre problem çözme stillerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır” yönündeki hipotezi desteklemektedir.

Örneklem grubunda; **çalışmayan annelerin “kaçınan yaklaşım” (p:0.001; p<0.01), “kendine güvenli yaklaşım” (p:0.031; p<0.05) (Tablo 7) puan ortalamaları, çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer bir deyişle örneklem grubundaki çalışmayan anneler problem çözmede çalışan annelere göre daha çok “kaçınan ve kendine güvenli yaklaşım” sergileme eğilimindedirler.** Örneklem grubunda, çalışmayan annelerin çalışan annelere göre değerlendirmesinde; diğer PÇE alt alanları olan “Aceleci, düşünen, değerlendirici, planlı” yaklaşımlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Kontrol grubunda; **çalışmayan annelerin “kendine güvenli yaklaşım” (p:0.022; p<0.05), “planlı yaklaşım” (p:0.022; p<0.05) (Tablo 7) puan ortalamaları, çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.** Çalışmamızda; DEHB tanısı almamış çocukların çalışmayan annelerinin çalışan annelere göre daha az “kendine güvenli ve planlı yaklaşım” sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubunda, çalışmayan annelerin çalışan annelere göre değerlendirmesinde; diğer PÇE alt alanları olan “Aceleci, düşünen, kaçınan, değerlendirici” yaklaşımlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Bulgular, araştırmanın temel hipotezlerinden üçüncüsü olan **“DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde eğitim durumuna göre anksiyete düzeylerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır”** hipotezini destekler niteliktedir.

Örnekleme grubunda; **yüksek öğrenim almamış annelerin “Anksiyete” puan ortalamaları, yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.024; p<0.05) (Tablo 8).** Bulgular öğrenim süresinin artmasına bağlı olarak anksiyete düzeylerinin düştüğünü göstermektedir.

Kontrol grubunda; Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çalışma bulgularımız, bazı çalışma sonuçlarıyla da uyum göstermiştir. Örneğin 1991 yılında yapılan bir çalışmada, DEHB’li çocukların ailelerinde anksiyete ve depresif bozuklukların normal kontrollerin ailelerinden daha yüksek oranda olduğu gösterilmiştir (Biederman ve ark. 1991). Bir başka çalışmada anksiyete semptomlu Panik bozukluğu ve agorafobi gibi tanıların DEHB’li çocukların ebeveynlerinde kontrol grubuna oranla daha yüksek oranda saptanmıştır (Biederman ve ark. 1992). Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre ise, anksiyete bozukluğu olan bireylerin çocuklarında da kontrol grubuna oranla daha fazla DEHB tanısı konmuştur (Biederman ve ark. 1991).

Çalışma bulguları, araştırmanın temel hipotezlerinden dördüncüsü olan **“DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde iş (Çalışma / Çalışmama) durumuna göre anksiyete düzeylerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır”** hipotezini destekler niteliktedir.

Örneklem grubunda; çalışmayan annelerin anksiyete puan ortalamaları, Çalışan annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.004$; $p<0.01$) (Tablo 9).

Kontrol grubunda; çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Üçüncü ve dördüncü hipotezler eğitim ve iş değişkenlerine göre anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemesine karşın örneklem grubunda her iki değişkende de ortaya çıkan anksiyete düzeyinin yükselmesi yönündeki fark; DEHB tanısı almış çocukların annelerinde yüksek öğrenim almamış olma ve çalışmıyor olma koşullarında anksiyete yükünün artması şeklinde yorumlanabilir.

Bulgular, araştırmanın temel hipotezlerinden beşincisi olan “**DEHB tanısı almış ve almamış çocukların cinsiyetine göre annelerinin problem çözme stillerinde kendi içlerinde farklılaşma vardır**” hipotezini destekler niteliktedir.

Kız çocuklarında; örneklem grubunun “**düşünen yaklaşım**” ($p:0.047$; $p<0.05$), “**kendine güvenli yaklaşım**” ($p:0.008$; $p<0.01$) (Tablo 10) puan ortalaması, kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Erkek çocuklarında; örneklem grubunun “**aceleci yaklaşım**” ($p:0.001$; $p<0.01$), “**düşünen yaklaşım**” ($p:0.001$; $p<0.01$), “**kaçıngan yaklaşım**” ($p:0.010$; $p<0.05$), “**değerlendirici yaklaşım**” ($p:0.002$; $p<0.01$), “**kendine güvenli yaklaşım**” ($p:0.001$; $p<0.01$), “**planlı yaklaşım**” puan ortalaması, ($p:0.001$; $p<0.01$) puan ortalaması, kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışma bulgularında DEHB tanısı almış ve almamış çocukların cinsiyetine göre annelerinin problem çözme stillerinde kız çocuklarında “**düşünen**” ve “**kendine güvenli**” yaklaşımlar olarak sadece iki alanda farklılaşma gösterilebilmişken erkek çocuklarında bütün problem çözme stillerinde gösterilen farklılaşma dikkat çekicidir.

DEHB tanısı almış ve almamış çocukların cinsiyetine göre erkek çocuk annelerinin problem çözme stillerinde kız çocuklarına oranla manidar farklılaşma vardır.

Bu sonuç DEHB'nin seyirinde hem oran olarak erkek çocuklarında 4 kat fazla görülmesi (APA 2000) hem de alt tipler açısından davranım sorunları ile ilgili erkek çocuklarının kız çocuklarına oranla daha riskli olması ile uyumluluk göstermektedir. Örneğin ülkemizde yapılan bir çalışmada dikkatsizliğin önde gelen tipinin kızlarda, diğer alt tiplere oranla daha sık rastlandığı bulunmuştur (Toros ve Tataroğlu, 2002). Aşırı hareketliliğin önde olduğu tip erkeklerde daha sıktı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu" (Tahiroğlu vd., 2005).

Bulgular, araştırmanın temel hipotezlerinden altıncısı olan **"DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde eğitim durumuna göre problem çözme stilleri arasında farklılaşma vardır"** hipotezini desteklemektedir.

Yüksek öğrenim almış annelerde; örneklem grubunun "düşünen yaklaşım" (p:0.001; p<0.01), "değerlendirici yaklaşım" (p:0.007; p<0.01), "planlı yaklaşım" (p:0.004; p<0.01) (Tablo 11) puan ortalaması, kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Yüksek öğrenim almış annelerde diğer PÇE alt alanları olan "Aceleci", "Kaçınan" ve "Kendine güvenli" yaklaşımlar açısından örneklem ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Yüksek öğrenim almamış annelerde; örneklem grubunun "düşünen yaklaşım" (p:0.020; p<0.05), "kaçınan yaklaşım" (p:0.014; p<0.05) "kendine güvenli yaklaşım" (p:0.003; p<0.01) (Tablo 11) puan ortalaması, kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Yüksek öğrenim almamış annelerde diğer PÇE alt alanları olan "Aceleci", "Değerlendirici" ve "Planlı" yaklaşımlar açısından örneklem ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Diğer bir deyişle DEHB tanısı almış çocukların yüksek öğrenim görmüş anneleri çocuğu DEHB tanısı almamış annelere göre problem durumlarına daha kontrollü ve özenli yaklaşmaktadırlar.

Bulgular, araştırmanın temel hipotezlerinden yedincisi olan **" DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinde iş (Çalışma / Çalışmama) durumuna göre problem çözme stilleri arasında farklılaşma vardır"** hipotezini desteklemektedir.**Buna göre:**

Çalışan annelerde; örneklem grubunun "aceleci yaklaşım" (p:0.030; p<0.05) "düşünen yaklaşım" (p:0.001; p<0.01), "değerlendirici yaklaşım" (p:0.008;

$p<0.01$), “planlı yaklaşım” ($p:0.009$; $p<0.01$) (Tablo 12) puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışan annelerde diğer PÇE alt alanları olan “Kendine güvenen” ve “Kaçıngan” yaklaşımlar açısından örneklem ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Çalışmayan annelerde; örneklem grubunun “düşünen yaklaşım” ($p:0.018$; $p<0.05$), “kaçıngan yaklaşım” ($p:0.017$; $p<0.05$), “kendine güvenli yaklaşım” ($p:0.001$; $p<0.01$), “planlı yaklaşım” ($p:0.033$; $p<0.05$) (Tablo 12) puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışmayan annelerde diğer PÇE alt alanları olan “Aceleci” ve “Değerlendirici” yaklaşımlar açısından örneklem ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Bulgular, araştırmanın temel hipotezlerinden sekizincisi olan **“DEHB tanısı almış ve almamış çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve problem çözme stilleri birbirleri ile ilişkilidir”** tezini **“kısmen destekler”** niteliktedir. Buna göre:

Örneklem grubunda; “anksiyete puanı ile kaçıngan yaklaşım” arasında pozitif yönde %34.1 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı zayıf nitelikte ilişki bulunmaktadır ($p:0.008$; $p<0.01$) (Tablo 13).

Kontrol grubunda; “Anksiyete puanı ile kaçıngan yaklaşım” arasında pozitif yönde %30.6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı zayıf nitelikte ilişki bulunmaktadır ($p:0.017$; $p<0.05$) (Tablo 13). Anksiyete puanı ile kendine güvenli yaklaşım pozitif yönde %27.1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.036$; $p<0.05$) (Tablo 13).

Sonuç olarak, **DEHB tanısı almış çocukların annelerinde hem eğitim düzeyi düşük hem de çalışma hayatı yoksa anksiyete yükünün artması söz konusu olabilir.**

DEHB tanısı almış ve almamış çocukların cinsiyetine göre erkek çocuk annelerinin problem çözme stillerinde kız çocuklarına oranla manidar farklılaşma vardır. Bu sonuç DEHB tanısının erkek çocuklarda daha çok davranım bozuklukları ile ilişkilendirilmesinin önemi vardır.

Erkek çocuklarında DEHB görülme sıklığının kız çocuklarında 4 kat fazla olması (APA 2000) ve DEHB alt tipleri açısından değerlendirildiğinde erkek

çocuklarında kızlara oranla davranım sorunları ile ilgili DEHB alt tiplerinin görülmesinin (Toros ve Tataroğlu, 2002) (Tahiroğlu vd,2005) erkek çocuk annelerinin problem çözüme stillerinin bütün PÇE alt alanlarına yayılması etkisi yarattığı söylenebilir.

Annelerin eğitim süreleri değerlendirildiğinde hem yüksek öğrenim almış hem de almamış fark etmeksizin DEHB tanısı almış çocukların annelerinin DEHB tanısı almamış çocukların annelerine göre daha değerlendirci, daha planlı, daha düşünen bir problem çözüme eğitimi sergiledikleri görülmüştür.

Bundan DEHB tanılı çocuğun yaşadığı probleme daha kontrollü ve özenli yaklaşma gereğinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın sonuçları literatürdeki birtakım çalışmalar ile paralellik taşımamakta olduğu ve örnekleme bağı olarak değişkenlik gösterdiği görülmüştür.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları da vardır. Bunlar; Örnekleme ve kontrol grubunun İstanbul ili içinde özel hizmet veren bir sağlık kuruluşuna başvuran çocuklar ve bir özel okulda eğitim gören öğrencilerin annelerinden oluşması örnekleme çeşitliliğini azalttığı yönünde değerlendirilebilir. Sadece anneler ile yapılması nedeniyle babalar hakkında bilgi edinilememiş olması ve annelerin eğitim ve iş özelliklerinin genel iki kategoride çalışılmış olması nedeniyle veri çeşitliliğinin artmaması olarak değerlendirilebilir.

DEHB, sadece rahatsızlığı olan kişiyi değil; ailesini, okulunu ve sosyal ilişkilerini de etkiler. Bu yüzden çocukta var olan ve baskın olan belirtilerle, bunların çevreyi ve çocuğu nasıl etkilediği iyi analiz edilmeli ve tedavi sürecine çevrede dahil edilmelidir.

DEHB tanısı almış çocuklarda problem alan ve durumlar, çocuğun yaşamını zorlaştırdığı gibi ailesinin de yaşamını zorlaştırmaktadır ve onların da problem çözüme becerilerinde isabetsizlik, kararsızlık, tutarsızlık gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu yüzden yaklaşım ve tutum açısından ailenin özellikle de annelerin bilinçlendirilmesi ve bu süreçte hem kendi psikolojik coğrafyaları hem de problem çözüme stillerine uygun yönlendirilmeleri oldukça önem arz etmektedir.

Bu çalışmada bir kez daha gösterilmiştir ki, DEHB tedavisinde aile merkezli ve kişiye özel planlamalar gerekmektedir. Ailenin biyopsikososyal tedavisi prognozu olumlu yönde etkileyecektir. Çalışma sonuçlarımız problem çözme stillerinin bireysel ayrılıklar, kişilik örgütlenmesi ve yaşam kültürü ile de ilgili olabileceği savından hareketle multidisipliner ve entegratif çalışmalar yapılmasının faydalı olacağını ortaya koymuştur.



KAYNAKÇA

- Abalı, O. (2009). Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği, Adeda Yayınevi.
- Abalı, O. , Onur, M., Gürkan, K., Çelik, Ö. Ve Tüzün, ÜD, (2006),“İlköğretim Çağı Çocuklarındaki Davranım Bozukluğu Semptomlarının Sosyodemografik Verilere Göre Değerlendirilmesi” Düşünen Adam Dergisi, 19 (1) : 14- 19.
- Ackerman, P., Kappelman, M., (1984). Çocuğunuzun Sorunları. Davranışlar ve Nedenleri. T. Tangu, Çev. Cep Kitapları: 36. Yaşam Dizisi:1. Ankara, Doğuş Matbaası.
- Akgün GM, Tufan AE, Yurteri N, Erdogan A. Dikkat eksikliği hiperaktivit bozuklugunun genetik boyutu. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current Approaches in Pschiatry 2011; 15-48.
- Arnsten, F.T.A., (2009). “Toward a New Understanding of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Pathophysiology: an important role for prefrontal cortex dysfunction”CNS Drugs, pp 33-41.
- Atalay, S. (1977). Korku, Hiperaktif Çocuklar, Kıskançlık, Çocukta Cinsel Eğitim. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi El Kitabı. Ankara,H.U. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü, s.99-109.
- Barkley R.A, Murphy K.R, (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, A Clinical Workbook, (Elektronik Sürüm). (3 rd edition). New York: Guilford Pres.
- Barkley, R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unified theory of ADHD. Psychological Bulletin 1997a; 121:65-94.
- Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Chávez, L., Rubio-Stipeç, M., Ramírez, R., Padilla, L., Anderson, A., García, P., and Canino, G. (2007). “ADHD and Gender: Are Risks and Sequela of ADHD The Same for Boys and Girls?”, The Journal Of Child Psychology And Psychiatry, 48 (8), 831-839.
- Becerik-Özdiker J. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozuklugu olan çocukların anneleri ile ilişkilerini algılamaları ile annenin çocuğunu kabullenme ve reddetme davranışlarına ait algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

- Befare MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys. mother-child interaction, parent psychiatric status and psychopathology. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*. 1985; 26: 705-709. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri A.B.D. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık B.D.Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2002.
- Bilge, R. (2013). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Çocukların Anne Babalarının Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Bilgiç A. (2011). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bir Grup Çocukta Anksiyete Bozukluklarının Görülme Sıklığı” *Selçuk Tıp Dergisi*; 28(1):39-41 Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Köroğlu E Çev. (2001): *Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*.
- Bingham, A. Çocuklarda Problem Çözme Yeteneklerinin Geliştirilmesi. M.E.B İstanbul 1998.
- Brassett-Harknett A, Butler N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and life course outcomes for men and women. *Clin Psychol Rev* 2007 Mar;7(2):188-210.
- Budak, B. Lise Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, 1999 Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Byun, H., Yang, J., Lee, M., Jang, W., Kim, J.H., David, S., Joung, Y.S. (2006). “Psychiatric comorbidity in Korean Children and adolescents with ADHD: Psychopathology According to Subtype”. *Yonsei Medikal Journal* 47(1):113
- Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am, Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35: 978-986.
- Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention deficit/ hyperactivity disorder: The search for endophenotypes, *Nat Rev Neurosci* 2002; 3:617-628.
- Çalık T. (2003). “Eğitimde Stratejik Planlama Ve Okulların Stratejik Planlama Açısından Nitel Değerlendirilmesi.” *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 251-268.

- Çayır, A. (2009). Öğrenme Güçlüğü Çeken Bir İlköğretim 3. Sınıf Öğrencisinin Kaynaştırma Sınıfındaki Sosyal Uyum Becerilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Sınıf Öğretmenliği Bilim Dalı, Konya.
- Çuhadaroğlu, Ç.F., Ulay, T., Dinç, G., Tüzün Z., Evinç, G., Tasgın, E. (2007), Çocuklukta dikkat eksikliği hiperaktivite rahatsızlığı (DEHB) tanısı almış olan ergenlerde psikiyatrik komorbidite. HÜTF Bilimsel araştırmalar birimi destekli tamamlanmış proje, Proje no: 0501101008, Ankara.
- Çuhadaroğlu, Ç.F., Coşkun, A., İşeri, e., Miral S., Matavallı, N., Pehlivan Türk, B., Türkbay, T., Uslu, R., Ünal, F. (Ed.) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara. Hekimler Yayın Birliği. (s.293-312)
- Dereboy Ç., Şenol, S., Şener, Ş., Dreboy, F. (2007). “Connors Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliliği” Türk Psikiyatri Dergisi, 18(1):48-58
- Doğaroğlu, T.K, (2013). Türkiye’de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Çalışmaların Yürütüldüğü Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi.” Bilgisayar ve Eğitim Araştırmaları Dergisi. Cilt 1 Sayı 2, 90-112.
- Duran, Ş. (2007). 9.10.11 Yaşındaki Çocukların Zihinsel Gelişim Ve Benlik Saygısına Ailenin Sosyo-Ekonomik Düzeyinin Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Duran Ş., Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Bilici, M., Çalışkan, M. (2013). “Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu: Yaygınlık Ve Eş Tanılar.” Türk Psikiyatri Dergisi.
- Durukan, İ., Karaman, D., Kara, K., Türker, T., Tufan, A.E., Yalçın Ö., Karabekiroğlu K., (2011). “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı.” Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24:113-120.
- Enç, M. (1978). Ruh Sağlığı Bilgisi, Bilim ve Kültür Eserleri Dizisi, İstanbul. İnkılap ve Aka Basımevi.
- Ercan S.E., Aydın C., (2007). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. (15. baskı). İstanbul: Gendaş Kültür Yayınları.

- Ercan, S., Aydın, C. (2012). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. (3. bs). İstanbul: Pupa Yayınları.
- Erman, O., Turgay, A., Öncü, B., Urdarivic, V.(1999). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları.” Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6(1):12-18.
- Evrensel A., Alparslan S., Yorbik, Ö. (2015).“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Doğum Sırası” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16:69-73
- Faraone, S., Biederman, J. (1998).“Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder.” Biol Psychiatry, 44:951-958.
- Fitzgerald, M., Bellgrove, M., Gill, M. (2007). Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. USA: John Wiley & Sons, Ltd.
- Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. Annals New York Academy of Sciences 2001;33-49.
- Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinician’s to Adult ADHD Assessment and Intervention. Academic Press, California, USA 2002. 25-42.
- Gökbüzoğlu B, Ergenlerin saldırganlık düzeylerin ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı 2008 İstanbul,
- Güven, E. (2013). Çocuğun Davranış Sorunları İle Algıladığı Anne Baba Çatışması Arasındaki İlişkiler Duygu Sosyalleştirmenin Aracı Rolü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Uygulamalı) Anabilim Dalı, Ankara.
- Hayta, M.K. (2011). Biraz Hiperaktifiz Galiba. (1. baskı). İstanbul, Timaş Yayınları.
- Hechtman L, McGough, JJ. (2007). Dikkat Eksikliği Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler)., 8.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 3183-3205.

- Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E. (2013). “Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Uyarlama Çalışması.” Eğitim ve Bilim, cilt:38, Sayı:167.
- Karşlı, E. (2008). Kişiler Arası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Psikosomatik Bozukluklar. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Uygulamalı/Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62. S:147-152
- Koptagel, G. (2001). Davranış Bilimleri Tıpsal Psikoloji, İstanbul, Nobel Kitapevleri.
- Köknel, Ö.,(1981). Aile de ve Toplumda Ruh Sağlığı. İstanbul, Hürriyet Yayınları.No:264
- Köroğlu, 2004., Özusta, Ş., (1993). Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Köroğlu, E., (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM- IV- TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Gözden geçirilmiş 2. bsk). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E., (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Kurt, N.B. (2010). Mobbing Ve Psikosomatik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Kamu Kuruluşu Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Programı, İzmir.
- Marshall, R., Neill, P., Theodosiou, L. (2011). “Prevalence Of Attention Deficit Hyperactivity Symptoms in Parents Of Children Diagnosed With The Condition.” Procedia Social and Behavioral Sciences. 15, 3056-3058.
- Mesulam, M. M. (Ed) (2004). Dikkat Şebekeleri, Konfüzyonel Durumlar ve İhmal Sendromları: Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri. 2. Ed. Gürvit, H. İstanbul, Yelkovan.

- Morgan, A.E., Hynd, G.W., Ricco C.A., Hall, J. (1996).“Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous.” Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 35(3); 325-333.
- Morgan, C. Psikolojiye Giriş. Çev. Ed. Sirel Karakaş Meteksan Yayınları Ankara 2000
- Norvilitis JM, Scime M, Lee JS. Courtesy stigma in mothers of children with ADHD: A preliminary investigation. Journal of Attention Disorder. 2002;(6): 61-70.
- Öncü, B., Şenol, S. (2002) “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım.” Klinik Psikiyatri Dergisi, 5:111-119
- Öner, P., Aysev, A.S., Dikmeer, İ.A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Özgül Öğrenme Güçlüğü Bilgilendirme Kitapçığı. Sitede mevcut (www.turkpsikiyatri.org/arsiv/adhd-brosur-anababa.pdf)
- Öner, Ö., Aysev, A.S. (2007). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İçinde: Aysev, A.S., Taner, Y.I. (Editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları,(1. Baskı) İstanbul, Golden Print, 397-421.
- Özen, Y., Gülaçtı F., Kandemir M. (2002). “Öğrenme Yetersizliği İle Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketliliğin Karşılaştırılması.” Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt-Sayı: 4-1
- Özge, A., Toros, F., Çömelekoğlu, Ü., Kaleağası, H. (2007). “Quantitative EEG Analysis in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders [Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuklarda Kantitatif EEG Analizi].” Nöropsikiyatri Arşivi, 44, 19-27
- Özmen, S.K. (2010). “Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)”. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 6, Sayı 2, ss.1-10.
- Öztürk, M., Kemal, S., Tüzün, Ü., Kandil, S.T. (2000). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı.” Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10,139-143.
- Palmer, E.D., Finger, S., (2001). “An Early Description of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” Child Psychology and Psychiatry Review, 6 (2), 66-73.

- Pazvantoğlu, O., Akbaş, S., Sarısoy, G., Baykal, S., Korkmaz, I.Z., Karabekiroğlu K., Bke, . (2014). "DEHB Tanılı ocukların Ebeveynlerinde DEHB ile İlişkili Bazı Sorunlu Yaşam Olayları." Düşünen Adam Dergisi, The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 27:61-68
- Polanczyk, G., and Jensen, P. (2008). "Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update." Child And Adolescent Psychiatrc Clinics North America, 17 (2), 245-260.
- ğlmüş, S. Kişilerarası Sorun özme Becerileri ve Eğitimi. Ankara: Nobel 2006.
- Schachar RJ. Hyperkinetic Syndrome: Historical development of the concept.The Overactive Child. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications, 1986. 19-41.
- Seawell, M. (2010). Family Narratives of ADHD: Labels Promoting Change. Yayınlanmış Doktora Tezi, Our Lady Of The Lake University, Texas.
- Selçuk, Z. (2002). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif ocuklar. (3. baskı). Ankara, Pegem A Yayıncılık.
- Silver, L.B. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals (Third edition). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Smith AJ, Brown RT, Bunke V, Blount RL, Christophersen E. Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with ADHD. Journal of Attention Disorder 2002; 5(3): 165-177.
- Stanton, B.F. and Behrman, R.E. (2007). The Field of Pediatrics. In R.M. Kliegman, R.E. Behrman, H.B. Jenson and B.F. Stanton (Eds.), Kliegman: Nelson Textbook of Pediatrics, (18th ed.) (p.5-34). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Sahin N, Sahin NH, Heppner PP, Psychometric propoties of the Problem Solving Inventory in a group of Turkish university students. Cognitive Therapy and Research 1993; 17(4), 379-396
- şengl, C.B., şengl, C., Telci ř., Dilbaz N. (2004). "Erken Erişkinlikte Tanı Konan İki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgusu." Klinik Psikiyatri; 7:51-56

- Şenol S, Şener S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Köroğlu E, Güleç C, ed. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998: 1119–1130.
- Şenol, S. (2006). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı. Ankara, HYB Yayıncılık.
- Şenol, S., İşeri, E., Koçkar, A.İ. (2006). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağınık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Tahiroğlu, A., Çelik, G., Avcı, A., Seydaoğlu G.(2009).“Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Ergen Hastaların Özellikleri.” Türk Psikiyatri Dizini, 47(3):142-146.
- Tahiroğlu, A.Y., Avcı, A., Fırat, S., Seydaoğlu, G. (2005). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri.” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:5-10.
- Tanör, Ö.Ö. (1982). “Anksiyetenin Öğrenme ve Hafızaya Etkisi”. Psikoloji Dergisi, 16. Cilt, Sf. 31-35. İstanbul.
- Thorley, G. Hyperkinetic syndrome of child, clinical characteristics. Br J Psychiatry 1984;144: 16-34.
- Toros, F., ve Tataroğlu, C. (2002). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyodemografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri.” Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 9 (1), 23-31.
- Torun, N.Y., Özşahin, A., Sütçügil, L. (2009). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yetişkinlikteki Yansımaları.” Klinik Psikiyatri; 12:43-50
- Türe F.S., (2010). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Türker, A.V. (2008). Çalışan Bireylerin Anne-Babalarına Yönelik Algıladıkları Çocuk Yetiştirme Davranışları İle Benlik Saygıları, Örgütsel Tutumları Ve Psikosomatik Şikâyetleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ulusoy (1993) Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

- Waldman ID, Gizer IR. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev 2006 Aug;26(4):396-432.
- Weis, M., Weis, G. (2002), Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Pschiatry (3.ed). Philadelphia, Lippincott WilliamsveWilkins 605.
- Weiss, M., Murray C. (2003). “Assessment and Management of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults.” CMAJ, 168 (6), 715-722.
- Wender, P.H., Reimherr, F.W., Wood, D.R. (1981). “Attention Deficit Disorder ('Minimal Brain Dysfunction') in Adults. A Replication Study of Diagnosis and Drug Treatment.” Arch Gen Psychiatry, 38 (4), 449-456.
- Yalom, İ. (2008) Ergen Terapisi (1.basım) (çev. Şallı, Y.Ö) İstanbul, Prestij yayınları.
- Yılmaz, G. (2009) Cinsel İstismara Uğramış ve Uğramamış 6-12 Yaş Grubundaki Çocukların Aile Resmi Çizimleri, Davranış Sorunları ve Ailelerin İşlevsel Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi,

EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Bilgi Formu

TANIMA FORMU

I. COCUĞUN KİMLİK BİLGİLERİ

Adı Soyadı : _____
Cinsiyeti : _____
Doğum Tarihi ve Yeri : _____
Eğitim Kurumu : _____
Sınıfı : _____

II. AİLE BİLGİLERİ

1) Anne-Babanın:

	Anne	Baba
Adı-Soyadı		
Öğrenim Durumu		
Mesleği		
Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl)		
Çalıştığı Kurum-Görevi		
Cep Telefonu		
E-posta Adresi		

2) Kardeşlerin:

Adı-Soyadı	Cinsiyeti	Doğum Tarihi	Öz/Üvey	Ayrı/Beraber	Öğrenim/İş

III. AİLE DURUMU

- 1) Anne: Baba:
() Sağ () Sağ
() Yaşamıyor () Yaşamıyor
- 2) Anne – Baba
() Beraber () Boşanmış () Ayrı Yaşıyor () İş Dolayısıyla Ayrı
- 3) Anne- Baba ayrı ise kiminle kalıyor?
() Anne () Baba () Diğer (belirtiniz)

- 4) Anne – Baba ayrı / yaşamıyor ise:
 Anne başkası ile evli Baba başkası ile evli Diğer(belirtiniz)
- 5) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....
- 6) Evde anne, baba ve kardeşlerin dışında devamlı yaşayan kişi var mıdır? Varsa akrabalık derecesi nedir?

- 7) Anne çalışıyorsa çocukları evde kim karşılıyor?

- 8) Çocuğunuzun ayrı bir odası var mı? Yoksa kiminle paylaşıyor?

- 9) Kardeşleri ile ilişkileri nasıl?

- 10) Çocuğunuzun hangi konularda sizin desteğinize ihtiyacı olduğunu düşünüyorsunuz?
 Düzen ve temizliği Kılık kıyafet seçimi
 Arkadaş seçimi Serbest zamanlarını değerlendirilmesi
 Ders çalışması Beslenme ve uyku alışkanlıkları
- 11) Çocuğunuz herhangi bir sorunla karşılaştığı zaman genellikle kime başvurur?
 Anneye Öğretmenlerine
 Babaya Yakın akrabalarından birine
 Kardeşlerine Hiç kimseye
 Arkadaşlarına Bilmiyorum
- 12) Çocuğunuz için evinizdeki kuralları koyan, takip eden kimdir?
 Anne Anne -baba birlikte
 Baba Anne - baba- çocuk birlikte
 Diğer aile büyükleri
- 13) Anne baba olarak çocuğunuz istenmeyen bir şey yaptığında ne şekilde davranırsınız?
 Kızar, bağırırım. Zamana bırakırım.
 Öğüt veririm, konuşurum. Mahrum bırakırım.
 Annesine / babasına şikâyet ederim. Mola veririm.
 Karışmam, ilgisiz ve sessiz kalırım. Ceza veririm.
- 14) Çocuğunuzun bu yaptırımlara tepkisi nasıldır?

- 15)Çocuğunuzu hangi durumlarda ödüllendirirsiniz? Ne tür ödüllerin çocuğunuzda etkili olduğunu gözlemliyorsunuz?

- 16) Anne-baba olarak çocuğunuzun yetiştirilmesinde farklı tutumlar sergilediğiniz alanlar nelerdir?

IV.KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ VE GENEL DAVRANIŞLAR

- 1) Çocuğunuza uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

	E	H		E	H
--	---	---	--	---	---

Kendine güvenir.		Kaba kuvvete başvurur.		
Kolay arkadaş edinir.		Kolay sinirlenir.		
Çok hayal kurar.		Çekingendir		
Lider olmak ister.		TV,bilgisayar vb. düşkünüdür.		
Yaratıcıdır.		Kolay bahane bulur.		
İlgileri sürekli dir.		Karamsardır.		
Sorumluluk duygusu gelişmiştir.		Cinsel konulara meraklıdır.		
Sessiz ve sakindir.		Kardeş/arkadaşlarını kıskanır.		
Uyumludur.		İnatçıdır.		
Paylaşmayı bilir.		Unutkandır.		
Düzenlidir.		Yalnızlık hisseder.		
İşbirliğine açıktır.		Dikkatsizdir		
Heyecanlıdır.		Kararsızdır.		
Sık sık şikayet eder.		Çok hareketlidir.		
Kıskançtır.		Devamlı konuşur.		
Bencildir.		Dikkat çekmek ister.		
Savurgandır.		Dalgındır.		
Yalan söyler.		Sık sık okuldan yakını r.		

2) Çocuğunuzun ilgisi olduğunu düşündüğünüz alanlar nelerdir?

- () Resim () Müzik
() Tiyatro () Spor
() Kitap () Diğer

3) Çocuğunuz hiç kaza geçirdi mi? Geçirdi ise kazanın çocuk üzerinde gözlemediğiniz ruhsal ve bedensel etkilerini yazınız.

.....

4) Çocuğunuzun tikleri var mı? Açıklayınız.

.....

5) Çocuğunuzun korkuları var mı? Açıklayınız.

.....

6) Çocuğunuzun alt ıslatma problemi var mı? Varsa hangi sıklıkta yaşandığını yazınız.

.....

7) Çocuğunuzun arkadaş ilişkileri nasıldır?

- () Çabuk arkadaş olur. () Arkadaşlık kurmada çekingendir.
() Arkadaşlarıyla uyumludur. () Arkadaşlarına liderlik eder.
() Arkadaşlıkları uzun sürelidir. () Sürekli arkadaşlarından şikâyet eder.
() Arkadaşlarının tercihlerini benimser.

8) Çocuğunuzun ders çalışma alışkanlığı nasıldır? (1. sınıf öğrencileri hariç)

- () Çalışırken çevresindeki uyanlarla ilgilidir. () Planlı ve düzenli çalışır.
() Çalışırken bir başkasının yardımına ihtiyaç duyar. () Çalışmaya zaman ayırmaz.
() Çalışma saatleri düzenli değildir. () Sınav öncesinde çalışır.
() Dersi sınıf ortamında öğrenir.

9) Çocuğunuz için herhangi bir konuyla ilgili olarak bir uzmana başvurduunuz mu? Belirtiniz.

.....

.....

V.OKUL YAŞAMI

1) Okul başarısı size ne ifade etmektedir?

.....
.....
2) Okulun, hangi konularda öğrencinin öncelikli gelişimini sağlaması gerektiğine inanıyorsunuz?

.....
.....
.....

VI. SAĞLIK DURUMU

1) Çocuğunuzun son bir yıl içinde geçirdiği önemli bir hastalık, kaza, ameliyat var mı? Varsa açıklayarak yazınız.

.....
.....
2) Çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı? Varsa açıklayarak yazınız.

.....
.....
3) Sürekli kullandığı bir ilaç var mı?.....

Formu Dolduranın Adı Soyadı:

Teşekkür Ederiz.

Ek-2: Problem Çözme Envanteri

PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ

Bu envanterin amacı günlük yaşantımızdaki problemlere genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerindeki problemlerden farklıdır. Bunlar kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler gibi konularda hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırınız. Cevaplarınızı bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek veriniz. “BURADA SÖZÜ EDİLEN DAVRANIŞI BEN NE SIKLIKLA YAPARIM?” diye düşünerek cevaplayınız. Cevaplarınızı aşağıdaki derecelendirme sistemini kullanarak yanıtlayınız. Sizi en iyi tanımlayan ifadenin yanına (X) işareti koyunuz. Doğru ve yanlış cevap yoktur. Her ifade için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz.

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1. Her zaman böyle davranırım | 4. Arada sırada böyle davranırım | | | | | | |
| 2. Çoğunlukla böyle davranırım | 5. Ender olarak böyle davranırım | | | | | | |
| 3. Sık sık böyle davranırım | 6. Hiçbir zaman böyle davranmam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

1. Bir sorunu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam.
2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.
3. Bir sorunu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.
4. Bir sorunu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını ve neyin işe yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem.
5. Sorunları çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.
6. Bu sorunu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım.
7. Bir sorun olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.
8. Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğini anlamak için duygularımı incelerim.
9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık-seçik terimlerle ifadeye uğraşmam.
10. Başlangıçta sorunu fark etmesem de sorunlarımın çoğunu çözme yeteneğim vardır.

11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.
12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.
13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma ilk gelen yolu izlerim.
14. Bazen durup sorunların üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim.
15. Bir sorunla ilgili olası çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.
16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.
17. Genellikle aklıma gelen ilk fikir doğrultusunda hareket ederim.
18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer ,tartar, birbiri ile karşılaştırır, sonra karar veririm.
19. Bir sorunu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.
20. Belli bir çözüm planı uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.
21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem
22. Bir sorunu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşündürmektir.
23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.
24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım var.
25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılar ile uğraştığım duygusunu yaşarım.
26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.
29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.
30. Bir sorunla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.
31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.
32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.

33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.
34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.
35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.

Ek-3: Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	HİÇ	HAFİF DÜZEYDE	ORTA DÜZEYDE	CİDDİ DÜZEYDE
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HİÇ **HAFİF** **ORTA** **CİDDİ**
DÜZEYDE **DÜZEYDE** **DÜZEYDE** **DÜZEYDE**

13 Titreklilik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Kontrolü kaybetme korkusu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Nefes almada güçlük	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Ölüm korkusu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Korkuya kapılma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Baygınlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Yüzün kızarması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ek-4: Özgeçmiş

Nükhet GÜMÜŞEL

Zekeriyaköy Köyü Merkez Mevkii Uyum Sitesi D11 Blok Daire:10

Zekeriyaköy, Sarıyer, İstanbul

Cep: 0533 633 16 60 - Ev: 212 342 19 06

E-mail : nukhet.gumusel@itugvo.k12.tr

AMAÇ	
	Kurumumuzun gelişimine tecrübemle katkıda bulunmak.
EĞİTİM	
	1987 - 1990 Pertevniyal Lisesi 1992 - 1996 Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü (3.23/4.00) 2013 - Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tez Aşaması
PROFOSYONEL TECRÜBE	
	1996 - 1997 Özel Mehmet Yıldırım Zihinsel Özürlüler Rehabilitasyon Merkezi <i>Psikolog</i> 1997 - 2000 Özel Yüzyıl Anaokulu <i>Sınıf Öğretmeni</i> 2001 - 2006 Özel Acarlar Anaokulu <i>Psikolojik Danışman</i>

	<p>2006 -2009 Özel Yüzyıl Işıl İlköğretim Okulu 2009 - 2010 Özel Açı <i>Psikolojik Danışman</i></p> <p>2010-Halen İTÜ Geliştirme Vakfı Okulları Özel Dr. Natuk Birkan İlkokulu ve Ortaokulu <i>Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölüm Başkanı</i></p>
SERTİFİKA & EĞİTİMLER & SEMİNERLER	
	<p>2015 Türk Psikologlar Derneği-Türkçe İfade Edici Dil ve Alıcı Dil (TİFALDİ) Testi Sertifika Eğitimi Yrd. Doç. Dr. Aslı Göncü</p> <p>2015 İstanbul Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi- CAS (Cognitive Assesment System) Testi Sertifika Eğitimi Yrd. Doç. Dr. Tamer Ergin</p> <p>2014 - 2015 Family Psychological Services,İstanbul Psikoloji-Deneysel Oyun Terapisi Dr. Byron Norton, Uzm. Psk. Nilüfer Devecigil</p> <p>2014 - 2015 Projektif Tesler Derneği-Peri Masalları Testi Eğitimi Uzm. Psk. İrem Atak</p> <p>2012 - 2013 Projektif Testler Derneği-Çocuk Çizimleri Testi Eğitimi Uzm. Psk. Funda Akkapulu</p> <p>2013 Prof. Dr. Oğuz Tanrıdağ-Klinik Elektrofizyoloji Eğitimi</p> <p>2011- 2015 Agape Danışmanlık - Süpervizyon Uzm. Psk. Dan. Meltem Caner Kozanoğlu</p> <p>2009 - 2010 İstanbul Psikodrama Enstitüsü-Psikodrama Çalışmaları, Süpervizyon Uzm. Psk. Deniz Altınay</p> <p>2009 Altis Danışmanlık Dr. Bülent Madi-Temel Nörofizyoloji Kursu</p> <p>2008 Prof. Dr. Ümran Kormazlar-Öğrenme Güçlüğü Tanıma ve Başetme</p> <p>2007 Prof. Dr. Ayhan Aydın-Sınıf Yönetimi</p> <p>2005 İstanbul Üniversitesi-Psikolojik Testler,Çocuk Masalları</p> <p>2005 Işıkkent Eğitim,İzmir-Reggio Emilia</p> <p>2005 Med Line-İlkyardım Eğitimi</p> <p>2005 Doç.Dr. Süleymen Çelenk-İlk Okuma Yazma Eğitimi</p>

	<p>2005 Yrd. Doç. Dr. Serap Emir-Sosyal Bilgiler Öğretimi</p> <p>2005 Dr. Çoşkun Küçüktepe-Proje Temelli Öğrenme</p> <p>2004 Doç. Dr. Kültegin Ögel-Madde Bağımlılığı ve Farkındalık</p> <p>2004 Prof. Dr. Yankı Yazgan-Psikolojik Rehabilitasyon ve Eğitim Platformu</p> <p>2004 Marmara Üniversitesi-Uluslararası Okul Öncesi Eğitim Kongresi</p> <p>2004 İzzet Baysal Üniversitesi-Matematik Öğretimi</p> <p>2004 Prof. Dr. Acar Baltaş-İçinizdeki Zirve Çıkın</p> <p>2003 Prof. Dr. Ümran Korkmazlar-Özel Öğrenme Güçlüğü</p> <p>2002 Doç. Dr. Ziya Selçuk-Çoklu Zeka Uygulamaları</p> <p>2002 Özel Okullar Derneği-Sınıf Yönetimi</p> <p>2001 MEB & UNICEF-Psikososyal Okul Projesi</p> <p>2001 Türk Psikologlar Deneği-Oyun Terapisi Eğitimi</p>
UYGULANAN TESTLER	
	<p>WISC-R Zeka Testi, Okul Olgunluğu, AGTE, Gesell, Adam Çiz, Porteus & Kent, Bender Geştalt, Benton, Nöropsikolojik Test Bataryası, Viyana (Schuhfried) Test Sistem,TİFALDİ, CAS, Frostig 2,MMPI, Luisa Duss, Çocuk Çizimleri Testi, Peri Masalları Testi</p>
BİLGİSAYAR	

	MS-Office ürünleri
YABANCI DİL	
	Orta seviye

