

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE ALGILANAN EBEVEYN TUTUMLARINA BAĞLI BENLİK SAYGISI**

Dr. MERVE ERGÜVEN

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2016

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE ALGILANAN EBEVEYN TUTUMLARINA BAĞLI BENLİK SAYGISI**

Dr. MERVE ERGÜVEN

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı
Prof. Dr. IŞIK KARAKAYA

Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Ayşen COŞKUN

2016

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR.....	V
KISALTMALAR DİZELGESİ	VI- VII
ÇİZELGELER DİZELGESİ	VIII
ÇİZİMLER DİZELGESİ	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	2
2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi.....	2
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji	5
2.1.3.1. Genetik Etmenler	5
2.1.3.2. Yapısal, Nörofizyolojik ve Nörokimyasal Farklılıklar.....	5
2.1.3.3. Biyolojik ve Psikososyal, Çevresel Etkenler.....	6
2.1.4. Klinik Görünüm ve Değerlendirme.....	7
2.1.5. DEHB Alt Tipleri.....	8
2.1.6. Ayırıcı Tanı ve Eştanılar.....	10
2.1.7. Tedavi.....	10
2.1.7.1. Farmakoterapi.....	11
2.1.7.2. Non-farmakolojik Tedaviler.....	12
2.2. Benlik Saygısı.....	14
2.2.1. Benlik Saygısı Tanım ve Tarihçesi.....	14
2.2.2. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler.....	15
2.2.3. Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Bozukluklar.....	16
2.2.4. DEHB ve Benlik Saygısı	18
2.2.5. Benlik Saygısı ve Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişki.....	19

2.3. Ebeveyn Tutumları.....	21
2.3.1. Ebeveyn Tutumları Tanımı ve Sınıflandırması.....	21
2.3.2. Ebeveyn Tutumlarını Etkileyen Faktörler.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Örneklem	25
3.2. Yöntem.....	25
3.3. Veri Toplama Araçları	26
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	26
3.3.2. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18).....	26
3.3.3. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği -Ebeveyn Formu (WIBÖ-E).....	27
3.3.4. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R).....	28
3.3.5. Coopersmith Özsaygı Envanteri.....	28
3.3.6. Anne-Baba Tutum Ölçeği.....	29
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	30
4. BULGULAR	31
4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri	31
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	31
4.1.2. Çalışmaya Katılan Gençlerin Aile Özellikleri	34
4.2. Araştırmaya Katılan Ergenlerde DEHB Tanısı, Alt Tipleri.....	38
4.3. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Benlik Saygısı Düzeyleri.....	38
4.3.1. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanları.....	38
4.3.2. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Cinsiyet İle İlişkisi.....	39
4.3.3. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Ders Başarısı ile İlişkisi.....	41
4.3.4. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Televizyon İzleme Süresi ile İlişkisi.....	43

4.3.5. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Bilgisayar Oynama Süresi ile İlişkisi.....	45
4.3.6. Benlik Saygısı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi.....	46
4.4. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Algıladıkları Ebeveyn Tutumları.....	46
4.4.1. Ebeveyn Tutumu ve Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	47
4.4.2. Ebeveyn Tutumlarının Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi.....	48
4.4.3. Ebeveyn Tutumları ve Ders Başarısı Arasındaki İlişki.....	48
4.4.4. Ebeveyn Tutumları ve Baba Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki.....	49
4.4.5. Ebeveyn Tutumları ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki.....	50
4.5. Algılanan Ebeveyn Tutumlarının Benlik Saygısı ile İlişkisi.....	51
4.6. Araştırmaya Katılan Ergenlerin CBCL Alt Ölçek Puanları.....	52
4.7. Araştırmaya Katılan DEHB'li Ergenlerin Weiss İşlevsellik Düzeyleri.....	53
4.8. Algılanan Ebeveyn Tutumları ile CBCL Ölçeği Puanları İle İlişkisi.....	54
4.9. Algılanan Ebeveyn Tutumları ile Weiss Ölçeği Puanları ile İlişkisi.....	55
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler	68
6.3. Kısıtlılıklar	68
7. ÖZET	69
8. ABSTRACT	70
9. KAYNAKLAR	71
10. EKLER	90

TEŞEKKÜR

Çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, kendisinden çok şey öğrendiğim Kocaeli Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Tezimin danışmanlığını üstlenen, çalışmam boyunca bana sabırla yardım eden ve büyük bir içtenlikle yol gösterip destek olan Prof. Dr. Işık Karakaya'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, çalışkanlık ve azimleri ile örnek aldığım, her konuda yanımda olan hocalarım Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya, Doç. Dr. Nursu Çakın Memik'e ve Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Erişkin psikiyatrisi rotasyonu sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Bülent Coşkun'a, Prof. Dr. A. Tamer Aker'e, Prof. Dr. Ümit Tural'a, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, Doç. Dr. Aslıhan Polat'a ve Doç. Dr. Cem Cerit'e,

Çocuk Nörolojisi rotasyonumda derin bilgilerinden faydalandığım Prof. Dr. Bülent Kara'ya, Dr. Emek Uyur Yalçın'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve diğer çalışanlara,

Tezimin hazırlık aşamasında ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim çalışma arkadaşım ve sevgili dostum Dr. Zeynep Vatansever Pınar'a ve Dr. Mihriban Keleş'e,

Çalışmaya katılan değerli tüm ergen ve ebeveynlerine,

Her şeyden önce beni sonsuz sevgi ve özveriyle destekleyen hekimlik mesleğini bana sevdiren, ne kadar yüce ve özverili bir meslek olduğuna hayatımın her anında tanık olmama vesile olan sevgili annem Doç. Dr. Müferet Ergüven; çalışkanlığına imrendiğim, bana olan güveniyle her zaman en büyük destekçim olan sevgili babam Prof. Dr. Ertaç Ergüven'e, sahip olduğum için kendimi şanslı hissettiğim ağabeyim Burak'a ve tüm aileme en içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

KISALTMALAR DİZELGESİ

DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birleşik Tip
DEHB-DE	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Baskın Tipi
DEHB-HA	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite /Dürtüsellik Baskın Tipi
ICD	Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Diseases)
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
fMRG	Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
PET	Pzitrone emisyon tomografi
DA	Dopamin
NA	Noradrenalin
EEG	Elektroensefalografi
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
DB	Davranım Bozukluğu
ÖÖG	Özgül Öğrenme Güçlüğü
EKG	Elektrokardiografi
MPH	Metilfenidat
FDA	Amerikan İlaç ve Gıda İdaresi
ÇDŞG-ŞY	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
WISC-R	Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği

CBCL	Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği
WİBÖ-E	Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu
CÖE	Coopersmith Özsaygı Envanteri
ABTÖ	Anne-Baba Tutum Ölçeği
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for Social Sciences)



TABLolar DİZELGESİ

Tablo 1. DSM-5'e göre DEHB Tanı Kriterleri.....	11
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	32
Tablo 3. Ergenlerin Aile Özellikleri.....	36
Tablo 4. Ergenlerin DEHB Tanısı ve Özellikleri.....	38
Tablo 5. BSÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları.....	39
Tablo 6. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi.....	40
Tablo 7. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Ders Başarısı ile İlişkisi.....	42
Tablo 8. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Televizyon İzleme Süresi ile İlişkisi.....	44
Tablo 9. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Bilgisayar Oynama Süresi ile İlişkisi.....	45
Tablo 10. Ebeveyn Tutumlarının DEHB ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.....	47
Tablo 11. Ebeveyn Tutumu ve Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 12. Ebeveyn Tutumları ve Ders Başarısı Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 13. Ebeveyn Tutumları ve Baba Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki.....	50
Tablo 14. Ebeveyn Tutumları ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 15. Ebeveyn Tutumları ile Benlik Saygısı ile İlişkisi.....	52
Tablo 16. Ergenlerin CBCL Alt Ölçek Puanları.....	53
Tablo 17. DEHB'li Ergenlerin Weiss Toplam Puanları ve Puan Ortalamaları	54
Tablo 18. Algılanan Ebeveyn Tutumları ile CBCL Ölçeği Puanları İlişkisi.....	55
Tablo 19. Algılanan Ebeveyn Tutumları ile Weiss Alt Ölçek Puanları İlişkisi	55

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), gelişimsel düzeye uygun olmayan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile kendini gösteren, toplum, okul veya işle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyebilen hayat boyu süren bir nörogelişimsel bozukluktur.¹ DEHB, çocuk ve ergenin gelişiminin tüm basamaklarında ciddi sosyal, akademik ve psikolojik yetersizliklere yol açabilmektedir. Bu yetersizlikler sonucu kişiler arası ilişkilerde, aile içi ilişkilerde bozulmalar meydana gelebilmekte ve ruhsal iyilik halinin olumsuz yönde etkilenebilmektedir.² Ayrıca yaşamın hemen her alanında görülen bu yetersizlikler sonucu çocuğun ve ergenin benlik saygısı azabilmektedir.³

DEHB de benlik saygısının düşük düzeyde ve orta düzeyde olduğunu ifade eden yayınların yanı sıra değişiklik olmadığını ifade eden yayınlar da mevcuttur.⁴⁻⁹ Yazında DEHB’li hastalarda benlik saygısını etkileyen değişkenler olarak ise yaş, cinsiyet, ilaç kullanımı, tedavinin şekli ve süreci, sosyal yapı, baş etme mekanizmaları, agresif davranışlar gösterilmiştir.^{7,10-13}

Ruhsal gelişim sürecinde pek çok etken benlik saygısını etkilemekle birlikte benlik saygısı en çok aileden etkilenir.¹⁴ Ebeveynler özdeşim kurma modeli olarak ve gösterdikleri yetiştirme tutumları ile çocuğun benlik saygısını olumlu veya olumsuz olarak etkilerler.¹⁵ Ebeveyn tutumları çocuğun özelliklerine, ebeveynin özellikleri, sosyo-kültürel yapı ve aile içi etkileşime göre şekillenebilir.¹⁶ Ayrıca DEHB’li çocukların; aileleri tarafından yetiştirilme yöntemleri, ebeveynlerin sahip olduğu psikopatoloji, ev içi stres, ebeveyn ve çocuk arasındaki çatışmaların DEHB belirtilerini, gidişatını ve sonucunu etkilediği saptanmıştır.^{17,18}

Bu araştırmada DEHB tanısı alan 11-14 yaşları arasında bulunan ergenlerin algılanan ebeveyn tutumlarını ve benlik saygılarını saptamak ve benlik saygıları ile algılanan ebeveyn tutumları açısından sağlıklı kontrollerle arada bir farklılığın bulunup bulunmadığını saptamak amaçlanmıştır. Ayrıca DEHB’li ergenin algıladığı ebeveyn tutumunun benlik saygısı üzerindeki etkisinin ve sağlıklı kontrollerle arada fark olup olmadığının görülmesi de amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) güçlü genetik, nörobiyolojik ve nörokimyasal kökeni olan yaygın bir psikiyatrik bozukluk olarak bilinmektedir. Dikkatsizlik, artmış aktivite, dürtüsellik semptomlarıyla karakterize olup, davranışları, okul ve evdeki performansı belirgin derecede etkilemektedir.¹⁹

1775'te Melchior Adam Weikard isimli Alman bir hekim tarafından yazılan ‘‘Der Philosophische Artz’’ isimli kitap muhtemelen tıp yazınında ilk kez DEHB benzeri davranışların tariflendiği kaynaktır. Weikard bu kaynakta DSM-5'te DEHB'nin dikkatsizlik alt boyutuyla ilişkilendirilen birçok belirtiyi tariflemiştir.²⁰ 1798'de İskoç hekim Sir Alexander Chricton yayınladığı ‘‘An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of passions and their effects’’ adlı kitabında ‘‘On Attention and its Diseases’’ bölümünde dikkatin tanımını yapmış ve dikkat eksikliği, dikkatte kolay çelinebilirlik, değişen derecelerde dürtüsellik, huzursuzluk belirtilerini içeren bir bozukluk tariflemiştir. Chricton da Weikard'ın hipotezine benzer şekilde dikkat sorunlarının sinirlerin bozulmuş duyarlılığı sonucu olduğunu düşünmüştür.²¹

1844'te Alman hekim Heinrich Hoffmann oğlu için yarattığı ‘‘Struwwelpeter’’ adlı kitabında yer alan ‘‘Kıvrır kıvrır Phil’’ hikayesinde DEHB'li bir çocuğu tarif etmektedir. 1847'de ise kitabın 5. baskısında eklenen ‘‘Johnny Look-in-the-air’’ hikayesinde belirgin dikkat eksikliği belirtilerinin olduğu bir çocuğu tariflemektedir.²²

1902'de İngiliz pediatrist Sir George Frederic Still'in Goulstonian yazınları çoğu yazar tarafından DEHB tarihinin bilimsel başlangıç noktası olarak değerlendirilmektedir. Goulstonian yazınlarında, 20 çocuktan oluşan bir grubu ahlaki kontrol eksikliği olarak adlandırmıştır. Bu çocukları sinirli, karşı gelen, disiplin edilmesi zor, dikkat sorunları olan, davranışlarının sonuçlarından ders çıkaramayan çocuklar olarak tanımlamıştır.²² 1917'den 1928'e kadar dünyada 20 milyon insanı etkileyen ensefalit epidemisi sonrasında hastalıktan etkilenen ve hayatta kalabilen bazı çocuklarda anormal davranışlar gözlenmiş ve bu tablonun Still'in tanımladığına benzer olduğu fark edilmiştir.²² 1932'de Alman

hekimler Franz Kramer ve Hans Pollnow çocukluk çağının hiperkinetik hastalığını tanımlamışlardır ve bu hastalığa sahip çocukların aşırı hareketli, bir saniye bile yerinde duramayan, eşyalara tırmanan, sürekli koşuşturan çocuklar olduklarını vurgulamışlardır.²²

1947'de Lehtinen ve Strauss minimal beyin hasarı (minimal brain damage) terimini aşırı hareketli, dikkat eksikliği ve azalmış dürtü kontrolü olan bir grup için kullanmışlardır.²³ Peters ve Clements nörolojik bir hasar gösterilemediği için bu bozukluğu "Minimal Beyin Disfonksiyonu" şeklinde isimlendirmişlerdir.²³ 1971'de Wender minimal beyin disfonksiyonu olan çocukların motor davranış, dikkat ve bilişsel fonksiyonlar, öğrenme, dürtü kontrolü, kişiler arası ilişkiler ve duygular şeklinde temel fizyolojik özelliklerini altı belirti kümesi olarak tanımlamıştır.²⁴

Dünya Sağlık Örgütü; Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-9'da (International Classification of Diseases-9, ICD-9) ve Amerikan Psikiyatri Birliği; Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı-II'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II, DSM-II) bu bozukluğu "çocukluktaki hiperkinetik sendrom" olarak tanımlamıştır.^{25,26} DSM-II'de tanı ölçütleri; hiperaktivite, dikkat kısıtlılığı, kolay uyarılabilirlik olarak belirlenmiştir.²⁵ DSM-III'te bozukluğun adı "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak değiştirilmiş ve "hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği" ve "hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği" şeklinde iki alt tip tanımlanmıştır.²⁷ DSM-III-R'de ise "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" şeklinde isimlendirilmiştir.²⁸ DSM-IV ve DSM-IV-R'de Yıkıcı Davranış Bozuklukları başlığı altında karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu ile birlikte alınmıştır.²⁹ DSM-IV'te bulguların en az 6 aydır devam ediyor olması vurgulanmış ve bulguların anlamlı olabilmesi için yaşa uygun normların dışında olması gerektiği üzerinde durulmuştur.²⁹ Alt gruplar olarak dikkat eksikliğinin önde geldiği tip, hiperaktivite/dürtüselliğin önde geldiği tip ve bileşik tip olarak tanımlanmıştır.²⁹ Dünya Sağlık Örgütü; Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10'da (International Classification of Diseases-10, ICD-10) "Hiperkinetik bozukluk" olarak adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir.³⁰ DSM-5'te ise DEHB tanısı Nörogelişimsel Bozukluklar başlığı altına alınmış, belirtilerin başlama yaşı 12 yaşa yükseltilmiş, aynı anda otizm tanısı konulabileceği belirtilmiş ve 17 yaş ve

üzerinde tanı koyma kriterleri ilk kez tanımlanmıştır.¹

2.1.2. Epidemiyoloji

Farklı ülkelerde DEHB prevalansı araştırmalarında %0,9'dan %20'ye kadar değişen oranlarda büyük farklılıklar gösterdiği bulunmuştur.³¹ DEHB prevalanslarındaki bu farklılığın özellikle yapılan çalışmaların metodolojilerinin farklılığından kaynaklandığı belirtilmiştir.³² Ayrıca yapılan çalışmalarda kullanılan tanı ölçütleri, bilgi kaynağı, örneklem seçimi de bu farklılığa katkıda bulunmaktadır.³¹

Hem toplum hem de klinik örneklemlerinde DEHB sıklığının erkeklerde daha sık görüldüğü gözlenmiştir. Toplum örneklemlerinde erkek/kız oranı 1:1'den 3:1'e kadar değişmektedir. Klinik örneklemlerde ise erkek/kız oranı 9:1'e kadar varan oranlardadır.³³

Yapılan bir metaanaliz çalışmasında alt tipler arasında en sık dikkat eksikliği baskın alt tipin görüldüğü, ardından kombine tip ve hiperaktivite/dürtüsellik baskın alt tipin geldiği belirlenmiştir.³³ Yaşın artmasıyla birlikte DEHB prevalansının azaldığını destekleyen birçok çalışma mevcuttur. Cohen ve arkadaşlarının 8 yıl takip süresi olan bir çalışmada 10-13 yaşları arasında DEHB prevalansı %12.8, 14-16 yaş aralığında %9, 17-20 yaş aralığında ise %6 bulunmuştur.³⁴

İki bin altıda 18-44 yaş aralığında 3199 yetişkinle yapılan kontrollü bir çalışmada, erişkinlerde DEHB prevalansının %4.4 olduğu belirtilmiştir.³⁵ İstanbul'da genel erişkin psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran ya da herhangi bir tanıyla izlenmekte olan ardışık 850 hastanın tarandığı çalışmada DEHB sıklığı %1.6 saptanmıştır.³⁶

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Sivas'ta 6-15 yaş arası çocuklarla yapılan bir çalışmada %8.1, Trabzon'da 6-12 yaş arası çocuklarla yapılan bir çalışmada %8.6 şeklinde bildirilmiştir.^{37,38} DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak, hem çocukla hem de ebeveynle yapılandırılmış tanı görüşmesi yapılarak DEHB prevalansının araştırıldığı bir çalışmada DEHB prevalansı %12.7 olarak saptanmıştır.³⁹ Aktepe ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise DEHB prevalansı kızlarda %5.2, erkeklerde ise %15.8 bulunmuştur.⁴⁰

2.1.3. Etiyoloji

DEHB'nin genetik ve çevresel etkenlerin rol aldığı karmaşık etyolojiye sahip nörogelişimsel bir bozukluk olduğu düşünülmektedir.⁴¹

2.1.3.1. Genetik

Son yıllarda yapılan çalışmalar DEHB'nin ailesel geçişinin olduğunu göstermektedir.⁴² İkiz ve evlat edinme çalışmaları ile %75 oranında genetik geçişinin olduğu belirtilmektedir.⁴³⁻⁴⁵ DEHB tanılı çocukların DEHB riskinin ebeveynlerinde 2-8 kat, kardeşlerinde de benzer oranlarda arttığı belirtilmektedir.⁴⁶ Yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukların biyolojik akrabalarında DEHB sıklığının, evlat edinilmiş çocukların biyolojik olmayan akrabalarından daha fazla olduğu gösterilmiştir.⁴⁷ Faraone ve arkadaşları 20 ikiz çalışmasıyla yaptıkları gözden geçirmede DEHB'nin kalıtılabilirliği %76 olarak saptanmış ve DEHB'nin en sık görülen kalıtsal psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermişlerdir.⁴⁶

Genetik çalışmalar özellikle dopaminerjik transmisyonun sorumlu aday genler üzerinde durmaktadır. Yapılan birçok metaanalizde DEHB'nin dopamin D4 reseptör geni (*DRD4*), dopamin D5 reseptör geni (*DRD5*), dopamin beta-hidroksilaz geni (*DBH*), the sinaptozomal ilişkili protein-25 (*SNAP-25*), serotonin taşıyıcı geni (*SLC6A4*) ve serotonin 1B reseptör genleri ile güçlü bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir.⁴⁸⁻⁵¹ Metaanalizlerde ayrıca katekol-o-metiltransferaz geniyle ilgili hiçbir ilişki bulunmadığı, dopamin taşıyıcı genle ise zayıf bir ilişki bulunduğu vurgulanmıştır.^{50,52}

2.1.3.2. Yapısal, Nörofizyolojik ve Nörokimyasal Farklılıklar

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) çalışmalarında DEHB'li çocuklarda birçok nöral ağ bağlantısının fonksiyonlarında anormallikler bulunmuştur. Komut verilerek yapılan fMRG çalışmalarının metaanalizinde dikkat ve yürütücü işlevlerle ilgili olanlar dahil olmak üzere nöral ağlarda birçok değişiklik saptanmıştır.⁵³ Yapısal manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarının metaanalizinde bazal ganglion ve limbik bölgelerdeki değişiklikler aydınlatılmıştır.⁵⁴ Beyaz cevher yapısını araştıran difüzyon manyetik görüntüleme çalışmalarının metaanalizinde ise beyaz cevherde değişikliklerin yaygın olduğu ancak özellikle sağ ön korona radyata, sağ minör forseps, bilateral internal kapsül ve sol serebellumda daha yoğun izlendiği belirtilmiştir.⁵⁵ Yapılan bir çalışmada

DEHB'li bireylerde toplam beyin ve frontal lob hacimlerinin kontrollere göre daha küçük olduğu saptanmıştır.⁵⁶ Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarında ise DEHB'li çocuklarda global serebral metabolizmada azalma olduğu gösterilmiştir.⁵⁷ Kantitatif elektroensefalografi (EEG) çalışmalarında özellikle frontal lobta yavaş dalga ya da teta aktivitesi ve azalmış beta aktivitesi dikkat çekmektedir.⁵⁸

Dikkat, konsantrasyon, motivasyon, uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin (NA) önemi bilinmektedir.⁵⁹ Mezo-limbo-kortikal dopamin sistemindeki bozukluğun davranış, dikkat ve dürtüsellikle; nigro-striatal dopamin sistemindeki bozukluğun ise yürütücü işlevler ve motor kontrol alanlarındaki belirtiler ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.⁶⁰ DEHB tedavisinde kullanılan, DA ve NA düzeylerini artıran ilaçların DEHB belirtilerini azaltması katekolamin metabolizmasındaki bozukluğu desteklediğini düşündürmektedir.⁴² DEHB'de DA ve NA'nın genel olarak azalma olduğu düşünülse de serotonin ve katekolamin sistemleri arasındaki etkileşim nedeniyle tek nörotransmitter yaklaşımı yetersiz kalmaktadır.⁶¹

2.1.3.3. Biyolojik ve Psikososyal Çevresel Etkenler

Çevresel faktörlerin de DEHB'de önem arz ettiği bilinmektedir.⁶² Olgu-kontrol çalışmaları ve epidemiyolojik çalışmalarda prenatal ve perinatal faktörlerin, anne karnında ya da erken çocukluk döneminde kurşun, organofosfat maruziyeti gibi çevresel toksinlerin, diyet ve psikososyal faktörlerin DEHB'de rol oynadığı gösterilmiştir.⁶³

DEHB ile ilgili prenatal ve perinatal faktörler düşük doğum ağırlığı, prematürite, annenin hamilelik sürecindeki stres düzeyi, gebelikte sigara, alkol, reçeteli ve/veya yasal olmayan ilaç kullanımı şeklinde sıralanabilir.⁶³⁻⁶⁶

Düşük gelir düzeyi, aile içi anlaşmazlıklar, aşırı sert ebeveyn tutumu gibi psikososyal faktörler DEHB'nin nedenlerinden olmaktan ziyade DEHB ile ilişkili olarak söylenebilir. Yapılan bazı çalışmalarda erken çocukluk döneminde anne kaybı yaşayan çocuklarda DEHB belirtilerinin görüldüğü belirtilmiştir.⁶⁷

Epigenetik çalışmalarda çevresel faktörlere maruziyetin beyin yapısında, fonksiyonunda, ve DNA metilasyonunda farklılıklara yol açması şeklinde biyolojik değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular genlerin, çevrenin ve biyolojinin birlikte çalıştığını göstermektedir.⁶⁸

2.1.4. Klinik görünüm ve değerlendirme

DEHB tanısı klinik olarak hastadan, ebeveyninden alınan öykü ve psikiyatrik muayene sonucunda konulur. Genellikle yeni bir ortama giren ve yanında tanımadığı bir yabancı olan çocuk sakin ve dikkatli görünebilir, bundan dolayı ebeveynlerin, öğretmenler ve diğer bakım verenlerin gözlemleri en önemli tanı koyma stratejisidir.⁴¹ Herhangi bir test, görüntüleme yöntemi ya da psikolojik test ile DEHB tanısı konulamaz.⁶⁹ DEHB'yi değerlendirirken hastanın kendisinin, ebeveynlerin ve öğretmenlerinin dolduracağı bazı ölçekler yarar sağlayabilir.⁶¹

DEHB'nin klinik özellikleri yaş gruplarına göre değişebilmektedir. Gelişimsel özelliği olan DEHB çocukluk, ergenlik ve erişkinlikte de devam ettiği gözlenmektedir.⁷⁰⁻⁷²

Okul öncesi dönemde aşırı hareketlilik, dikkat sorunları, öfke nöbetleri, oyun süresinin çok kısa olması, aktivitelerin sıklıkla yarım kalması, tehlikeye karşı duyarlılığının olmaması gibi davranışlar dikkat edilmesi gereken DEHB belirtileridir.⁷³ Okul döneminde dikkatini bir konu ya da görev üzerinde sürdürmekte zorlanma, görevlerini tamamlamakta zorlanma, dikkatin kolay çelinebilirliği, ödev ve sınavlarda sık dikkat hataları, görev ve sorumluluklarında unutkanlık, organize olamama, oturması beklenen ortamlarda oturmakta zorlanma, sabırsızlık, sık araya girme, oyun kurallarına uyma ve sırasını beklemekte zorluk gibi DEHB belirtileri görülür.⁷³ Okul döneminde DEHB'li çocukların akademik işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, buna bağlı olarak okul başarılarının daha düşük olduğu bildirilmektedir.⁷⁴ Ergenlik döneminde, DEHB'li olmayan ergenlere kıyasla daha kısa dikkat süresi, detaylara dikkat edememe, planlama becerisinde zayıflık, hareketlilik, kendini kontrol etmekte güçlük ve riskli davranışlar sık görülen DEHB belirtileridir.⁷³ Çocukluktaki temel belirtiler olan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gelişimle değişime uğrayarak erişkinlerde yönetsel işlevlerde ve duygudurum düzenlenmesinde belirgin güçlükler yol açar.⁷⁵ Erişkindeki temel belirtiler dikkat, inhibisyon ve kendini kontrolle ilişkili bozuklukları içerir.⁷⁵

2.1.5. DEHB Alt Tipleri

DSM 5'te DSM IV'te olduğu gibi ‘‘dikkat eksikliği’’ ve ‘‘hiperaktivite-dürtüsellik’’ olarak iki belirti grubundan söz edilmekte, klinik görünüm üç alt tipe ayrılmaktadır. Bu belirtiler Tablo-1’de verilmiştir.⁷⁶

DEHB-Dikkat Eksikliği Baskın Tip (DEHB-DE): Bu bireyler genelde gündüz düşlerine dalan, sıklıkla içe dönük, dikkati dağınık, karar verme güçlük yaşıyan, hata yapmamak için her işi sıklıkla kontrol eden bireylerdir.⁷⁶ Bir çalışmada dikkat eksikliği alt tipinin kızlarda en sık görülen alt tip olduğu gösterilmiş, erkeklerde kızlara göre her üç alt tipin daha sık görülebildiği saptanmıştır.³³

DEHB-Hiperaktivite/Dürtüsellik Baskın Tipi (DEHB-HA): Dikkat problemi olmadan hareketli ve dürtüsel olan bireylerdir. Bu alt tip pek çok yönüyle karşıt olma karşıt gelme bozukluğuyla karışabilmektedir. Bu alt tipin tanısal geçerliliğine dair veriler yetersizdir.⁷⁶

DEHB-Birleşik Tip (DEHB-B): Bu gruptaki klinik özellikler, iki belirti grubundan da belirtiler içermektedir. Klinik başvurular en çok bu alt tipte olmaktadır. Yaş arttıkça hiperaktivite hafiflemekte; yetişkinlikte huzursuzluk veya aşırı spor yapma şeklinde seyretmektedir. Hiperaktivitenin yaşla azalmasına rağmen dürtüsellik ve dikkat sorunları daha az değişim göstermektedir.⁷⁶

Tablo 1: DSM-5'e göre DEHB Tanı Kriterleri

A.A-1'de ve/veya A-2'de belirtilen işlevleri ve gelişimi etkileyen, süregiden dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik.

1) Dikkatsizlik: Aşağıdaki belirtilen semptomlardan altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde ve sosyal, akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

- a) Çoğu kez dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işte ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hata yapar.
- b) Çoğu kez işlerine veya oyun aktivitelerine dikkatini vermekte güçlük çeker.
- c) Çoğu kez onunla konuşurken dinliyormuş gibi görünmez.
- d) Çoğu kez talimatları sırası ile izlemekte güçlük çeker ve uğraştığı ödevi, işi bitiremez.
- e) Çoğu kez görevlerini ve faaliyetlerini düzenlemekte zorluk çeker.
- f) Çoğu kez fazla odaklanma ve zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır veya bunları sevmez.
- g) Çoğu kez işleri ve faaliyetleri için gerekli olan şeyleri (malzemeleri) kaybeder
- h) Çoğu kez dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.
- i) Çoğu kez günlük etkinliklerde unutkanlıktır.

2) Hiperaktivite ve dürtüsellik: Aşağıdaki belirtilen semptomlardan altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde ve sosyal, akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

- a) Çoğu kez elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b) Çoğu kez oturması istenildiği yeri terk eder.
- c) Çoğu kez uygun olmadığı halde etrafta koşuşturur veya çevresindeki şeylere tırmanır.
- d) Çoğu kez sessizce oynamakta ya da eğlenmekte güçlük çeker.
- e) Çoğu kez sürekli hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibidir.
- f) Çoğu kez çok konuşur.
- g) Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını verir.
- h) Çoğu kez grup faaliyetlerinde sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- i) Çoğu kez başkalarının faaliyetlerine müdahale eder.

B.12 yaştan önce dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik için bazı semptomların başlaması

C. Dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik için pek çok semptomunun en az iki ortamda görülmesi

D. Sosyal ilişkileri, okul ilişkilerini ve iş kalitesini bu belirtilerin bozduğuna dair açık kanıtların bulunması

E. Bu belirtilerin sadece şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluklar sırasında görülmemesi veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması (Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk, Kişilik Bozukluğu, Madde İntoksikasyonu veya Çekilmesi)

Aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz:

Bileşik Tip: Hem A, hem B kriterini son 6 ayda karşılıyorsa

Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip: Eğer A kriterini karşılıyor ama B kriterini son 6 ayda karşılamıyorsa

Hiperaktivitenin ön planda olduğu tip: Eğer B kriterini karşılıyor ama A kriterini son 6 ayda karşılamıyorsa

Aşağıdaki durumları belirtiniz:

Kısmi remisyon: Eğer eskiden tam belirtiler varsa ve son 6 ayda belirtilerin hepsi yoksa ancak mevcut belirtiler halen sosyal, akademik hayatta ve iş hayatında yetersizliğe yol açıyorsa buna "kısmi remisyon" denir.

Şu anki şiddetini belirtiniz:

Hafif: Tanı için gerekli olan semptomlardan daha fazlası yok ise ve sosyal ve mesleki açıdan kısmi yetersizliğe yol açıyorsa.

Orta: Hafif ve şiddetli arasında bir yetersizlik söz konusuysa.

Şiddetli: Tanı için gerekli semptomlardan daha fazlası veya özellikle şiddetli olan pek çok semptom varsa veya semptomlar sosyal ve mesleki işlevlerde belirgin bozulmaya yol açıyorsa.

2.1.6. Ayırıcı tanı ve Eştanılar

DEHB belirtileri olan bir hastanın ayırıcı tanısının yapılabilmesi için tıbbi ve diğer ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi gerekmektedir.⁶¹ Okul öncesi dönemde aşırı hareketliliği ve dikkat eksikliği olan çocuklarda DEHB'yi çocuğun yaşına bağlı olarak tam olarak gelişmemiş sinir sisteminin klinik görünümünden ayırt etmek önemlidir. Okul döneminde Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) olan çocuklar öğrenmede sıkıntı yaşadıklarından dolayı derslerde sıkılmakta ve bu durum DEHB ile karışabilmektedir.⁶¹ Ayrıca ayırıcı tanıda zeka geriliği, uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, otizm spektrum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların ve semptomimetikler, steroidler, teofilin, antihistaminikler, fenobarbital gibi ilaçların kullanılması, hipertiroidizm, kurşun ve çinko gibi çevresel toksinlere maruziyet gibi durumların göz önünde bulundurulması önemlidir.^{42,77,78}

DEHB birçok psikiyatrik bozuklukta birlikte görülebilmektedir. DEHB'nin tek başına görülmesinden ziyade diğer çocukluk döneminde görülen bozukluklarla komorbid olarak görülme sıklığı daha fazladır.⁷⁹ Özellikle karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu (DB), tik bozuklukları, duygudurum bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, özgül öğrenme güçlüğü ve anksiyete bozuklukları ile beraber görülebilmektedir.^{79,80} Okul öncesi dönemde dahi DEHB'li çocukların %50-60'ı KOKGB kriterlerini karşılamaktadır.⁸¹ Bazı çalışmalarda DEHB'li çocukların %47'sine KOKGB, %27'sine anksiyete bozukluğu ve %7'sine duygudurum bozukluğu eşlik ettiği görülmüştür. DEHB'li çocuklarda DB eş tanısı %20-50 arasında eşlik ederken, bu oran DEHB'li ergenlerde %44-50 olmaktadır. DB eş tanısı olan DEHB'li çocukların %12-21'i erişkin dönemlerinde antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almaktadır.¹⁹ DEHB'li çocuklarda eşlik eden eştanıların varlığı çocuğun işlevselliğini daha çok bozmaktadır.⁸² Yapılan bir çalışmada eş tanıları olan DEHB'li ergenlerin akademik sorunlarının ve suisid girişiminde bulunma ihtimalinin daha fazla olduğu belirtilmiştir.⁸³

2.1.7. Tedavi

Tedavi öncelikle DEHB hakkında psikoeğitim ve öneriler verilerek başlamalıdır.⁷³ İlaç tedavisi, aile terapisi, öğretmenlerin eğitimi, ebevenlerin eğitimi, bilişsel-davranışçı terapi ve destek grupları DEHB'de faydaları kanıtlanmış tedavilerdir.²⁴

2.1.7.1. Farmakoterapi

Psikofarmakolojik tedavi öncesi; hastanın mental muayenesi, hasta ve ebeveynlerin tedavi hedefleri, ailenin psikososyal durum değerlendirilmesi araştırılmalıdır. Hastanın fizik muayenesinde; tansiyon, nabız, kilo ve boy parametreleri kaydedilmelidir. Ailede kardiyak hastalık veya ani ölüm öyküsü varsa tedavi öncesi elektrokardiografi (EKG) çekilmelidir. Madde kullanım öyküsü veya tedaviyi suistimal edebilecek durumlarda mutlaka öyküde ayrıntılandırılmalıdır.^{84,85}

Merkezi sinir sistemi stimülanları (metilfenidat, dekstroamfetamin, lisdeksamfetamin) ve atomoksetin birçok ülkede onay alarak kullanılmaktadır. Bupropion, guanfasin, klonidin ve modafinil Avrupa'da onay almamalarına rağmen sıkça kullanılan alternatif antihiperkinetiklerdir.⁷³

Merkezi sinir sistemi stimülanları genellikle tedavi ilk seçenektir ve stimülanlar arasından da özellikle metilfenidat (MPH) ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Stimülan kullanımıyla ebeveyn, öğretmen ölçek skorlarında dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik skorlarında düşüş, yaşam kalitesi skorlarında artış ve birçok bilişsel fonksiyon testinde iyileşmeler olduğu görülmüştür.⁸⁶ Amfetamin tuzları dopamin geri alımını engelleyerek ve sinaptozomlardaki dopaminin sinaptik aralığa salımını artırarak etki gösterirler. MPH ise sinapsa DA ve NA geri alımını engelleyerek sinaptik aralıkta DA ve NA'nın miktarını artırarak etki gösterir.⁸⁷ Stimülan tedavi sonucu en sık görülen yan etkiler iştah azalması, kilo kaybı, uykusuzluk, baş ağrısı, daha az sıklıkta görülen yan etkiler ise tikler, emosyonel labilite ve irritabilitedir.⁸⁸

Stimülan dışı ilaçların başında gelen atomoksetin birçok çift kör plasebo kontrollü çalışmada etkili olduğu kanıtlanmış bir ilaçtır.^{89,90} Etkisi stimülanlara benzer olmasına rağmen etki gösterme süreleri stimülanlara göre daha uzundur. Atomoksetin selektif NA gerialım inhibitörüdür ve prefrontal kortekste DA ve NA düzeylerinde artışına yol açarak etki göstermektedir.⁹¹ Çalışmalar atomoksetinin; presinaptik NA'ye yüksek selektif antagonist etki gösterdiğini, diğer nörotransmitter taşıyıcılarına veya reseptörlerine afinitesinin az olduğunu ya da hiç olmadığını göstermektedir.⁹² Atomoksetin genel olarak hastalarda iyi tolere edilmesine karşın somnolans, ağız kuruluğu, mide bulantısı, konstipasyon, baş dönmesi ve iştah azalma görülebilecek sık yan etkilerdir ve tedavi sürecinde önemli oranda azalır.⁹³ Atomoksetin hafif olarak kalp hızını ve kan basıncını

artırabildiği ve ortostatik hipotansiyona neden olabildiği fakat çocuklarda büyümeyi etkilemediği belirtilmektedir.⁹⁴

Alfa 2 agonistler guanfasin ve klonidin hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlardır ve son yıllarda DEHB tedavisinde kullanılması için Amerikan İlaç ve Gıda İdaresi (FDA) onayı almıştır.⁹⁵ Atomoksetine benzer şekilde etkinlikleri stimülanlara göre daha az olmakla beraber davranışçı terapilerle kıyaslandığında davranışçı terapiler kadar etkin olduğu görülmüştür.⁹⁶

Bupropion NA ve DA geri alım inhibitörüdür. Alfa-2 agonistler ve atomoksetinden etkisi daha çabuk başlar ve onlar kadar DEHB’de etkin bir ilaçtır. Ancak nöbetlere neden olabileceğinden ötürü epilepsi hastalarının kullanması önerilmemektedir.⁹⁷

İmipramin trisiklik antidepresan olup günümüzde kullanım sıklığı azalmıştır. Yapılan araştırmalarda dikkat üzerine bir etkisinin olmadığı ancak hareketliliğe kısmi etkisinin olduğu görülmüştür.⁷⁶

Modafinil ise hipokretin/oreksin sistemini dolaylı yoldan etkileyerek DEHB belirtilerini azaltmaktadır.⁹⁸

2.1.7.2. Non-farmakolojik tedaviler

Psikososyal müdahalelerin tek başına etkinliği ilaçla karşılaştırılabilir düzeyde olmamasına rağmen ilaç tedavileriyle kombine edildiğinde hem hastalığın belirtilerini hem de çocuğun okul, aile sorunları ve yürütücü işlevler üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir.⁹⁹

Psikososyal müdahaleler arasında en sık kullanılan ebeveyn eğitimidir. Ebeveyn eğitimlerinin birçok farklı formu mevcuttur ve özellikle aralarından bazıları DEHB’li çocuklar için hazırlanmıştır. Özellikle DEHB’li çocukların ebeveynlerine yönelik aile eğitimlerinde DEHB’ye yönelik detaylı psikoeğitim içeren modüller önemlidir.⁷³ Ülkemizde DEHB ve eşlik eden Yıkıcı Davranış Bozuklukları olan 120 olgu ile yapılan bir izlem çalışmasında sadece stimülan ilaç tedavisi alan grupta, stimülan ilaç tedavisi ve ebeveyn eğitimi kombine alan grup arasında DEHB belirti şiddetleri arasında bir fark görülmezken ebeveyn eğitiminin ebeveyn-çocuk ilişkilerine katkıları olduğu gösterilmiştir.¹⁰⁰ Ebeveyn eğitim programları özellikle hafif olgularda etkindir ve yaş ile belirti şiddeti arttıkça etkinliği azalmaktadır.⁷⁶

Psikososyal müdahalelerden biri de DEHB’li çocuklarda okula yönelik düzenlemelerdir. DEHB’li çocuklarda yapılan çalışmalarda okulda yapılan düzenlemelerin DEHB belirtilerini azalttığı ve akademik başarıyı arttırdığı belirtilmiştir.^{101,102}



2.2. Benlik Saygısı

2.2.1. Benlik Saygısı Tanım ve Tarihçe

Benlik kavramı bireyin kendi benliğini algılayış ve kavrayış biçimi olarak tanımlanır.¹⁰³ Benlik saygısı ise bireyin kendini değerlendirmesi sonucunda benliğini kabul etmesi ve benliğinden memnun olması şeklinde tanımlanmaktadır.¹⁰⁴ Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal öğeleri mevcuttur. Bireyin kendisini değerli hissetmesi, yeteneklerini ortaya koyabilmesi, başarma, toplum içinde beğenilmesi, kabul görmesi, sevilmesi, kendi bedensel özelliklerini kabul etmesi ve benimsemesi, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önemli etkenlerdir.¹⁰⁵

İlk olarak benlik saygısı tanımı 1892’de William James tarafından yapılmış ve bireyin başarmayı umduğu ve başarabildiği girişimlere göre benliğin değerliliği olarak tanımlanmıştır. 1967’de Coopersmith benlik saygısını bireyin, kendini yeterli, başarılı, önemli ve değerli biri olarak görmesine ilişkin düşüncelerini onaylaması veya onaylamamasının bir ifadesi olarak tanımlamıştır.¹⁰⁶ 1960’larda benlik saygısı Dr. Abraham Maslow tarafından kavramlaştırılmış olup, Maslow kişinin gerçek anlamda verimli ve başarılı olması için, sağlıklı bir benlik saygısına sahip olması gerektiğini savunmuştur.^{107,108} 1965’te Dr. Morris Rosenberg global benlik saygısı ölçeği (R-ESI) geliştirilmiştir. 1985’te ise Susan Harter, Çocuklar için Self-Perception Profilini tanımlamış ve benlik kavramını beş alt yapıda incelemiştir.¹⁰⁷

Rosenberg (1989) benlik saygısı kavramını, çok sayıda hızlı bedensel değişimle uğraşır; bedensel özelliklerini kabul etme, yaşlılarıyla olgun ilişkiler kurma, bir mesleğe, evliliğe, aile yaşamına hazırlanma ve ben kimim sorusuna cevap bulma gibi gelişim görevleriyle karşı karşıya kalındığı ergenlik döneminde anlam kazanan bir kavram olarak tanımlamıştır. Rosenberg’e göre benlik saygısı kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramının onaylanmasından doğan beğenidir.¹⁰⁹

Susan Harter benlik saygısı üzerine yürüttüğü çalışmalarda her çocuğun benlik saygısı düzeyinin iki içsel değerlendirmenin ürünü olduğunu belirtmiştir. İlk olarak, her çocuk olmak istediği ile olduğunu düşündüğü kişi arasında bir uyumsuzluk yaşar; bu, ideal benliği ile gerçek benliği olarak algıladığı benlik arasındaki farktır. Aradaki bu fark az olduğunda çocuğun benlik saygısı düzeyi genellikle yüksek olur, çocuk kendi hedeflerini ya da

değerlerini karşılayamadığını düşündüğünde yani aradaki uyumsuzluk büyük olduğunda ise benlik saygısı düzeyi çok daha düşüktür.¹¹⁰

Benlik saygısı, çocuğun çevresiyle etkileşimine ve deneyimlerine bağlı olarak gelişir. Öncelikle ebeveynler ve diğer aile bireyleri gibi çocuğun hemen yakınında bulunan bireylerin, sonrasında ise arkadaş ve öğretmenlerin davranış ve tutumlarıyla şekillenir.¹¹¹ Diğer kişilerin kabulü ve gördüğü duygusal destek çocuğun gerek sosyal ilişkilerinde gerekse benlik saygısının gelişiminde güçlü bir etkiye sahiptir.¹¹²

Yüksek benlik saygısının, ebeveynler ile olumlu ilişkiler içinde olma, bireyin kendi yaşamında kontrolü olduğu duygusu, risk almaya istekli olma gibi faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Bunların yanında yüksek benlik saygısı, akademik başarı ile içsel kontrol, ailevi kabul ve olumlu kendini çekici bulma duygusu ile ilişkili bulunmuştur.¹¹³ Düşük benlik saygısı ise, düşük akademik performans, ebeveyn ve öğretmenlerin akademik başarı için çocuk ve gençlere baskısı, aile içinde yaşanan sorunlar, kaygı, depresyon ve yalnızlık gibi faktörlerle ilişkilidir.¹¹³ Yapılan çalışmalar, benlik saygısının baş etme stratejisinin önemli bir değişkeni olduğu, yüksek benlik saygısına sahip ergenlerin düşük benlik saygısına sahip olanlara göre sorunlarla daha iyi baş ettiklerini göstermektedir.¹¹⁴

2.2.2. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler

Benlik saygısının gelişimini etkileyen faktörler arasında sosyoekonomik düzey, cinsiyet, yaş, aile, beden imajı, sosyal ilişki ve beceriler bulunmaktadır.

Ruhsal gelişim sürecinde pek çok etken benlik saygısını etkilemekle birlikte benlik saygısı en çok aileden etkilenir.¹⁴ Ebeveynler özdeşim kurma modeli olarak ve gösterdikleri yetiştirme tutumları ile çocuğun benlik saygısını olumlu veya olumsuz olarak etkilerler.¹⁵ Çocuğa sevginin ifade edilmesi, çocuğun problemleri ile ilgilenme, ihtiyacı olduğunda çocuğa yardım etme, kuralların açık ve belirgin bir şekilde oluşturulması, belirlenmiş sınırlar içerisinde çocuğa özgürlükler tanıma gibi birçok tutum çocuğun benlik saygısını olumlu yönde etkilemektedir.¹¹² Ebeveyn tutumlarının benlik saygısına olan etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda, otoriter tutumu benimsemiş ailelere sahip çocukların düşük benlik saygısına sahip oldukları bulunmuştur.¹¹⁵ Bagley ve arkadaşları ailenin ergen benlik saygısı üzerindeki etkilerini incelediği çalışmalarında, olumsuz aile ortamlarının çocukların benlik saygısını olumsuz etkilediğini tespit

etmişlerdir.¹¹⁶ Ayrıca Bulanda ve Majumdar ebeveyn-ergen ilişkisi algısı ile ergen benlik saygısı ilişkisini inceledikleri çalışmanın sonucunda, ebeveynlerin ayrı ayrı hem annenin hem de babanın ergenin hayatında olmaları ve kaliteli bir ilişkiye sahip olmalarının ergenlerin benlik saygılarını olumlu yönde etkilediğini tespit etmişlerdir.¹¹⁷ Ailenin ilgisi ile olumlu benlik saygısı arasında belirgin bir ilişki vardır. İlgisi arttıkça benlik saygısı artmakta, ilgi azaldıkça benlik saygısı azalmaktadır.¹⁴ Yapılan birçok çalışmada kızlarda benlik saygısının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.^{14,118-120}

Gentile ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada cinsiyet faktörünün benlik saygısının alt bölümleri üzerinde etkili olduğunu ve erkeklerin fiziksel görünüm ile ilgili benlik saygısı puanı kızlardan daha yüksek olduğunu, buna karşın kızların da davranış yönetimi ve ahlaki-etik benlik saygısında yüksek puana sahip olduğunu tespit etmişlerdir.¹²¹ Hagger ve Stevenson tarafından yapılan bir diğer çalışmada, 11-12 yaşlarında kızların erkeklere oranla benlik saygısının fiziksel görünümü içeren alt bölümünde daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.¹²² Anne ve babanın eğitimi düzeyi arttıkça benlik saygısının da yükseldiği bildirilmektedir.^{14,123} Ebeveyn eğitiminin olumlu benlik saygısı oluşmasındaki etkisi ortadadır. Gelir düzeyi arttıkça benlik saygısı artmakta, gelir düzeyi azaldıkça benlik saygısı azalmaktadır.¹⁴ Santrock ise benlik saygısının yaş ile ilişkisi üzerinde durmuş ve yaşla birlikte benlik saygısının artmadığı, çocukluk döneminde yüksek olan benlik saygısının, ergenlik veya yetişkinlik döneminde düşebileceği görüşünü savunmuştur.¹¹²

Okul öncesi dönemden itibaren benlik saygısının gelişiminde öğretmenler de önemli bir yer tutmaktadır.¹²⁴ Öğretmenlerin sınıf içindeki katı ve eleştirici tutumları, çocuğu yargılar şeklinde ifadeler kullanmaları, çocukta yetersizlik duygusunun gelişmesine ve benlik saygısının azalmasına sebep olmaktadır.¹²⁵

2.2.3. Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Yüksek benlik saygısı olan bireylere göre düşük benlik saygısı olan bireyler daha kaygılı, depresif, kıskanç, yalnız, utangaç ve genel olarak daha mutsuzlardır.¹²⁶ Ayrıca düşük benlik saygısı olan bireyler daha az kendini savunan, yakın arkadaşlıklar kurmakta zorlanan, okulu bırakma ihtimali daha yüksek olan bireylerdir.¹²⁶ Bunlar dışında korunmasız cinsel ilişki, ergenlikte gebe kalma, agresyon, adli suça neden olabilecek davranışlar, alkol ve madde kötüye kullanımı ve sapkın gruplara üye olma şeklinde

kendileri için tehlike arz edebilecek birçok duruma açıklardır.¹²⁶ Tüm bu özellikler düşük benlik saygısının ruhsal stres ve davranış sorunları için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir.¹⁰⁷ Depresyonla düşük benlik saygısı arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Orvashel ve arkadaşlarının belirttiği gibi düşük benlik saygısı depresyonun öncüsü olup olmadığı ya da depresyona bağlı olup olmadığı konusu net değildir.¹²⁷ Bazı yazarlara göre düşük benlik saygısı depresyona yakınlığı artırmaktadır.¹²⁸ Pinto ve arkadaşları suicid girişimi olan yatan hastaların suicid girişimi olmayan yatan hastalara oranla benlik saygılarının anlamlı olarak düşük olduğunu göstermişlerdir. Dori ve Overholser ise Rosenberg benlik saygısı ölçeğini kullandıkları çalışmalarında birkaç kez suicid girişimi olan depresif ergenler, bir kez suicid girişimi olan depresif ergenler ve hiç suicidal girişimi ve düşüncesi olmayan depresif ergenleri karşılaştırmışlar ve her üç grubun da benlik saygıları açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığını, tüm gruplardaki hastaların benlik saygılarının düşük olduğunu bulmuşlardır.¹²⁹ Yapılan araştırmalarda benlik saygısı düşük olan ergenlerde depresif ve psikosomatik yakınmaların daha fazla oranda görüldüğü belirtilmektedir. Depresif olan ve olmayan ergenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada depresif bireylerin kontrol grubuna göre benlik saygısını azaltıcı durumlara daha fazla duyarlılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise psikotik ve nevrotik özellikler gösteren ergenler kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve her iki grubun benlik saygıları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.¹³⁰ Guillon ve arkadaşlarının yaptığı yataklı serviste tedavi gören ve DSM-IV'e göre tanı alan psikotik bozukluk, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, anoreksiya nervoza, kişilik bozuklukları ve davranım bozukluğu tanılarıyla takip edilen 67 ergen ve 119 sağlıklı kontrolle karşılaştırılmış ve çalışmanın sonucunda yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum gözlemeksizin psikiyatrik bozukluğu olan ergenlerin kontrol grubuna göre daha düşük benlik saygıları olduğu belirtilmiştir.¹³¹ Klinik örneklem içinde farklı psikiyatrik bozuklukların benlik saygısı üzerine farklı etkileri olduğu, pozitif belirtilerle giden psikotik bozukluğu olan hastaların benlik saygısının etkilenmediği, tam tersine duygusal küntlük, sosyal içe çekilme gibi negatif belirtileri önde olan psikotik bozukluğu olan hastalarda benlik saygısı skorlarının çok daha düşük olduğu, yine depresif olan ergenlerin ve suicid girişimi olan ergenlerin benlik saygısı skorlarının düşük olduğu gösterilmiştir.¹³¹

2.2.4. DEHB ve Benlik Saygısı

DEHB çocuğun okul, ev, toplum yaşantısını etkilediği bilinen bir bozukluktur. Çocuktaki davranış sorunları ve akademik başarısızlığın düşük benlik saygısı oluşma riskini arttırdığı ve ruhsal sorunlarla ilişkili olabilecek kötü akran ilişkileri, agresyon, öğrenme ile ilgili sorunlara yol açabileceği bildirilmektedir.¹³²

DEHB’li çocukların benlik saygıları üzerine yapılan çalışmalarda DEHB’li çocuklarda benlik saygısının hem yüksek hem de düşük olabildiğiyle ilgili birbirleriyle çelişen sonuçlar bulunmuştur.¹¹ Yapılan kesitsel çalışmalarda DEHB ile düşük benlik saygısı arasında ilişki gösterilmiştir.¹³³ Sawyer ve arkadaşlarının 6-17 yaş arası 3597 çocuk ve ergenle yaptığı çalışmada ebeveyn bildirimlerine dayanarak DEHB’li çocukların kontrollere kıyasla benlik saygılarının daha düşük olduğunu, daha fazla duygusal sorun ve davranış sorunu yaşadıklarını göstermişlerdir.¹³³ DEHB’li genç erişkinlerle yapılan bir prospektif uzunlamasına çalışmada DEHB’li genç erişkinlerin kontrollere göre benlik saygılarının anlamlı olarak daha düşük olduğu sonucu bulunmuştur.¹¹¹ Bu yapılan çalışmaların sonuçlarına karşın Hoza ve arkadaşları yaşları 8-13 yaş aralığında 27 DEHB’li çocuk ve 25 kontrolü karşılaştırmış ve ‘‘pozitif aldatıcı bias’’ olarak tanımladıkları DEHB’li çocuklarda kendi yeterliliklerini olduğundan daha fazla görme durumunu tarif etmişlerdir. Hatta kendilerini en yeterli gördükleri alanların genelde en yetersiz oldukları alanlar olduğunu belirtmişlerdir.⁹ Yazarlar bu durumun nedeninin DEHB’li çocukların sürekli farklı alanlarda başarısızlığa uğramalarının sonucunda olumlu yanılsamayla karakterize bir düşünce biçimi geliştirebilmesiyle ilgili olabileceğini söylemişlerdir.⁹ Aşırı şişirilmiş kendilik değerlendirmelerinin bir diğer nedenin de zayıf üst bilişsel (metakognitif) beceri olabileceği düşünülmektedir.⁹ Kruger ve Dunning yaptıkları araştırmalarda özellikle belli bir alanda yeteneksiz olan bireylerin bu alanlardaki yetersizliklerini metakognitif becerileri olmadığı için fark edemedikleri tam tersi kendilerini bu alanda yeterli gördüklerini belirtmişlerdir.¹³⁴ Diğer bir yandan Barber ve arkadaşları kontrollerle kıyaslandığında DEHB’li çocukların benlik saygılarının daha düşük olduğunu göstermişlerdir.⁶ Çalışmalarına katılan çocuklar kendilerini değerlendirme ölçeğinde 6 alt ölçek bölümden beşinde (davranış, akademik başarı, sosyal beceriler, fiziksel kapasite, benlik saygısı) kontrollere oranla daha düşük ortalama skor elde etmişlerdir. Buna rağmen sportif beceriler alt ölçek skorları arasında anlamlı bir fark

bulunmamıştır.⁶ Edbom ve ark. yaptıkları prospektif uzunlamasına ikiz çalışmada DEHB belirtileri ile düşük benlik saygısı arasındaki uzun zamanlı ilişkiyi araştırmışlardır.⁷ Bu çalışmada çocuklar hem 8 yaşlarında hem de 13 yaşlarında değerlendirilmiş olup, çalışmanın sonucunda uzun dönem DEHB belirtileri düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir.⁷

Ülkemizde DEHB ve benlik saygısı ilişkisini araştıran çalışmalar kısıtlı sayıdadır. 2006 yılında Kanay'ın 9-13 yaş arası 45 DEHB'li çocuk ve 45 kontrol ile yaptığı çalışmada benlik saygısı akademik başarıları ve uyumsal davranışları karşılaştırılmış ve DEHB'li çocuklarda uyumsal davranışları kontrol grubuna daha yüksek, benlik saygıları ve akademik başarıları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.¹³⁵ 2000 yılında yapılan bir çalışmada ise 9-14 yaş arası tedavi alan 31 DEHB'li hasta ve 9-14 yaş arası tedavi almayan 40 DEHB'li hasta benlik saygısı açısından karşılaştırılmış ve iki grup arasında benlik saygısı toplam skorları arasında bir fark bulunmamıştır.¹³⁶ 1996 yapılan diğer bir çalışmada ise DEHB'li çocuk ve ergenler kontrol grubuyla arasında anne-baba tutumu, benlik kavramı ve semptomlar arasındaki ilişki araştırılmış ve kontrol grubunun benlik saygısı skorlarının DEHB'li gruba göre daha yüksek olduğu görülmüş ve cinsiyet, yaş ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.¹³⁷

2.2.5. Benlik Saygısı ve Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişki

Çocuk ve ergenlerin gelişen benliği üzerinde anne-babalar güçlü bir etkiye sahiptir. Bununla birlikte etkinin tipi, yoğunluğu, sağlıklı ya da sağlıklı oluşu önemli ölçüde ebeveynlerin tutumlarına bağlıdır.^{108,138} Yapılan çalışmalarda benlik saygısı ile anne-baba tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir.¹³⁸ Demokratik anne-baba tutumu çocuğun yüksek benlik saygısına ilgisiz ve otoriter tutum ise düşük benlik saygısına neden olmaktadır.¹³⁹

Coopersmith benlik saygısını bütün boyutlarıyla ele alan sekiz yıl süren kapsamlı bir araştırmada anne-baba-çocuk ilişkilerinin etkilerini de önemli bir değişken olarak incelemiştir. Coopersmith bu çalışmasını ilkokulun son yıllarına rastlayan sınıflarda yapmıştır. Bu çalışmalarının sonucunda benlik saygısı yüksek çocukların ebeveynleri çocuklarını kabul eden, çevreyi çocuğa göre düzenlemek ve onlara serbestlik tanımakla birlikte onlara uymak zorunda olduğu kesin ve belli kurallar koyan, çocuklarının okul içinde ve dışında beklentilerine uygun başarılar ortaya koyacağına inanan ve bunun doğal

olduğunu kabul eden ebeveynler oldukları gözlenmiştir.¹⁰⁸ Benlik saygısı düşük olan çocukların ebeveynlerinin ise çocuklarını reddeden ve onlara soğuk davranan, çocuklarını beklenti ve belirsiz kurallarla yetiştiren, daha çok cezalandırıcı olanlarının yanında, ne zaman verileceği belirsiz bir ödül-ceza yöntemi kullanan, çocuklarının başarısızlığına ilgisiz ve soğuk bir şekilde kabullenen ebeveynler oldukları görülmüştür.¹⁰⁸

Yapılan bir çalışmada ergenlerde anne-baba tutumlarına bağlı benlik saygısı, depresiflik ve genel psikolojik belirti düzeyi farklılıkları isimli çalışmasının sonucunda ebeveynlerini demokratik ve müsamahakar olarak algılayan ergenlerin, ihmalkar veya otoriter olarak algılayanlardan daha az psikolojik belirti gösterdiği ve benlik saygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁴⁰



2.3. Ebeveyn Tutumları

2.3.1. Ebeveyn Tutumları Tanımı ve Sınıflandırması

Çocuk yetiştirme tutumu çocuğa yöneltilen tutumların, davranışların ve çocuktan beklentilerin tümü olarak tanımlanmaktadır.¹²³

Ebeveyn tutumlarına ilişkin Baumrind'in kuramsal yaklaşımı bu konuda yapılan çalışmalara önyak olmuştur. Baumrind, ebeveynler ile çocuklar arasındaki etkileşimi incelemek için laboratuvar çalışmaları yapmıştır. Ayrıca ev ortamında okul öncesi dönemdeki çocukları gözlemlemiştir. Bu gözlem ve çalışmaların sonucunda çocuk yetiştirme konusunda anne-baba stili ile ilişkili 4 boyut belirmiştir.¹⁴¹ Bu boyutlar; olgunluk beklentisi boyutu, ebeveyn-çocuk iletişimde açıklık, ebeveyn kontrolü ve bakım/destek boyutudur. Olgunluk beklentisi boyutu, çocukların başarı konusunda ebeveynlerden ne kadar ve nasıl destek gördükleriyle; açıklık boyutu, ebeveynlerin çocukların düşüncelerine saygı duymaları, onları fikirlerini söylemek konusunda cesaretlendirmelerini, ebeveyn kontrolü boyutu, çocukların ebeveyn tarafından konulan kurallara ve verilen yaptırımlara ne derecede uymak zorunda olmalarıyla, bakım/destek boyutu ise ebeveynlerin çocuklarına bakım verirken ne kadar yakın, samimi ilişkiler içinde olabildiğiyle ilgilidir.¹⁴² Baumrind bu 4 farklı boyutun farklı kombinasyonlarını düşünerek 3 temel ebeveyn tutumu tanımlamıştır. Bu tutumlar otoriter, demokratik ve izin verici anne-baba tutumlarıdır.¹⁴² Otoriter tutum sergileyen ebeveynler çocuk üzerinde aşırı kontrol kurarlar ve beklenti düzeyleri çok yüksektir. Otoriter ebeveynlerle yetişen çocukların benlik saygılarının daha düşük olduğu ve akran ilişkilerinin daha kötü olduğu ayrıca akademik başarılarının daha kötü olduğu belirtilmiştir.¹⁴³ İzin verici tutum sergileyen ebeveynler çocuğun bakımı ve diğer ihtiyaçlarıyla ilgilenip karşılayabilen ancak sorumluluk verme, disiplin sağlama açısından yetersiz kalan ebeveynlerdir. Bu tür ailelerde yetişen çocukların akademik başarılarının düşük olduğu, sorumluluk almada yetersiz kaldıkları gözlenmiştir.¹⁴⁴ Demokratik tutumu benimseyen ebeveynler ise sınırları net çizerken çocuğun bireysel ihtiyaçlarına karşılık vererek yeterli disiplini sağlamayabilmekle birlikte çocukla iletişimde yeterli ebeveynlerdir. Demokratik tutumlar yetişen çocukların akademik başarıları ve benlik saygıları yüksek, sorumluluk alabilen bireyler oldukları gözlenmiştir.¹⁴³ Ayrıca bu çocukların madde-alkol kullanımı, suça sürüklenme, antisosyal davranışlar gibi davranış sorunlarına daha az sıklıkta rastlanmaktadır.¹⁴⁵

1983'te Maccoby ve Martin ise Baumrind'den farklı olarak Baumrind'in tanımladığı üç tutuma ek olarak ilgisiz ve ihmalkar ebeveyn stilini eklemişlerdir. Maccoby ve Martin'in İki Boyutlu Bakış Açısı Model'inde, "duyarlık" ve "talepkârlık" boyutların yüksek ya da düşük düzeyde oluşlarına göre dört temel çocuk yetiştirme stilleri de farklılık göstermektedir. Bu modelde, "izin verici" ebeveyn stili, "izin verici/şımartan" ve "izin verici/ihmalkâr" olarak iki farklı biçimde ele alınmıştır. Maccoby ve Martin'e göre dört tip ebeveyn stili otoriter ebeveyn stili, açıklayıcı/otoriter ebeveyn stili, izin verici/şımartan ebeveyn stili ve izin verici/ihmalkar ebeveyn stili şeklindedir.¹⁴⁶

Lamborn ve arkadaşları 1991'de geliştirdikleri "Anne-Baba Tutum Ölçeğinin" oluşturulmasında, Maccoby ve Martin'in anne-baba tutumlarına ilişkin tanımladıkları boyutlardan ve Steinberg ve arkadaşlarının çalışmalarından yararlanmışlardır. Geliştirilen bu ölçek, anne-baba tutumlarını hem kategorik hem de boyutlar temelinde inceleyebilmektedir. Kategorik temelde anne-baba tutumlarını otoriter, demokratik, müsamahakâr ve ihmalkâr; boyutlar temelinde ise, "kabul-ilgi", "kontrol-denetleme" ve "psikolojik özerklik" olarak ele almaktadır. Kabul-ilgi boyutu; çocukların anne-babalarını kendilerine ne kadar yakın, içten, sevecen, ilgili ve katılımcı olarak algıladıklarını ölçer. Kontrol-denetleme boyutu; çocukların anne- babalarını ne kadar düzeyde kontrollü ve denetleyici olarak algıladıklarını ölçer. Psikolojik özerklik boyutu; demokratik tutumun anne-baba tarafından ne düzeyde yansıtıldığı ve anne-babanın çocuklarının bireyselliğini ne düzeyde ifade etmelerine olanak sağladıklarını ölçer.¹⁴⁷

Ülkemizde ebeveyn tutumları ile ilgili en kapsamlı sınıflandırmalardan biri 2000 yılında Yavuzer tarafından yapılmıştır. Yavuzer ebeveyn tutumlarını baskılı ve otoriter tutum, gevşek tutum, dengesiz ve kararsız tutum, koruyucu tutum, ilgisiz ve kayıtsız tutum, güven verici, destekleyici, hoşgörülü tutum olarak altı sınıf tanımlamıştır. Çocuğun kendine olan güvenini ortadan kaldıran, onun kişiliğini hiçe sayan bir tutum olan baskılı ve otoriter tutumla yetişen çocuklar sessiz, uslu, nazik, dürüst ve dikkatli olmasına karşın küskün, silik, çekingen, kolaylıkla başka insanların etkisi altında kalan şekilde kişilik özelliklerine sahip olabilir. Gevşek tutumla yetişen bir çocuk ise evde inisiyatif sahibi olan tek kişidir ve bu durum çocuğun doyumsuz bir birey olmasına neden olur. Dengesiz ve kararsız tutumda anne-baba arasındaki görüş ayrılığı ayrıca anne babanın değişken davranış biçiminden bahsedilebilir ve bu durum çocukta bazı iç çatışmalara, huzursuzluklara ve bunları takip

eden dengesiz ve tutarsız bir yapının oluşmasına neden olabilir. Koruyucu tutumla yetişen çocukların anne-babaları aşırı koruması ve gereğinden fazla kontrolcülüğü nedeniyle çocuklar diğer bireylere aşırı bağımlı, güvensiz bir kişi olmasına neden olabilmektedir. İlgisiz ve kayıtsız tutum, ebeveynlerin çocuğu yalnız bıraktıkları, görmezden geldikleri, dışladıkları bir tutumdur ve bu durum duygusal istismara yol açabilir. Güven verici, destekleyici, hoşgörülü tutumda ise anne-babalar çocuklarına karşı hoşgörü sahibi, destekleyen, bazı kısıtlamalar dışında isteklerini diledikleri biçimde gerçekleştirmelerine izin veren ebeveynler olmakla birlikte bu tutumla yetişen çocuklar kendine güvenen, yaratıcı, sınırlarını bilen, sorumluluk sahibi bireyler olmaktadır.¹⁴⁸

2.3.2.Ebeveyn Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları arasındaki farklılıklar olduğu bilinmektedir. Ebeveyn tutumlarını etkileyen faktörler çocuğun özelliklerine, ebeveynin özellikleri, sosyo-kültürel yapı ve aile içi etkileşim şeklinde söylenebilir.¹⁶

Berns'e göre çocuğun özellikleri, ebeveyn tutumu üzerindeki en önemli etkidir.¹⁴⁹ Çocukla ilgili etkileyen faktörlerden en önemlileri ise çocuğun yaşı, mizacı, cinsiyeti olarak söylenebilir. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu, mizacı, gelişim sorunları ebeveynin çocuğa olan yaklaşımı etkiler.¹⁵⁰ Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu da ebeveyn tutumlarını etkiler. Ailelerin ilk doğan çocuğa sonraki çocuklarına oranla daha fazla ilgi, dikkat ve şefkat gösterebildikleri belirtilmiştir. Fakat bunların yanında beklentilerin çoğu ilk çocuğa yüklendiğinden ilk çocuk üzerinde sonraki çocuklara oranla başarılı olması yönünde çok daha büyük bir baskı vardır.¹⁴⁹ Çocuğun cinsiyeti de ebeveyn tutumlarını etkileyebilmektedir. Çocuğun cinsiyeti ebeveynin beklentilerine cevap vermiyorsa bu durumda ebeveyn çocuk ilişkisi olumsuz etkilenebilmektedir.¹⁵¹ Pehlivanoğlu erkek çocukların duygularını ifade etmeleri açısından kız çocuklar kadar desteklenmediğini ve bundan dolayı fiziksel cezaya kız çocuklardan daha fazla maruz kaldıklarını belirtmektedir.¹⁵²

Ebeveyn tutumlarını etkileyen ebeveyn özellikleri arasında ebeveynin kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri, kendi ebeveynleriyle etkileşimi, çalışma hayatının olup olmaması, mesleği, eğitim durumu, çocuktan beklentileri, çocuklarının sayısı, ruhsal sorunlar, ebeveynlik rolüne bakış açısı sayılabilir.¹⁶ Bireylerin kişisel farklılıkları ebeveyn tutumlarında da farklılıklara yol açar. Belsky'e göre, ebeveynin olgunluğu ve psikolojik

sağlığı etkin ebeveyn tutumları için temel faktörlerdir.¹⁵³ Ebeveynin çalışması ebeveynlik üzerindeki en önemli faktörlerden biridir. Ebeveynin işine ve üstlendiği diğer rollere harcadığı zaman ve enerji miktarı ebeveynin çocuğuna karşı sergilediği tutumu ve çocuğu algılayışı etkiler.¹⁶ Hoffman'ın 1998'de çalışmayan anneler ile çalışan anneler arasında çocuk yetiştirme tutumları üzerine yaptığı gözlemsel çalışmada çalışan annelerin çalışmayan annelere oranla daha etkin ebeveynler oldukları görülmüştür. Bu çalışmada çalışan annelerin çocuklarıyla daha çok iletişime geçtikleri ve ihtiyaçlarına daha hızlı, etkin yanıt vererek fiziksel cezayı daha az uyguladıkları belirtilmiştir.¹⁵⁴ Ancak iş yaşamının yoğunluğunun ve annenin çocuğundan ayrı kalmasının verdiği suçluluğun annenin duygusal durumunu etkileyebildiği ve sonucunda çocuk yetiştirme tutumunun ve çocuğu algılayışının olumsuz etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur.¹⁵⁵ Anne babanın kendi çocukluk yıllarındaki deneyimleri, kendi ebeveynleriyle geçmişteki ilişkileri ve etkileşimleri ebeveynin kendi çocuklarına karşı tutumlarında belirleyici olabilmektedir.¹⁵⁶ Sosyal öğrenme teorisi ile ilgili araştırmalarda iki kuşak arasında disiplin uygulamaları açısından benzerlikler olduğu gösterilmiştir.¹⁵⁵

Toplumun kültürel değerleri, çocuklarını yetiştirme konusunda ebeveyn tutumlarını etkiler.¹⁵⁷ Ebeveynler içinde buldukları topluma uyum sağlayacak bireyler yetiştirmeye çabalarlar. Ebeveynlerin değerleri ve çocuk yetiştirme inançları da kültürel sistemden etkilenmektedir.¹⁵⁸

Aile içinde anne baba arasındaki ilişki çocuklara karşı olan tavrı etkileyen bir diğer faktördür. Birçok çalışmada sosyal bağlarla desteklenmenin stresin etkilerini azalttığı ve ebeveyn tutumunu olumlu etkilediği gösterilmiştir. Bu tür destekleyici sosyal bağlar ebeveynin benlik saygısının artmasını ve kendini etkin hissetmesini sağlayarak ebeveynin sabrını geliştirir.¹⁶ Kırk dört anne ile yapılan bir çalışmada desteklenen annelerin çocuklarına karşı daha sıcak ve daha az zorlayıcı olduğu gösterilmiştir.¹⁵⁹

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir.

Etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmaya katılmadan önce çocuklar ve ergenler kendileri için hazırlanmış olan Çocuk ve Ergen Bilgilendirme Formu'nu, ebeveynler ise Ebeveyn Bilgilendirme Formu'nu okumuş ve Onam Formu'nu imzalamışlardır.

3.1. Örneklem

Bu çalışmaya Aralık 2016 –Ocak 2016 tarihleri arasında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları DEHB polikliniklerine başvuran, DSM 5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşmeler ile DEHB ve/veya DEHB ve KOKGB tanısı alan ya da bu tanıları ile takip edilen yaşları 11-14 arasında olan, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 50 ergen ile ebeveyn alınmıştır. Ergenler ile ebeveynlerinin öz bildirim ölçeklerini doldurmasına ve tanısal görüşmeleri tamamlamasına engel fiziksel bir hastalığın olması, kronik genel tıbbi durumu nedeniyle tedavi görüyor olması, kafa travması öyküsünün olması ve kurum bakımı altında olması dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir. Ayrıca DEHB'ye ek psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu veya yaygın gelişimsel bozukluk tanıları alan ve Wechsler çocuklar için zeka ölçeği genel puanı 80'in altında olan çocuklar ve ergenler de çalışmaya alınmamıştır. Kontrol grubu olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları polikliniğine başvuran, DEHB'li gruba benzer sosyodemografik özelliklere sahip herhangi bir psikopatolojisi ve kronik hastalığı bulunmayan 41 ergen ve ebeveyn çalışmaya alınmıştır.

3.2. Yöntem

DEHB grubunu oluşturan ergenler DEHB polikliniğinden alınmıştır. DEHB polikliniğinde rutin olarak yapılan klinik ebeveyn ile çocuk görüşmesi ardından nöropsikolojik testler ve Atilla Turgay formları verilmiş, DEHB ve KOKGB tanıları kesinleştirmek amacıyla, araştırmacı tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan ergenlerin sosyodemografik özellikleri araştırma ekibi tarafından hazırlanan “Sosyodemografik Bilgi Formu” kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ergenler; Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Anne-Baba Tutum Ölçeği, ergenlerin anne ve babaları; WEISS İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WİBÖ-E) ve 6- 18 Yaş Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18) doldurmuştur. DEHB grubundaki ergenlerin zeka düzeyleri deneyimli psikolog tarafından Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubu olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları polikliniğine Aralık 2016-Ocak 2016 tarihleri arasında başvuran Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulanması sonucunda herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan ve çalışma grubu ile benzer sosyodemografik özellikleri olacak şekilde seçilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, ebeveyn ve ergenler ile ilgili; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ikamet yeri, anne ve babanın birliktelik durumu, ailenin aylık gelir durumu, kardeş sayısı, kardeş ruhsal ve/veya fiziksel hastalık varlığı, ebeveynlerin ruhsal ve/veya fiziksel hastalık varlığı, tıbbi ve psikiyatrik ek tanıları ve tedavi ile ilgili bilgilerin sorgulanabilmesi amacıyla hazırlanmış olup, araştırmacı tarafından ebeveynlere sorularak uygulanmıştır.

3.3.2. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18)

6-18 yaş grubundaki çocuk ve gençlerin, ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından doldurulan, ergenlerin sorun davranışları hakkında bilgiler doğrultusunda standart biçimde değerlendirmeyi sağlayan bir ölçektir.

Sorun davranışlar son 6 ayda görülme sıklık derecesine göre 0 (doğru değil), 1 (bazen ya da biraz doğru) ve 2 (çok ya da sıklıkla doğru) olarak derecelendirilir ve maddeler çeşitli alt gruplar içinde sınıflandırılır. Ölçekten, “İçe Yönelim” ve “Dışa Yönelim” gibi, iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubunu; “Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon ve Somatik Yakınmalar”, dışa yönelim grubunu ise;

“Kurallara Karşı Gelme ve Saldırgan Davranışlar” alt testlerinin toplamı oluşturmaktadır. Ayrıca, her iki gruba da girmeyen “Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları” da ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından “Toplam Problem” puanı elde edilmektedir. Örneğin Türkçe geçerlik ve güvenirliliği 1998 yılında yapılmıştır. Yeni maddeleri Neşe Erol ve Refia Palabıyıkoglu tarafından çevirilen ölçeğin her yaş ve cinsiyet için her bölgede güvenilir olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin iki bölümü de doldurulmuş olup sadece 2. Kısım değerlendirmeye alınmıştır.^{160,161}

3.3.3. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu (WIBÖ-E)

DEHB ile ilişkili hastalığa özgü işlevsellikte bozulmayı değerlendiren, Dr. Margaret Weiss tarafından geliştirilen, ebeveynler tarafından doldurulan, 50 maddeden oluşan 4 seçenekli likert tipi bir ölçektir. Aile, okul, yaşam becerileri, çocuğun benlik algısı, sosyal etkinlikler ve riskli eylemler alt başlıklarını içermektedir. Okul alanında işlevsellikte bozulmanın değerlendirilebilmesi için iki ayrı faktör olan okul-öğrenme ve okul-davranış maddeleri okul başlığı altında toplanmıştır. Ebeveynlerden çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, son bir ay içerisinde bu duygusal ve davranışsal sorunların ölçekteki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği işaretlemesi istenmektedir. Ebeveynlerin çocuklarına uygun olmadığını düşündükleri sorular için “uygun değil” seçeneğini işaretleyebilecekleri belirtilmektedir. Sorunun yanıtı “hiçbir zaman” olarak işaretlenmişse 0, “bazen” olarak işaretlenmişse 1, “sık” olarak işaretlenmişse 2, “çok sık” olarak işaretlenmişse 3 puan almaktadır. İşaretlenen maddelerin toplanmasıyla hem her bir alt başlık için, hem de toplam ölçek için puan hesaplanır.

Toplam puan hesaplanırken “uygun değil” olarak işaretlenen maddeler 0 olarak puanlanır. Ortalama puan hesaplanırken “uygun değil” olarak işaretlenenler çıkarıldıktan sonra hesaplama yapılır. Alt başlıktaki maddelerin toplam puanı, ilgili alt başlıktaki madde sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanır. Klinisyenlere kolaylık sağlaması açısından; alt başlıkta bir tane 3 olarak puanlanan maddenin ya da en az iki tane 2 olarak puanlanan maddenin olmasının ya da ortalama puanın 1,5’den fazla olmasının o alt başlıkla ilgili alanlarda işlevsellikte bozulmanın olduğunu gösterdiği belirtilmiştir.

İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.8 olarak bulunmuştur. Türkiye’de geçerlilik güvenirliliği Tarakçıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır. WIBÖ-E’nin toplam

ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.93 ve test-tekrar test güvenilirliği için Spearman korelasyon katsayısı 0.93 bulunmuştur.^{162,163}

3.3.4. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (Wechsler Intelligence Scales for Children, WISC-R)

6-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin zeka düzeylerini ölçmektedir. 1974 yılında Wechsler Çocuklar Zeka Ölçeği'nin yeniden gözden geçirilmesiyle elde edilmiştir. Türkçe'ye çevrilmesi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Savaşır ve Şahin tarafından yapılmıştır. WISC-R gittikçe zorlaşan sorular aracılığıyla sözel ve performans zeka düzeyini ölçmek üzere oluşturulan iki bölümden oluşmaktadır. Sözel bölüm; genel bilgi, yargılama, sözcük dağarcığı, sayı dizisi, aritmetik ve benzerlikler olmak üzere 6 alt testten oluşmaktadır. Performans bölümünde ise; resim tamamlama, küplerle desen, resim düzenleme, parça birleştirme, labirent ve şifre olmak üzere 6 alt test bulunmaktadır. Test uygulanan bireyin zeka düzeyine ilişkin "genel zeka bölümü", "sözel zeka bölümü", "performans zeka bölümü" olmak üzere üç ölçü vermektedir. Zeka bölümleri standart puan olarak elde edilmektedir.¹⁶⁴

3.3.5. Coopersmith Özsaygı Envanteri

Coopersmith Özsaygı Envanteri (CÖE) 8-10 yaşındaki çocuklar için hazırlanmıştır. Toplam 58 maddeden oluşan bu envanter, çocukların kendi algılarına göre kendilerine, ailelerine, okula, arkadaşlarına ve kişilerarası ilişkilerine karşı tutumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin orijinalinin hazırlanması sırasında beş psikolog maddeleri yüksek özsaygıyı gösterenler ve düşük özsaygıyı gösterenler olarak ikiye ayırmıştır. Çocuklar, envanteri 'Bana Uygun' ya da 'Bana Uygun Değil' seçeneklerinden birini seçerek yanıtlamaktadırlar. Ölçeğin orijinalinde Coopersmith'in genel özsaygı olarak adlandırdığı alt ölçek ile çocukların arkadaşlık ilişkilerinde, ailede, ebeveynlerle olan ilişkilerde ve okulda kendilerini nasıl algıladıklarına ilişkin maddeler içeren 5 boyut yer almaktadır. Bunlar genel özsaygı, okul programları, aile-ebeveyn ve sosyal- arkadaşlık boyutlarıdır. Ölçeğin orijinali yalan ölçeği adı verilen ve kişinin ölçeği yanıtlarken kendisini olduğu gibi yanıtlamaması ya da sosyal bakımdan istedik bir biçimde yanıtlamasını önleyici tekrar ya da benzer maddelerden oluşan beşinci bir alt ölçek içermektedir. CÖE'nin Türk çocuklarına uyarlanması çalışmaları Güçray'ın aktardığına göre ilk olarak Onur tarafından gerçekleştirilmiştir. Daha sonra, Güçray'ın yaptığı uyarlama

çalışmasında, psikoloji yüksek lisansına sahip ve iyi derecede İngilizce bilen üç uzman Onur'un çevirisiyle İngilizce aslını birlikte incelemişler ve alternatif cümleler önermişlerdir. Önerilen alternatif cümleler, 9- 10-11 yaşlarındaki çocuklara farklı zamanlarda uygulanmıştır. Bu çalışma sonucunda 50. Madde üzerinde, uzmanlar arasında tam bir uzlaşma sağlanamadığı için bu madde Türkçe uyarlamadan çıkarılmıştır. Envanterde, yüksek özsaygıyı gösteren maddeler 1 puan, düşük özsaygıyı gösteren maddeler ise 0 puan almaktadır. Buna göre envanterden alınabilecek en yüksek puan 57'dir. Yüksek puan yüksek özsaygıyı göstermektedir. Yine Güçray tarafından yürütülen güvenilirlik çalışmasında, iki hafta arayla yapılan test- tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur. Farklı yaş ve cinsiyet grupları için iç tutarlık katsayısı KR-21 ile hesaplanmıştır. KR-21, iç güvenilirlik katsayısı tüm yaş grupları için 0.83, kızlar için 0.82 ve erkekler için 0.83 olduğu saptanmıştır. Güçray'ın çalışmasında ölçeğin benzer ölçekler geçerliği de incelenmiş, Piers-Harris Benlik Kavramı Ölçeği'nin ölçüt olarak kullanıldığı bu çalışma sonucunda iki ölçüm arasındaki Pearson Product Moment Korelasyon katsayısı 0.72 bulunmuştur.¹⁶⁵

3.3.6. Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)

ABTÖ, algılanan ana baba tutumlarını ölçmek üzere Lamborn ve arkadaşları tarafından 1991'de geliştirilmiştir. Orjinal ölçek “kabul/ilgi”, “denetleme” ve “psikolojik özerklik” olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Boyutların Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları sırası ile .72, .76 ve .82 olarak bildirilmiştir. Ölçekten iki şekilde ölçüm alınabilmektedir. İlki deneklerin üç boyuta verdikleri cevaplardan demokratikliğin farklı düzeylerinin ayırt edilmesi, ikincisi ise kabul-ilgi ve denetleme boyutlarından aldıkları puanlara göre, otoriter, demokratik, ihmalkâr ve hoşgörülü olmak üzere dört gruba ayrılarak yapılabilmektedir.

Ölçeğin Türk örnekleme üzerindeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2000 yılında Yılmaz tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışması ilköğretim, lise ve üniversite öğrencilerinden oluşan üç grupta ayrı ayrı yapılmıştır. Lise öğrencileri için test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları alt ölçekler için sırayla şu değerlerde bildirilmiştir: kabul-ilgi alt ölçeği .82 ve .70, kontrol-denetleme alt ölçeği .88 ve .69, psikolojik özerklik alt ölçeği için ise .76 ve .66. Kabul/ilgi boyutu 9, denetleme boyutu 8 ve psikolojik özerklik boyutu 9 madde olmak üzere ölçek 26 maddeden oluşmaktadır.

Birinci ve üçüncü boyuttaki maddeler 4 dereceli Likert-tipi ölçek üzerinde, ikinci boyuttaki maddelerin ilk ikisi 7 dereceli diğer maddeler 3 dereceli Likert-tipi ölçek üzerinde değerlendirilmektedir.¹⁴⁷

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı 16.0 (Statistical Program for Social Sciences - SPSS for Windows, 16.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Olgulara ait değişkenlerin (sayısal veriler) normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama +/- standart sapma, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler ise medyan (25. persantil- 75. persantil) olarak verilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler için gruplar arasındaki farklılık; bağımsız örneklem T-testi ile, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler için ise gruplar arasındaki farklılık; Mann-Whitney U testi ile belirlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için ki-kare analizi kullanılmıştır. $p < 0.050$ istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri

Çalışmaya 37'si (%40,7) kız, 54'ü (%59.3) erkek toplam 91 ergen alınmıştır. DEHB grubundaki 50 hastanın 17'si (%34) kız, 33'ü (%66.0) erkektir. Kontrol grubundaki 41 ergenin ise 20'si (%48.8) kız, 21'i (%51.2) erkektir. Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım farklı bulunmamıştır ($p=0.153$). Çalışmaya katılan hastaların yaş aralıkları 10-14 yaş aralığında olup, DEHB grubunda ortalama yaş $12\pm 1,19$; kontrol grubunda ise $12,048\pm 1,22$ olduğu bulunmuştur. DEHB ve sağlıklı kontrol grubunda yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p=0.848$)

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların cinsiyetleri, sınıfları, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk oldukları, ders başarısı, fiziksel hastalık varlığı, düzenli spor yapıp yapmadıkları, günlük izledikleri televizyon saati ve oynadıkları bilgisayar saati tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler:	Gruplar:	DEHB		KONTROL		p
		Sayı:	Yüzde:	Sayı:	Yüzde:	
Cinsiyeti	Kız	17	34	20	48	0,225
	Erkek	33	66	21	51	
Sınıfı	5	12	24	8	19	0,677
	6	14	28	8	19	
	7	12	24	13	31	
	8	12	24	12	29	
Kardeş sayısı	Kardeş yok	9	18	9	22	0,615
	1 kardeş	29	58	18	43,9	
	2 kardeş	9	18	9	22	
	3 ve daha çok kardeş	3	6	5	12,2	
Kaçıncı çocuk olduğu	1.	32	64	23	56,1	0,383
	2.	13	26	10	24,4	
	3.	4	8	5	12,2	
	4. ve diğer	0	0	3	7,3	
Ders başarısı	1-2	3	6	0	0	0,185
	2-3	5	10	1	2,4	
	3-4	13	26	13	31,7	
	4-5	29	58	27	65,9	

Çocukta fiziksel hastalık	Yok	44	88	40	97,6	0,123
	Var	6	12	1	2,4	
Günlük televizyon izleme	0-1 saat	21	42	12	29,3	0,119
	1-2 saat	15	30	19	46,3	
	3-4 saat	7	14	9	22	
	4-5 saat	4	8	0	0	
	5 saatten fazla	3	6	1	2,4	
Günlük bilgisayarla oynama	0-2 saat	21	42	18	43,9	0,767
	1-2 saat	17	34	16	39	
	3-4 saat	6	12	5	12,2	
	4-5 saat	1	2	1	2,4	
	5 saatten fazla	5	10	1	2,4	
Düzenli spor	Yok	35	71,4	22	53,7	0,128
	var	14	28,6	19	41	

4.1.2. Çalışmaya Katılan Ergenlerin Aile Özellikleri

Katılımcıların aile özellikleri çizelge 3’te görülmektedir. Çalışmaya katılan DEHB’li hastaların 46’sı (%92) anne babası beraber, 4’ünün (%8) ayrı veya boşanmıştır. Kontrol grubunun ise 41 ergenin anne babası beraber olduğu saptanmıştır. DEHB’li grupta ergenlerin annelerinin 16’sının (%32) ilkokul, 15’unun (%30) ortaokul, 17’ünün (%34) lise, 2’sinin (%4) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yine çalışmaya katılan DEHB’li ergenlerin babalarının 11’inin (%22) ilkokul, 15’inin (%30) ortaokul, 18’inin (%36) lise, 6’sının (%12) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. DEHB’li hastaların 40’ının (%80) annesinin çalışmadığı, 10’unun (%20) annesinin çalıştığı gözlenmiştir. 2’sinin (%4) babasının çalışmadığı, 48’inin (%96) babasının çalıştığı bulunmuştur.

Kontrol grubunda ergenlerin annelerinin 1’inin (%2,4) okur yazar olduğu, 10’unun (%24) ilkokul, 13’ünün (%31,7) ortaokul, 15’inin (%36,6) lise, 2’sinin (%4,9) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yine çalışmaya katılan kontrol grubunda ergenlerin babalarının 13’ünün (%31,7) ilkokul, 7’inin (%17,1) ortaokul, 13’inin (%31,7) lise, 8’sinin (%19,5) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda DEHB’li hastaların 31’inin (%75,6) annesinin çalışmadığı, 10’unun (%24,4) annesinin çalıştığı gözlenmiştir. 2’sinin (%4,9) babasının çalışmadığı, 39’unun (%95,1) babasının çalıştığı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan DEHB’li ergenlerin ailelerin 36’sı (%72) çekirdek aile, 10’u geniş aile (%20), 4’si (%8) parçalanmış aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki ergenlerin ailelerin ise 36’sı (%87,8) çekirdek aile, 5’i geniş aile (%12,2) aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan örneklemede, ailenin aylık gelir düzeyi; 0-1.500 TL olanlar için “düşük sosyoekonomik düzey”, 1.500-3.000 TL olanlar için “orta sosyoekonomik düzey”, 3.000 TL ve üzerinde olanlar için ise “yüksek sosyoekonomik düzey” olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre DEHB’li ergenlerin ailelerin 6’sı (%12) düşük sosyoekonomik düzeyde, 22’si (%44) orta sosyoekonomik düzeyde, 22’si (%44) yüksek sosyoekonomik düzeyde oldukları saptanmıştır. Kontrol grubunda ergenlerin ailelerin 1’i (%2,4) düşük sosyoekonomik düzeyde, 29’si (%70,7) orta sosyoekonomik düzeyde, 11’si (%26,9) yüksek sosyoekonomik düzeyde oldukları saptanmıştır.

Çalışmaya katılan DEHB'li ergenlerin ailelerinde; ailelerin 39'ünde (%78) fiziksel hastalık olmayıp, 2'sinde (%4) kardeşte fiziksel hastalık bulunduğu, 6'sında (%12) annede, 3'ünde (%6) babada fiziksel hastalık olduğu bulunmuştur. Bu ailelerin 33'ünde (%66) ruhsal hastalık bulunmuyor iken, 13'ünde (%26) annede, 2'sinde (%4) kardeşte DEHB dışında bir ruhsal hastalık olduğu saptanmıştır. DEHB'li ergenlerin ailelerinin 33'ünde (%66) DEHB bulunmazken, 5'inin (%10) kardeşinde, 1'inin (%2) annesinde, 6'sının (%12) babasında DEHB tanısı bulunduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise ailelerin 29'ünde (%70,7) fiziksel hastalık olmayıp, 4'ünde (%9,8) kardeşte fiziksel hastalık bulunduğu, 8'inde (%19,5) annede fiziksel hastalık olduğu bulunmuştur. Bu ailelerin 36'ünde (%87,8) ruhsal hastalık bulunmuyor iken, 1'inde (%2,4) annede, 2'sinde (%4,9) babada DEHB dışında bir ruhsal hastalık olduğu saptanmıştır. DEHB ve kontrol grupları arasında ailenin gelir düzeyi ($p=0,022$), ailede DEHB dışında bir ruhsal patoloji varlığı ($p=0,002$) ve ailede DEHB tanısı varlığı ($0,001$) alanlarında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur.

Tablo 3. Ergenlerin Aile Özellikleri

Özellikler:	Gruplar:	DEHB		KONTROL		p
		Sayı:	Yüzde:	Sayı:	Yüzde:	
Aile yapısı	Çekirdek	36	72	36	87,8	0,094
	Geniş aile	10	20	5	12,2	
	Parçanmış aile	4	8	0	0	
Annenin eğitimi	Okuryazar	0	0	1	2,4	0,878
	İlkokul mezunu	16	32	10	24	
	Ortaokul mezunu	15	30	13	31,7	
	Lise mezunu	17	34	15	36,6	
	Üniversite mezunu	2	4	2	4,9	
Babanın eğitimi	Yok	0	0	0	0	0,361
	İlkokul mezunu	11	22	13	31,7	
	Ortaokul mezunu	15	30	7	17,1	
	Lise mezunu	18	36	13	31,7	
	Üniversite mezunu	6	12	8	19,5	
Annenin işi	Çalışmıyor	40	80	31	75,6	0,804
	Çalışıyor	10	20	10	24,4	
Babanın işi	Çalışmıyor	2	4	2	4,9	1,000
	Çalışıyor	48	96	39	95,1	
Ailenin aylık geliri	0-1.500 tl	6	12	1	2,4	0,022
	1.500-3.000 tl	22	44	29	70,7	
	3.000-4500 tl	19	38	7	17,1	

	4500 ve üzeri	3	6	4	9,8	
Ailede fiziksel hastalık varlığı	Yok	39	78	29	70,7	0,221
	Kardeş	2	4	4	9,8	
	Anne	6	12	8	19,5	
	Baba	3	6	0	0	
Ailede ruhsal hastalık varlığı	Yok	33	66	36	87,8	0,002
	Anne	13	26	1	2,4	
	Baba	0	0	2	4,9	
	Kardeş	2	4	0	0	
	İkinci derece akraba	2	4	2	4,9	
Ailede DEHB	Yok	33	66	39	95,1	0,001
	Kardeş	5	10	0	0	
	Anne	1	2	2	4,9	
	Baba	6	12	0	0	
	İkinci derece akraba	5	10	0	0	

4.2. Araştırmaya Katılanlar Ergenlerde DEHB Tanısı ve Alt Tipleri

Çalışmaya katılan ergenlerin, DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılan klinik tanı değerlendirmesinde; DEHB tanı, eş tanı ve alt tipleri tablo 4’te gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan DEHB’li ergenlerin WISC-R sözel puan ortalaması $94,90\pm 9,60$, WISC-R performans puan ortalaması $100,19\pm 14,31$, WISC-R toplam puan ortalaması $97,33\pm 11,14$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Ergenlerin DEHB Tanısı ve Özellikleri

Özellikler:	Gruplar:	Sayı:	Yüzde:
Tanı	DEHB	30	60
	DEHB+KOKGB	20	40
DEHB Alt Tipi	Dikkat Eksikliği Baskın Tip	14	28
	Hiperaktivite/Dürtüsellik Baskın Tip	2	4
	Birleşik Tip	34	68

T testi

4.3. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Benlik Saygısı Düzeyleri

4.3.1. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanları

DEHB’li grubun benlik saygısı düzeyi toplam puan ortalaması $38,22\pm 8,02$; kontrol grubunun ise benlik saygısı düzeyi toplam puan ortalaması $43,75\pm 7,37$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında toplam benlik saygısı düzeyi, genel özsaygı ve ev yaşantısı alanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). BSÖ alt faktör ortalama puanları tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. BSÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları

BSÖ	DEHB (n=50)		KONTROL (n=41)		p
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
BSÖ total puan	38,22	8,02	43,75	7,37	0,01
BSÖ_genel özsaygı	5,9	1,63	6,92	1,08	0,01
BSÖ_arkadaş_ilişkileri	3,64	1,04	4,17	0,86	0,11
BSÖ_okul_yaşamı	5,02	1,46	5,48	1,48	0,135
BSÖ_Okul_başarısı	2,94	1,37	3,53	1,45	0,048
BSÖ_Kırılganlık	1,70	0,97	1,68	1,05	0,936
BSO_aile	1,10	0,73	1,36	0,79	0,102
BSÖ_ev_yaşantısı	2,82	1,25	3,63	0,79	0,00
BSÖ_özgüven	1,66	0,51	1,75	0,43	0,348
BSÖ_kendini_kabul	2,02	0,89	2,43	0,80	0,22

T testi, $p<0,05$

4.3.2. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi

Araştırmaya katılan ergenlerin BSÖ toplam ve alt puanlarının cinsiyet ile ilişkisi tablo 6'de gösterilmiştir. DEHB'li ergenlerin benlik saygısı ev yaşantısı alt faktör düzeyi erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (Mann-Whitney U, $p<0.05$). Kontrol grubunda ise benlik saygısı aile alt faktör düzeyinde erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (Mann-Whitney U, $p<0.05$).

Tablo 6. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Cinsiyet ile İlişkisi

BSÖ/Cinsiyet	Ders Başarısı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca Değer	p	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca Değer	p
BSÖ total puan	Kız	35,23	7,58	35	0,076	42,90	7,91	42,5	0,489
	Erkek	39,21	8,26	41		44,57	6,91	46	
BSÖ genel özsaygı	Kız	5,29	1,79	5	0,075	6,9	1,16	7	0,989
	Erkek	6,21	1,47	7		6,95	1,02	7	
BSÖ arkadaş ilişkileri	Kız	3,4	1,17	4	0,535	4,15	0,87	4	0,866
	Erkek	3,72	0,99	4		4,19	0,87	4	
BSÖ okul yaşamı	Kız	4,8	1,62	5	0,623	5,4	1,31	5	0,410
	Erkek	5,12	1,38	5		5,57	1,66	6	
BSÖ Okul başarısı	Kız	2,58	1,12	3	0,121	3,45	1,66	4	0,957
	Erkek	3,12	1,47	4		3,61	1,24	4	
BSÖ Kırılganlık	Kız	1,41	0,70	1	0,121	1,35	1,03	1	0,054
	Erkek	1,84	1,03	2		2	1	2	
BSO aile	Kız	1,05	0,65	1	0,732	1,10	0,85	1	0,036
	Erkek	1,12	0,78	1		1,61	0,66	2	
BSÖ ev yaşantısı	Kız	2	1,54	1	0,006	3,65	0,81	4	0,801
	Erkek	3,24	0,83	3		3,61	0,80	4	
BSÖ kendini kabul	Kız	2	0,61	2	0,610	2,30	0,92	3	0,361
	Erkek	2,03	1,01	2		2,57	0,67	3	

Mann Whitney-U testi, $p < 0,05$

4.3.3. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Ders Başarısı ile İlişkisi

Araştırmaya katılan ergenlerin BSÖ toplam ve alt puanlarının ders başarısı ile ilişkisi tablo 7’de gösterilmiştir. DEHB’li ergenlerin benlik saygısı toplam düzeyi ve benlik saygısı genel özsaygı ile okul başarısı alt faktör düzeyleri ders başarısı yüksek olanlarda düşük olanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Mann-Whitney U, $p<0.05$).

Kontrol grubunda ise benlik saygısı ev yaşantısı alt düzeyi ders başarısı yüksek olanlarda düşük olanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Mann-Whitney U, $p<0.05$).



Tablo 7. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Ders Başarısı ile İlişkisi

BSÖ/Ders Başarısı	Ders Başarısı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca Değer	p
BSÖ total puan	<=3	33	3,62	32,5	0,028
	4 ve 5	39,21	8,26	41	
BSÖ_genel özsaygı	<=3	4,87	1,55	5	0,049
	4 ve 5	6,09	1,58	7	
BSÖ_arkadaşlılıkları	<=3	3,37	0,91	3	0,32
	4 ve 5	3,69	1,07	4	
BSÖ_okul yaşamı	<=3	4,12	1,80	4	0,11
	4 ve 5	5,19	1,34	5	
BSÖ_Okul_başarısı	<=3	1,62	1,18	1,5	0,006
	4 ve 5	3,19	1,27	3,5	
BSÖ_Kırılganlık	<=3	1,12	0,64	1	0,066
	4 ve 5	1,80	0,99	2	
BSO_aile	<=3	1,25	0,70	1	0,539
	4 ve 5	1,07	0,74	1	
BSÖ_özgüven	<=3	1,62	0,51	2	0,757
	4 ve 5	1,66	0,52	2	
BSÖ_kendini_kabul	<=3	1,87	0,64	2	0,440
	4 ve 5	2,04	0,93	2	

Mann Whitney-U Testi, $p < 0,05$

4.3.4. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Televizyon İzleme Süresi ile İlişkisi

Araştırmaya katılan ergenlerin BSÖ toplam ve alt faktör puanlarının günlük televizyon izleme süresi ile ilişkisi tablo 8’de gösterilmiştir. DEHB’li ergenlerin benlik genel özsaygı, arkadaş ilişkileri ve aile alt faktör düzeyleri ile günlük televizyon izleme süreleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (Mann-Whitney U, $p<0.05$). Genel özsaygı ve arkadaş ilişkileri alt faktör düzeyi televizyonu günde 2 saatten daha az izleyenlerde daha yüksek bulunmuştur. Aile alt faktör düzeyi ise televizyonu günde 3 saatten daha çok izleyenlerin daha yüksek olduğu bulunmuştur.



Tablo 8. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Televizyon İzleme Süresi ile İlişkisi

BSÖ	TV izleme süresi	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca Değer	p	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca Değer	p
BSÖ total puan	<=2	39,33	8,30	41	0,085	43,61	7,64	46	0,951
	>=3	35,3	6,67	33,5		44,2	6,84	45,5	
BSÖ genel özsaygı	<=2	6,19	1,68	7	0,016	6,96	1,13	7	0,503
	>=3	5,14	1,23	5		6,8	0,91	7	
BSÖ arkadaş ilişkileri	<=2	3,83	0,97	3	0,034	4,09	0,90	4	0,387
	>=3	3,14	1,09	3		4,40	0,69	4,5	
BSÖ okul yaşamı	<=2	5,11	1,42	5	0,420	5,61	1,49	6	0,292
	>=3	4,78	1,57	4,5		5,10	1,44	5	
BSÖ Okul başarısı	<=2	3,16	1,32	4	0,061	3,45	1,52	4	0,638
	>=3	2,35	1,39	2		3,80	1,22	4	
BSÖ Kırılganlık	<=2	1,80	0,92	2	0,159	1,70	1,07	2	0,740
	>=3	1,42	1,08	1		1,6	1,07	1	
BSÖ aile	<=2	0,97	0,73	1	0,049	1,32	0,83	2	0,611
	>=3	1,42	0,64	1,5		1,5	0,70	2	
BSÖ ev yaşantısı	<=2	2,88	1,25	3	0,448	3,58	0,84	4	0,334
	>=3	2,64	1,27	3		3,80	0,63	4	
BSÖ özgüven	<=2	1,58	0,55	2	0,094	1,80	0,40	2	0,192
	>=3	1,85	0,36	2		1,6	0,51	2	
BSÖ kendini kabul	<=2	2	0,92	2	0,918	2,41	0,80	3	0,663
	>=3	2,07	0,82	2		2,5	0,84	3	

Mann Whitney-U testi, $p < 0,05$

4.3.5. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Bilgisayar Oynama Süresi ile İlişkisi

Araştırmaya katılan ergenlerin BSÖ toplam ve alt faktör puanlarının günlük bilgisayar oynama süresi ile ilişkisi tablo 9’de gösterilmiştir. DEHB’li ergenlerin benlik saygısı toplam düzeyi ve kendini kabul alt faktör düzeyi günde 2 saatten daha az süreyle bilgisayar oynayanlarda daha yüksek bulunmuştur (Mann-Whitney U, $p<0.05$).

Tablo 9. BSÖ Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Bilgisayar Oynama Süresi ile İlişkisi

Mann Whitney-U Testi, $p<0,05$

BSÖ	BS oynama süresi	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca Değer	p	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca Değer	p
BSÖ total puan	<=2	39,78	7,89	41	0,009	44,55	7,32	46	0,092
	>=3	33,25	6,45	31,5		39,85	6,76	41	
BSÖ_genel özsayı	<=2	6,10	1,62	7	0,086	6,97	1,05	7	0,585
	>=3	5,25	1,54	5		6,71	1,25	6	
BSÖ_arkadaşlıkları	<=2	3,76	0,99	4	0,138	4,26	0,89	4,5	0,046
	>=3	3,25	1,13	3		3,71	0,48	4	
BSÖ_okul yaşamı	<=2	5,07	1,45	5	0,546	5,64	1,47	6	0,103
	>=3	4,83	1,52	4		4,71	1,38	5	
BSÖ_Kırılganlık	<=2	1,78	0,90	2	0,173	1,70	1,00	2	0,787
	>=3	1,41	1,16	1		1,57	1,39	1	
BSO_aile	<=2	1,10	0,76	1	0,893	1,38	0,77	2	0,862
	>=3	1,08	0,66	1		1,28	0,95	2	
BSÖ_özgüven	<=2	1,68	0,52	2	0,458	1,82	0,38	2	0,029
	>=3	1,58	0,38	2		1,42	0,53	1	
BSÖ_kendini_kabul	<=2	2,23	0,78	2	0,003	2,47	0,82	3	0,392
	>=3	1,33	0,82	2		2,28	0,75	2	

4.3.6. Benlik Saygısı Düzeyinin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi

DEHB'li grupta anne ve babanın eğitim düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan DEHB'li ergenlerin kardeşleri arasında ilk çocuk olan ergenlerin diğerlerine göre benlik saygısı genel özsaygı düzeyleri anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

DEHB'li grupta kardeş sayısı ile benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ailenin aylık gelir düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB'li ergenlerin düzenli spor yapması ile benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB'li ergenlerin aile bireylerinde ruhsal ve fiziksel rahatsızlık varlığı ile benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrol grubunda ise hem annenin hem de babanın eğitim düzeyi arttığında benlik saygısı okul başarısı alt faktör düzeyinde anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur.

Kontrol grubunda kardeş sayısı, ilk çocuk olup olmamaları, aylık gelir, düzenli spor yapmaları, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, annenin çalışması, babanın çalışması ile benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ailede fiziksel hastalık varlığında benlik saygısı aile alt faktör düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur.

4.4. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Algıladıkları Ebeveyn Tutumları

Araştırmaya katılan ergenlerin Anne Baba Tutumlarına göre dağılımı tablo 10'da gösterilmiştir. Hoşgörülü tutum açısından DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,005$).

Tablo 10. Ebeveyn Tutumlarının DEHB ve kontrol grubuna göre dağılımı

Ebeveyn Tutumu	DEHB		KONTROL		p
	Ortalama	Yüzde	Ortalama	Yüzde	
Demokratik Tutum	9	18	6	6,8	0,883
Otoriter Tutum	6	12	2	3,6	0,411
İhmalkar Tutum	20	40	11	26,8	0,273
Hoşgörülü tutum	15	30	22	53,7	0,038

Ki Kare Testi

4.4.1. Ebeveyn Tutumu ve Cinsiyet Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan ergenlerin ebeveyn tutumları ile cinsiyet ilişkisi tablo 11’de gösterilmiştir. Her iki grupta da ebeveyn tutumları ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 11. Ebeveyn tutumu ve cinsiyet arasındaki ilişki

Ebeveyn Tutumları/Cinsiyet		DEHB			KONTROL		
		Ortalama	Yüzde	p	Ortalama	Yüzde	p
Demokratik Tutum	Kız	4	23,5	0,467	3	15	1,000
	erkek	5	15,2		3	14,3	
Ötoriter Tutum	kız	3	17,6	0,396	1	5	1,000
	erkek	3	9,1		1	4,8	
İhmalkar Tutum	kız	7	41,2	1,000	4	20	0,541
	erkek	13	39,4		7	33,3	
Hoşgörülü Tutum	kız	3	17,6	0,297	12	60	0,630
	erkek	12	36,4		10	47,6	

4.4.2.Ebeveyn Tutumlarının Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi

DEHB’li grup ve kontrol grubunda annenin eğitim düzeyi, anne-baba meslek durumları ile anne baba tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB’li grup ve kontrol grubunda ergenlerin günlük televizyon izleme süreleri, bilgisayar oynama süreleri, düzenli spor yapıp yapmamaları ile anne baba tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan DEHB’li ergenlerin ve kontrollerin kardeşleri arasında kaçınıcı çocuk oldukları ve kardeş sayısı ile anne baba tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB’li grupta ve kontrol grubunda aile bireylerinde ruhsal ve fiziksel rahatsızlık varlığı ile anne baba tutumları anlamlı fark bulunmamıştır.

4.4.3. Ebeveyn Tutumları ve Ders Başarısı Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan ergenlerin ebeveyn tutumları ile ders başarısı arasındaki ilişki tablo 12’de gösterilmiştir. DEHB’li grupta otoriter tutum gösteren ebeveynlerin çocuklarının otoriter olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre ders başarılarının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 12. Ebeveyn Tutumları ve ders başarısı arasındaki ilişki

Ebeveyn Tutumları/Ders Başarısı		DEHB			KONTROL		
		Ortalama	Yüzde	p	Ortalama	Yüzde	p
Demokratik Tutum	<=3	0	0	0,322	1	100	0,146
	4 ve 5	9	21,4		5	12,5	
Otoriter Tutum	<=3	3	37,5	0,044	0	0	1,000
	4 ve 5	3	7,1		2	5	
İhmalkar Tutum	<=3	5	62,5	0,24	0	0	1,000
	4 ve 5	15	35,7		11	27,5	
Hoşgörülü Tutum	<=3	0	17,6	0,086	0	0	0,463
	4 ve 5	15	36,4		22	55	

Ki Kare Testi

4.4.4. Ebeveyn Tutumları ve Baba Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan ergenlerin ebeveyn tutumları ile baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki tablo 13’de gösterilmiştir. DEHB’li grupta tutumlar ve baba eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken kontrol grubunda ihmalkar tutum gösteren ebeveynler arasında baba eğitim düzeyinin anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur ($p<00,5$).

Tablo 13.Ebeveyn Tutumları ve Baba Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki

Ebeveyn Tutumları/Baba eğitim		DEHB			KONTROL		
		Ortalama	Yüzde	p	Ortalama	Yüzde	p
Demokratik Tutum	İlkokul+ortaokul mezunu	3	11,5	0,281	2	10	0,663
	Lise+üniversite mezunu	6	25		4	19	
Otoriter Tutum	İlkokul+ortaokul mezunu	4	15,4	0,669	5	6,5	1,00
	Lise+üniversite mezunu	2	8,3		4,8	0	
İhmalkar Tutum	İlkokul+ortaokul mezunu	13	50	0,225	9	45	0,027
	Lise+üniversite mezunu	7	29,2		2	9,5	
Hoşgörülü Tutum	İlkokul+ortaokul mezunu	6	23,1	0,422	8	40	0,162
	Lise+üniversite mezunu	9	37,5		14	66,7	

Ki Kare Testi

4.4.5. Ebeveyn Tutumları ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan DEHB’li ergenlerin ebeveyn tutumları ile gelir düzeyi arasındaki ilişki tablo 14’de gösterilmiştir. DEHB’li grupta demokratik tutum gösteren ebeveynlerde gelir düzeyinin daha yüksek olanların gelir düzeyi düşük olanlara oranla daha çok olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 14.Ebeveyn Tutumları ve Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki

Ebeveyn Tutumları/Gelir Düzeyi		DEHB			KONTROL		
		Ortalama	Yüzde	p	Ortalama	Yüzde	p
Demokratik Tutum	<=3000	2	7,1	0,032	4	13,3	0,651
	>3000	7	31,8		2	18,2	
Otoriter Tutum	<=3000	3	10,7	1,00	1	3,3	0,47
	<=3000	3	13,6		1	9,1	
İhmalkar Tutum	<=3000	15	53,6	0,055	9	30	0,694
	<=3000	5	22,7		2	18,2	
Hoşgörülü Tutum	<=3000	8	28,6	1,00	16	53,3	1,00
	<=3000	7	31,8		6	54,5	

Ki Kare Testi

4.5.Algılanan Ebeveyn Tutumlarının Benlik Saygısı ile İlişkisi

Araştırmaya katılan ergenlerin algıladıkları anne baba tutumları ve benlik saygısı Tablo 15’de gösterilmiştir. DEHB’li grupta benlik saygısı toplam puanı ve ebeveyn tutumları ile anlamlı ilişki bulunmazken benlik saygısının arkadaş ilişkiler alt faktörü ile ebeveyn tutumları ve benlik saygısının ev yaşantısı alt faktörü ile ebeveyn tutumlarının arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre arkadaş ilişkileri alanında benlik saygısı en yüksek demokratik tutum gösteren ailelerin çocuklarında bulunmuştur. Sonrasında ise sırasıyla hoşgörülü tutum, ihmalkar tutum ve en düşük olarak otoriter tutum gösteren ebeveynlerin çocuklarında bulunmuştur (p=0,026). Ev yaşantısı alt faktörüne göre ise en yüksek benlik saygısının demokratik tutum benimseyen ebeveynlerin çocuklarında olduğu görülmüştür. (demokratik>ihmalkar=hoşgörülü>otoriter)

Kontrol grubunda ise benlik saygısı genel özsaygı faktör puanı otoriter ebeveynlerin çocuklarında diğer tutumlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Kontrol grubunda benlik saygısı okul başarısı alt faktör puanının ise otoriter ebeveynlerin çocuklarında en

yüksek olduğu, sonrasında sırayla demokratik ve hoşgörülü ebeveynlerin çocuklarında, en ihmalkar tutum gösteren ebeveynlerin çocuklarında ise en düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 15. Ebeveyn Tutumları ile Benlik Saygısı ile İlişkisi

Benlik Saygısı Alt Faktör/Tutumlar	DEHB p	Kontrol p
Benlik saygısı toplam puan/tutumlar	0,064	0,255
Benlik saygısı genel özsaygı/tutumlar	0,134	0,034
Benlik saygısı arkadaş ilişkileri/tutumlar	0,026	0,675
Benlik saygısı okul yaşamı/tutumlar	0,371	0,578
Benlik saygısı okul başarısı/tutumlar	0,145	0,032
Benlik saygısı kırılganlık/tutumlar	0,879	0,797
Benlik saygısı aile/tutumlar	0,822	0,360
Benlik saygısı ev yaşantısı/tutumlar	0,014	0,187
Benlik saygısı özgüven/tutumlar	0,158	0,695
Benlik saygısı kendini kabul/tutumlar	0,538	0,183

Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi Testi

4.6. Araştırmaya Katılan Ergenlerin CBCL Alt Ölçek Puanları

Araştırmaya katılan DEHB’li ergenler ile kontrol grubundaki ergenler arasında CBCL’in tüm alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmaya katılan ergenlerin algıladıkları anne baba tutumları ve benlik saygısı tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Ergenlerin CBCL alt ölçek puanları

CBCL	DEHB (n=50)		KONTROL (n=41)		p
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
İçe Yönelim	12,44	8,02	5,90	4,01	0,000
Dışa Yönelim	11,7	9,53	3,48	3,42	0,000
Sosyal İçe Dönme	3,98	2,97	2,09	2,10	0,001
Somatik yakınmalar	2,84	3,32	1,34	1,19	0,004
Sosyal sorunlar	5,98	4,00	1,85	2,42	0,000
Düşünce sorunları	2,98	2,98	1,07	1,92	0,000
Dikkat sorunları	8,78	4,21	2,14	1,45	0,000
Karşı gelme	2,70	2,82	0,63	1,04	0,000
Saldırganlık	9,08	7,15	2,85	2,78	0,000
Anksiyete depresyon	5,62	3,91	2,46	1,93	0,000

T testi

4.7. Araştırmaya Katılan DEHB'li Ergenlerin Weiss İşlevsellik Düzeyleri

Araştırmaya katılan ergenlerin algıladıkları anne baba tutumları ve benlik saygısı Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. DEHB’li ergenlerin Weiss toplam puanları ve puan ortalamaları

Weiss	DEHB (n=50)	
	Ortalama	Standart Sapma
Aile toplam puan	6,02	5,55
Aile puan ortalaması	0,62	0,55
Okul öğrenme toplam puan	4,22	3,08
Okul öğrenme puan ortalaması	1,02	0,76
Okul davranış toplam puan	1,45	1,85
Okul davranış puan ortalaması	0,23	0,29
Yaşam becerileri toplam puan	8,25	4,29
Yaşam becerileri puan ortalaması	0,84	0,41
Benlik saygısı toplam puan	2,37	2,16
Benlik saygısı puan ortalaması	0,82	0,78
Sosyal etkinlikler toplam puan	3,68	4,02
Sosyal etkinlikler puan ortalaması	0,52	0,52
Riskli eylemler toplam puan	1,39	2,37
Riskli eylemler puan ortalaması	0,19	0,43

T Testi

4.8. Algılanan Ebeveyn Tutumları ile CBCL Ölçeği Puanları ile İlişkisi

Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveyn tutum algıları ile ebeveynleri tarafından değerlendirildikleri CBCL içe yönelim ve dışa yönelim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmaya katılan ergenlerin ebeveyn tutum algıları ile CBCL ölçeği puanları ile ilişkisi tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Algılanan ebeveyn tutumları ile CBCL Ölçeği Puanları ilişkisi

p DEĞERİ	İçe Yönelim	Dışa Yönelim
Tutumlar	0,104	0,159

Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi Testi

4.9. Algılanan Ebeveyn Tutumları ile Weiss Ölçeği Puanları ile İlişkisi

Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveyn tutum algıları ile DEHB işlevselliğini ölçen Weiss ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan ergenlerin ebeveyn tutum algıları ile Weiss ölçeği puanları ile ilişkisi tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Algılanan ebeveyn tutumları ile Weiss alt ölçek puanları ilişkisi

p DEĞERİ	W. aile	W. okul öğrenme	W. okul davranış	W. yaşam becerileri	W. benlik saygısı	W. sosyal etkinlik	W.riskli eylemler
Tutumlar	0,203	0,962	0,055	0,328	0,175	0,431	0,653

Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi Testi

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı polikliniğine başvuran DEHB ve/veya DEHB+KOKGB tanılı, yaşları 10-14 arasında bulunan ergenlerin ve aynı yaş aralığındaki herhangi bir psikopatolojisi bulunmayan ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumları ile benlik saygıları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ergenlerin tümü düzenli aralıklarla DEHB polikliniğinde takiplerine gelmektedir ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna yönelik ilaç tedavisi almaktadır. Kontrol grubu ise Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Çocuk Hastalıkları polikliniklerinden DEHB'li gruba benzer sosyodemografik özelliklere sahip, yapılan yarı yapılandırılmış görüşme sonucu herhangi bir psikopatoloji saptanmayan hastalardan seçilmiştir. Çalışmaya katılan ergenler ve ebeveynlere verilen formlar doldurulmasının ardından değerlendirilip, eksik bırakılmış kısımlar bir sonraki görüşmede tekrar verilerek doldurulması sağlanmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerine sosyodemografik bilgi formu verilmiştir. İlgili ölçekleri eksiksiz dolduran ve güvenli bulunan 91 kişi çalışmaya alınmıştır.

Her iki grubun yaş ve cinsiyetleri arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktu. Ancak cinsiyet özellikleri açısından erkeklerin sayısı her iki grupta daha fazla idi. DEHB klinik örneklemelerinde toplumsal örneklemelere göre erkek sıklığının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda DEHB'li gruba 17'si(%34) kız, 33'ü(%66.0) erkek ergen hasta katılmıştır.102 çalışmanın yer aldığı bir meta analiz çalışmasında DEHB yaygınlığının erkeklerde 2,4 kat fazla olduğu gösterilmiştir.^{31,166}Epidemiyolojik örnekleme kız - erkek oranı 1/3 iken, klinik örnekleme bu oranın 1/9 olduğu saptanmıştır.¹⁶⁷Çalışmamızda erkek cinsiyetin fazla olması yazın ile uyumlu bulunmuştur. Newcorn ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bu durumun erkeklerin daha fazla dışsallaştırıcı davranış problemi ve okuma ve matematik konusunda öğrenme bozukluğu sergilemesinden kaynaklandığı belirtmektedir.¹⁶⁸

DEHB grubundaki olgular alt tiplerine bakıldığında, olguların %68'inin Bileşik tip, %28'inin Dikkat Eksikliği Baskın Tip, %4'ünün Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip şeklinde gruplandığı görülmüştür. Yazın bilgilerine göre DEHB grubu klinik örnekleminde en sık görülen alt tip Bileşik tip olup bunu sırasıyla Dikkat Eksikliği Baskın Tip ve Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip izlemektedir. Bazı çalışmalarda çocuklarda DEHB

Bileşik tip %43-79 oranında bulunurken, DEHB-DE'de %8-37 ve DEHB-HA'da %5-29 oranlarında bulunmaktadır.¹⁶⁹⁻¹⁷¹ Bu çalışmada yazın bilgileriyle uyumlu veriler elde edilmiştir.¹⁷²

DEHB tanılı ergenlerin % 40 eşlik eden Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu bulunduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan DEHB'li ergenler DEHB polikliniğinden seçildiğinden dolayı KOKGB dışında komorbiditeleri bulunmamaktadır. Ancak yazın bilgilerine göre KOKGB DEHB'ye %20.6-80 oranında eşlik etmektedir.¹⁷³ Bizim çalışmamızda eşlik etme oranıyla benzer bulunmuştur.

Gruplar arasında anne baba eğitimi, anne baba çalışma durumu, birliktelik durumu, aile yapısı değişkenlerinde anlamlı fark bulunmamıştır ancak parçalanmış aile yapısı kontrol grubunda hiç bulunmazken, DEHB'li grupta %8 oranında bulunmaktaydı. Biederman ve arkadaşları yazında, parçalanmış aileden gelme oranının DEHB'li olgularda, sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğünü bildirilmektedir.⁶¹ Çalışmamızda DEHB'li ergenlerin kontrol grubuna göre daha fazla parçalanmış aile yapısına sahip olması bu yazın ile açıklanabilmektedir. Çalışmamızda kontrol grubunun gelir düzeyi DEHB'li gruba göre daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Yapılan bir araştırmada düşük sosyoekonomik düzey, evlilik sorunları, annenin psikopatolojisinin olması çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur.¹⁷⁴ Çalışmamız yine bu anlamda yazınla uyumlu bulunmuştur.

Örneklemin kardeşlerine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerinden tek çocuk olma, kardeş sayısı, doğum sırası değişkenleri açısından grupların dağılımlarının benzer olduğu görülmüştür.

DEHB'li grup ile kontrol grubunun ders başarısı arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte DEHB'li hastalarda ders başarısı 5 üzerinden 3'ten düşük olanların kontrol grubuna göre daha fazla sayıda olduğu görülmüştür. (%16 vs % 2,4) Yapılan çalışmalarda DEHB'li çocukların ders başarılarının sağlıklı yaşlılarına oranla düşük bulunduğu bunun ergenlikte de devam ettiği bildirilmiştir.¹⁷⁵ İki bin sekizde yapılan 8 yıllık uzunlamasına bir çalışmada 4 ila 6 yaşları arasında DEHB tanısı almış olmanın ergenlikte düşük akademik performans ile ilişkisi gösterilmiştir.¹⁷⁶ 2013 yılında yapılan bir araştırmaya göre DEHB'de ilaç tedavisinin akademik başarıya bir katkısının olmadığını belirtmiştir.¹⁷⁷

Olguların psikiyatrik soygeçmişleri değerlendirildiğinde DEHB'li gruba göre kontrol grubunda ailede psikiyatrik bozukluk tanısı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. DEHB'li çocukların ailelerinde depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansının yüksek olduğu bilinmektedir ve özellikle KOKGB ile komorbid DEHB'li çocukların aileleri psikopatoloji geliştirme açısından daha büyük riske sahiptir.¹⁷⁸ DEHB'li çocukların olumsuz tutum ve davranışları anne-babaların psikiyatrik başvurularına neden olmaktadır. DEHB'li çocuğu olan annelerin, DEHB tanısı konmamış çocukların annelerine göre hem genel, hem de annelik rolüne özgü psikolojik güçlükleri daha çok yaşadıkları, yetersiz annelik duygularına sahip oldukları görülmüştür.^{179,180}

Çalışmamızda DEHB grubunda aile öyküsünde DEHB tanısı sıklığının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. DEHB'nin ailesel geçiş özelliğinin yüksek olduğu çeşitli aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında gösterilmiş ve hastalığın genetik aktarılabirliğinin %76 gibi yüksek bir oranda olduğu saptanmıştır.¹⁸¹ Uluslararası yazında, DEHB tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinde DEHB tanısının genel popülasyona göre 2 ila 8 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{182,183} Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde yüksek oranlar (%6.8-%39.1) saptanmıştır.^{184,185} Çalışmamızda bulunan sonuçlar yazınla uyumlu bulunmuştur.

Hasta grubu poliklinik değerlendirilmeleri sonrası tedaviye başlanmış olup çalışma sırasında tedavileri devam etmekteydi. Bu ilaç tedavilerinin büyük çoğunluğunda tek başına ya da kombine tedavi olarak metilfenidat veya atomoksetin kullanılmaktaydı.

Çalışmamızda; ergenlerin annelerinin ve babalarının çoğunun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Anne - baba eğitim düzeyi ile DEHB arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, anne babanın eğitim düzeyi düştükçe DEHB oranlarının anlamlı oranda arttığını bildirmiştir.¹⁸⁶ Çalışmamızda ilkokul mezunu anne ve baba yüzdesi daha fazla bulunmuştur. Bu da yazını desteklemektedir.

Örneklemin benlik saygısını değerlendirmek için Coopersmith Özsaygı Envanteri kullanılmıştır. Ölçeğin toplam ve alt faktör puanları gruplar arasında değerlendirilmiştir. Ölçekte genel özsaygıyı ölçen 'genel özsaygı', arkadaş ilişkilerindeki özsaygıyı ölçen 'arkadaş ilişkileri', okulla ilgili özsaygıyı ölçen 'okul yaşamı', okulda kendini ne ölçüde başarılı hissettiğini ölçen 'okul başarısı', 'kırılganlık', 'aile', 'ev yaşantısı', 'özgüven', 'kendini kabul' şeklinde alt faktörleri vardır. DEHB'li grupta toplam benlik saygısı 38,22±

8,02 kontrol grubunda ise total benlik saygısı $43,75 \pm 7,37$ şeklinde bulunmuştur. DEHB ve kontrol grubu arasında toplam benlik saygısı ve genel özsaygı alanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Kontrol grubunun toplam benlik saygısı ve genel özsaygısı DEHB'li gruba daha yüksek olduğu görülmüştür.

Literatürde DEHB'de benlik saygısının araştırıldığı birçok yayın vardır. Bunlardan Slomkowski ve arkadaşları, 1995 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DSM-III ölçütleri ile DEHB tanısını koydukları 65 DEHB'li olgunun benlik saygısını Weis ve Hechtman'ın 1986'da tanımladığı 11 maddeli bir anket ile değerlendirmişler (altı başlık; fizik görünüm, entellektüalite, genel sağlık, yaratıcılık, fiziksel beceriklik, sosyal beceriklik) ve 62 sağlıklı kontrol ile karşılaştırmışlardır. DEHB grubundaki çocukların anketteki altı başlıklı alt-değerlendirmede kontrol grubuna göre anlamlı düzeylerde düşüklüğün bulunduğunu göstermişlerdir.¹⁸⁷

Dumas ve Pelletier, 1999 yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB'de benlik kavramı ve benlik algısını araştırmışlardır. Yaşları 6-11 yaş arasında 57'si DEHB'li (20 kız ve 37 erkek) ve 59'u (25 kız ve 34 erkek) kontrol grubu olan 116 çocuğa altı adet tanımlanmış alt testten oluşan Çocuklar için Benlik Algısı Profilini uygulamışlardır. Sonuçta, sportif yeterlilik hariç, benlik kavramının tüm boyutlarını DEHB'li çocuklarda kontrol grubundaki çocuklara göre daha düşük olarak bulmuşlardır.⁴

Shaw-Zirt ve arkadaşları, 2005 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB'li ergenlerin uyum, sosyal beceriler ve benlik saygısını değerlendirmişlerdir. Bu amaçla DEHB'li 21 kolej öğrencisi, bu öğrencilerle yaş, cinsiyet ve not ortalaması yönünden benzer ama belirgin DEHB semptomları göstermeyen 20 öğrenci ile karşılaştırmışlardır. DEHB belirtileri taşıyan öğrencilerin benlik saygılarını daha düşük ve sosyal işlevsellik ve okul işlevselliklerini daha az olarak bulmuşlardır.⁵

Barber ve arkadaşları 2005 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB tanısı konmuş çocuklarla bu teşhisin konmadığı çocukların benlik kavramlarını karşılaştırmışlardır. Bu çalışmaya yaşları 8-12 yaş arasında değişen, 38'i DEHB'li ve 39'u sağlıklı toplam 77 çocuk kabul edilmiş, çocuklara okul çağı çocuklarının benlik kavramlarını ölçmek üzere tasarlanan "Çocuklar İçin Hazırlanmış Benlik Kavramı Profili Anketi" uygulanmıştır. Sonuçta DEHB grubu çocukların belirgin derecede düşük benlik kavramı ve kontrol

grubundaki çocuklarla karşılaştırıldığında davranış kontrolü alt skalasında daha düşük bir puana sahip oldukları saptanmıştır.⁶

Edbom ve arkadaşları, 2008 yılında yayınlanan bir çalışmalarında, DEHB semptomları ile benlik saygısının gelişmesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bu çalışmada toplum temelli örneklemden ikiz DEHB'lileri 8 yaşında iken ve 13 yaşında iken değerlendirilmişlerdir. Birincisinde ve ikincisinde anne-babalara çocukları hakkında ölçek doldurulmaları istenmiş, ikincisinde çocukların da benlik saygısı ile ilgili "Youth Self Report (YSR)" ölçekler de uygulanmıştır. DEHB semptomları ve benlik saygısı analiz edildiğinde, DEHB semptomlarının 8-13 yaşlar için anne-baba bildirimlerinin yüksek skorlar içerdiği, 13 yaşındaki benlik saygısı geri bildirimlerinin düşük olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak populasyon temelli örnekleme uzun dönem DEHB semptomları düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir.⁷

Ülkemizde Göker ve ark. 2011 yılında yayınlanan çalışmalarında DEHB'li çocuk ve ergenlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında 7-15 yaş aralığında DEHB tanısı konulan 50 çocuk, ergen ile anne babaları ve kontrol grubu olarak da 30 çocuk, ergen ile anne babaları alınmıştır. Hastalara ve kontrol grubuna Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Ölçek son uçları 'benlik saygısı yüksek', 'benlik saygısı yüksek değil' şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirildiğinde DEHB'li grupla kontrol grubu arasında kontrol grubunu lehine anlamlı fark bulunmuştur.⁸

DEHB ile benlik saygısı ilişkisini araştıran tüm bu çalışmalarda; DEHB'li çocuk ve ergenlerin benlik saygılarının etkilendikleri karşılaştırıldıkları kontrol grubuna göre bu etkilenmenin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamız bu anlamda mevcut yazınla uyumlu bulunmuştur.⁶

Araştırmamızda benlik saygısı düzeyi üzerine bağımsız değişkenlerin etkisini araştırmak için her bağımsız değişken, total ve alt faktör benlik saygısı puanlarına göre her iki grup için de karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirmeye göre benlik saygısı total puanı DEHB'li grupta ders başarısı yüksek olan ergenlerde ders başarısı düşük olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda benlik saygısının hem DEHB’li grupta hem de kontrol grubunda cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. DEHB’de benlik saygısına cinsiyetin etkisini araştıran çalışmalardan Ek ve arkadaşlarının, 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada Piers-Harris Ölçeği uygulanmış, kızlarda daha düşük benlik saygısı, daha az ruhsal iyi olma hali, daha zayıf anne-baba ve akran ilişkisi saptamışlardır.¹¹ Bu çalışmada DEHB’li çocuklarda ve eşik altı semptomları bulunan dikkat eksikliği ve/veya öğrenme problemleri bulunan çocukların benlik saygısı değerlendirilmiş, toplum temelli örnekten, 10 ve 11 yaş grubundaki DEHB/eşik altı DEHB bulunanlar ile, hafif dikkatsizlik ve/veya öğrenme problemi bulunanlar hedef seçilmiştir. Kızlar ve erkeklerin verdikleri yanıtlar ayrı ayrı incelenmiştir. Sonuç olarak DEHB’li/eşik altı DEHB’si bulunan çocukların referans popülasyon ile aralarında global benlik saygısı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamız bu yazınla uyumlu bulunmuştur. Ancak çalışmamızda benlik saygısı alt faktörlerine bakıldığında DEHB’li grupta ev yaşantısı alt faktörü, kontrol grubunda ise aile alt faktörü erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aile ve ev yaşantısı faktörlerinin anne babanın çocuktan beklentileri, anne baba tarafında anlaşılma, evde çocukla ilgilenilmesi şeklinde ortaklıkları göz önünde bulundurulduğunda erkeklerde kızlara oranla bu alanlarda benlik saygısının daha yüksek olmasının nedeni kültürel açıdan ailelerin erkek çocuklarıyla ilgili daha fazla beklentiye sahip olmaları, erkek cinsiyetin daha fazla yüceleştirilmesi ve bunun yansıtılması ile ilgili olabilir.

Literatürde DEHB’de benlik saygısının potansiyel yordayıcılarından biri de psikostimulan kullanımı olarak bildirilmiş ve bunun DEHB’li çocukların benlik saygılarını etkileyebileceği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda çalışma dizaynı yalnızca tanısı konmuş ve tedavi almakta olan ergenlerin ölçeklerle değerlendirilmesi esasına dayandığı için, ilaç kullanımının benlik saygısına etkisi değerlendirilememiştir. Bu şekilde bir izlemin yapılarak tedavi ile sonuçlardaki değişikliğin saptanabilmesi tedavinin etkinliğini gözleyebilmek açısından önemli olacaktır.

Çalışmamızda interneti ve bilgisayarı gün içinde daha çok kullananların benlik saygısı daha az kullananlara oranla düşük bulunmuştur. Koch ve Pratarelli yaptıkları bir çalışmada içe dönük ve kendini olumsuz algılayan kişilerin isimsiz sosyal aktiviteler açısından interneti çok daha fazla kullandıklarını tespit etmişlerdir.¹⁸⁸ Armstrong, Phillips ve Saling’in yaptıkları bir çalışmada öz saygısı düşük olan ve gerçek yaşam sorunlarından

kaçanların internette daha fazla zaman geçirdiklerini ve özsaygının internet bağımlılığında belirleyici bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir.¹⁸⁹ Lin ve Tsai ergenlerin düşük benlik saygısı ya da uyum problemleri ile başa çıkabilmek için sağlıklı internet kullanım davranışları sergilediğine dair bulgulara ulaşmıştır.¹⁹⁰ Güney Kore’de 752 ergenle yapılan bir çalışmada problemlerli internet kullanımının sağlıklı yaşlılarına oranla DEHB’li çocuklarda daha fazla olduğu bulunmuştur.¹⁹¹ Tayvan’da 216 üniversite öğrencisiyle yapılan bir diğer çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.¹⁹² Türkiye’de Mersin ilinde DEHB’li 75 ergenle yapılan bir çalışmada ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelenmiş ve sonucunda benlik saygısı düşük olan ergenlerin sosyal medya bağımlılıkları nispeten daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁹³ DEHB’li bireylerde internet kullanımının daha fazla olması DEHB’nin planlama organize etme becerilerindeki eksiklikten dolayı internet kullanımı konusunda kendilerine bir kısıtlama getirememeleriyle açıklanabilir. Ayrıca DEHB’li çocukların genellikle internette oyun oynamaları ve internetten oyunlarının ödülünü hiç gecikme olmadan alması DEHB’deki ödül ertelenmesine tahammülsüzlük özelliğini vurgulamaktadır. Ayrıca aşırı internet kullanımı DEHB’li bireylerde zayıf sosyal becerileri, kişilerarası zorluklar için kompensatuar bir aktivite olabilmektedir.¹⁹¹ Çalışmamızda DEHB’li ergenlerde internet kullanımı daha fazla olanlarda benlik saygısının daha düşük olması bu çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda ders başarısı yüksek olan DEHB’li ergenlerde benlik saygısı total puanı, benlik saygısı genel özsaygı ve ders başarısı alt faktörleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. DEHB’li ergenlerde akademik başarının sağlıklı yaşlılarına göre daha düşük olduğu bilinmektedir. Ayrıca benlik saygısı düşük DEHB’li çocuklar kötü akademik performans, başarısız akran ilişkileri, düşük kendilik algısı için risk altındadır.¹⁹⁴ DEHB’li çocuklar derse katılmakta zorlandıklarından dolayı, bu durum hem kişilerarası ilişkilerinin gelişimini, hem de akademik başarılarını etkilemekte bunların sonucunda da davranışlarını yönetme ya da öğrenmede zorluk yaşamalarına neden olmakta nihayetinde benlik saygılarını etkilemektedir.¹⁹⁵ Bu veriler DEHB’li çocuklarda ders başarısı ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi açıklayabilir.

Bu çalışmada ebeveyn tutumları ‘Anne Baba Tutum Ölçeği’ kullanılarak değerlendirilmiştir. DEHB’li grupta demokratik tutum gösteren ebeveynler %18, otoriter

tutum gösteren ebeveynler %12, ihmalkar tutum gösteren ebeveynler %20, hoşgörülü tutum gösteren ebeveynler %15, kontrol grubunda ise sırasıyla %6,8, %3,6, %26,8, %53,7 şeklinde dağılımının olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak hoşgörülü tutum gösteren ebeveynler kontrol grubunda DEHB'li gruba oranla anlamlı olarak daha fazladır. Diğer tutumlarda anlamlı fark gözlenmemekle birlikte hoşgörülü tutum haricinde diğer tutum gösteren ebeveynlerin DEHB'li grupta daha fazla oldukları bulunmuştur. Anne Baba Ölçeği'nin (Parenting Scale) DEHB'li çocukların ebeveynleri üzerinde yürütülen geçerlik çalışmasında pür DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin, DEHB'si olmayan çocukların ebeveynleri ile benzer ebeveyn tutumları kullandıkları bildirilmiştir.¹⁹⁶ Aradaki farkın örneklem grubunun küçüklüğünden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Ancak çalışmamızda hoşgörülü tutumun anlamlı olarak kontrol grubunda DEHB'li gruba göre daha fazla olması, DEHB'li çocukların ailelerinin daha çok kişiler arası çatışmalar yaşaması, artan annelik stresi, artan evlilik çatışmaları, ayrılıklar, boşanmalar sonucu çocuklarına karşı daha az müsamahakar olmalarına ve çocukları tarafından daha az hoşgörülü olarak algılanmalarına neden olmuş olabilir. DEHB'li çocukların annelerinin çocukla ilgi eksikliğinin bir sonucu olarak otoriter ve azarlayıcı bir ebeveynlik stiline sahip oldukları belirtilmektedir.¹⁹⁷ Çalışmamızda DEHB'li ailelerin otoriter tutumu kontrol grubunda ailelere oranla daha fazla gösteriyor olması bu yazınla uyumlu bulunmuştur. Hiperaktif çocukların ebeveynlerinin daha az sevecen ve daha çok kontrolcü oldukları veya normal çocukların ebeveynlerinden daha fazla ihmalkar bir tarz sergiledikleri belirtilmiştir.¹⁹⁸ Çalışmamızda DEHB'li ailelerin daha fazla otoriter ve ihmalkar tutum sergilemeleri de bu yayınla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamızda ebeveyn tutumlarına bağımsız değişkenlerin etkisini araştırmak için her bağımsız değişken dört grup için de karşılaştırılmıştır. Ebeveyn tutumları ile cinsiyet, anne eğitim düzeyi, anne-baba meslek, ruhsal ve fiziksel rahatsızlık varlığı ile ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda annenin psikopatoloji varlığı ile ebeveyn tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmamasına karşın, ruhsal patolojisi olan annelerin büyük bir kısmının ihmalkar tutum gösterdiği görülmüştür. DEHB'li çocukların olumsuz tutum ve davranışları anne-babaların psikiyatrik başvurularına neden olmaktadır. DEHB'li çocuğu olan annelerin, DEHB tanısı konmamış çocukların annelerine göre hem genel, hem de annelik rolüne özgü

psikolojik güçlükleri daha çok yaşadıkları, yetersiz annelik duygularına sahip oldukları görülmüştür.^{179,180} Ayrıca literatürde depresif annelerin daha olumsuz anne-babalık tutumu gösterdikleri bildirilmektedir.^{199,200} Çalışmamız bu anlamda yazınla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda DEHB’li grupta ebeveyn tutumları ile ders başarısı arasındaki ilişkiye bakıldığında, otoriter tutum gösteren ebeveynlerin çocuklarında ders başarısının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum DEHB’li ergenlerin dersin başına oturmakta zorlanmaları, ebeveynlerin bundan dolayı sağlıklı ergenlerin ebeveynlerine kıyasla ders konusunda baskıcı olabilmeleri, taviz göstermemeleri ve neticede otoriter tutum göstermeleri, otoriter tutumla ergenlerin katı tutum ve cezadan kaçınmak için derslerine daha fazla ilgi göstermeleriyle ilgili olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda gelir düzeyi ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiye bakıldığında DEHB’li grupta demokratik tutum gösteren ebeveynlerin anlamlı olarak daha yüksek gelir düzeyine sahip oldukları görülmüştür. DEHB’li grubun anlamlı olarak gelir düzeyi kontrol grubundan az olmasına karşın, DEHB’li grup içinde gelir düzeyi daha yüksek olanların çoğunun demokratik tutum göstermesi DEHB’li grupta gelir düzeyi daha yüksek olan ebeveynlerin tutumlar konusunda aldıkları danışmanlığı daha iyi uygulayabildiklerini düşündürmüştür.

Hasta ve kontrol grubunun anne baba tutum ölçeği ve benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puanların birbiri ile korelasyonlarına bakılmış ve anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde ülkemizde yapılan araştırmalarda çocukların demokratik anne- baba tutum algılarının artmasına paralel olarak benlik saygılarının arttığı, otoriter ve koruyucu anne-baba tutum algısının yükseldikçe benlik saygıları düştüğü bulunmuştur. Baykara’ya göre, destekleyici ebeveyn ilişkisi her iki cinsiyette de benlik saygısını olumlu yönde etkilemektedir.²⁰¹ O’brein ve arkadaşları agresif aile çatışmasının çocuklarda düşük benlik saygısını yordayıcı bir değişken olduğunu ifade etmektedir.²⁰¹ Şahin’e göre ise, anne-babanın çocuğa ilgisiz davranışı, onun benlik saygısını baskıcı ve cezalandırıcı bir tutumdan daha çok düşürmektedir.²⁰² Çalışmamızda küçük bir örneklem grubunun seçilmesine bağlı olarak da sonucun böyle çıkmış olabileceğini düşündürmüştür.

Benlik saygısının arkadaş ilişkileri alt faktörü ile ebeveyn tutumları ve benlik saygısının ev yaşantısı alt faktörü ile ebeveyn tutumlarının arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna

göre arkadaş ilişkileri alanında benlik saygısı en yüksek demokratik tutum sonrasında ise sırasıyla hoşgörölü tutum, ihmalkar tutum ve en düşük olarak otoriter tutum gösteren ebeveynlerin çocuklarında bulunmuştur. Ev yaşantısı alt faktörüne göre en yüksek benlik saygısı demokratik tutum benimseyen ebeveynlerin çocuklarında olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda ise benlik saygısı genel özsaygı alt faktör puanının otoriter ebeveynlerin çocuklarında diğer tutumlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Mevcut literatürde çalışmamıza benzer şekilde benlik saygısı alt faktörleriyle ebeveyn tutumlarının ilişkisini araştıran bir yazına rastlanmamıştır. DEHB’li grupta demokratik tutum gösteren ebeveynlerin çocuklarında benlik saygısının arkadaş ilişkileri alt faktörünün yüksek olması ebeveynlerin DEHB’li çocuklarda görülen emosyonel düzenleme/irritabilite sorunları benzeri belirtilerinin varlığı ve bu belirtilerin akran ilişkilerinde yaşatabileceği zorlukları göz önünde bulundurmalarıyla ilişkili olabileceği düşündürmüştür. Ayrıca akran ilişkilerinde yaşayabilecekleri sorunlar konusunda daha erken önlemler alabildiklerini, çocuklarının arkadaş ilişkilerinde olumlu arkadaş ilişkileri örüntülerini desteklediklerini ve bu nedenle de DEHB’li çocukların arkadaş ilişkileri konusunda benlik saygılarının artabileceğini düşündürmüştür.

Demokratik tutumu benimseyen ebeveynler sınırları net çizerken çocuğun bireysel ihtiyaçlarına karşılık vererek yeterli disiplini sağlamayabilmekle birlikte çocukla iletişimde yeterli ebeveynlerdir. Bu ebeveynler ev yaşantısı anlamında çocuklarını anlayıp, duygusal ihtiyaçlarına karşılık vermektedir. Bunun da demokratik tutumla yetişen DEHB’li çocuklarda benlik saygısı ev yaşantısı alt faktörünün yüksek çıkmasına neden olabileceğini düşündürmüştür. DEHB’li çocuğu olan ebeveynlerin poliklinik başvurularından itibaren düzenli olarak olumlu tutumlar konusunda bilgilendirilmesi de bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Çalışmaya 37 kız, 54 erkek ergen hasta katılmıştır. DEHB'li grubun 17'si kız 33'ü erkek; kontrol grubunun 20'si kız, 21'i erkektir.
- DEHB'li hastaların 40'ının annesinin çalışmadığı, 10'unun annesinin çalıştığı gözlenmiştir. Kontrol grubunda ise 2'sinin babasının çalışmadığı, 48'inin babasının çalıştığı bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan DEHB'li ergenlerin ailelerinin 36'sı çekirdek aile, 10'u geniş aile, 4'ü parçalanmış aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur.
- Çalışmaya alınan DEHB'li hastaların hepsi tedavi almaktaydı.
- DEHB'li ergenlerin benlik saygısı toplam puan ortalaması; $38,22 \pm 8,02$, kontrol grubundaki ergenlerin ise toplam puanı; $43,75 \pm 7,37$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında toplam benlik saygısı düzeyi, genel özsaygı ve ev yaşantısı alanlarında anlamlı fark bulunmuştur.
- DEHB'li ergenlerin benlik saygısı toplam düzeyi ve benlik saygısı genel özsaygı ile okul başarısı alt faktör düzeyleri ders başarısı yüksek olanlarda düşük olanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
- DEHB'li grupta anne ve babanın eğitim düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- DEHB'li grupta kardeş sayısı ile benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- DEHB'li ergenlerin benlik saygısı toplam düzeyi ve kendini kabul alt faktör düzeyi günde 2 saatten daha az süreyle bilgisayar oynayanlarda daha yüksek bulunmuştur.
- DEHB'li grup ve kontrol grubunda annenin eğitim düzeyi, anne-baba meslek durumları ile anne baba tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- Ebeveyn tutumları açısından DEHB'li grupta ebeveynlerin %18'i demokratik, %12'si otoriter, %40'ı ihmalkar, %15'i ise hoşgörülü tutum sergilediği bulunmuştur.

- Ebeveyn tutumları açısından kontrol grubundaki ebeveynlerin %6.8'sinin demokratik, 3,6'sının otoriter, %26,8'inin ihmalkar, %53,7'sinin ise hoşgörülü tutum sergilediği bulunmuştur.
- Hoşgörülü tutum açısından DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan DEHB'li ergenlerin ve kontrollerin kardeşleri arasında kaçınıcı çocuk oldukları ve kardeş sayısı ile anne baba tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- DEHB'li grupta ve kontrol grubunda aile bireylerinde ruhsal ve fiziksel rahatsızlık varlığı ile anne baba tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- DEHB'li grup ve kontrol grubunda annenin eğitim düzeyi, anne-baba meslek durumları ile anne baba tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- DEHB'li grupta otoriter tutum gösteren ebeveynlerin çocuklarının otoriter olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre ders başarılarının daha düşük olduğu bulunmuştur.
- DEHB'li grupta tutumlar ve baba eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- DEHB'li grupta demokratik tutum gösteren ebeveynlerde gelir düzeyinin daha yüksek olanların gelir düzeyi düşük olanlara oranla daha çok olduğu bulunmuştur.
- Hem DEHB'li grupta hem de kontrol grubunda toplam benlik saygısıyla ebeveyn tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- DEHB'li grupta benlik saygısının arkadaş ilişkiler alt faktörü ile ebeveyn tutumları ve benlik saygısının ev yaşantısı alt faktörü ile ebeveyn tutumlarının arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan DEHB'li ergenler ile kontrol grubundaki ergenler arasında CBCL'in tüm alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- DEHB konusunda aile ve özellikle anne tutumları konusunda yapılan çalışmaların yeterli olmadığı, bu nedenle daha geniş örneklem sayısı ve daha fazla araştırmalar yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.
- DEHB olan çocuklara sahip ailelere, ana-baba eğitimi ve danışmanlığı verilmesi ve ailelerin bilgilendirilmesi sağlanabilir.
- Çocuklarda, olumlu benlik saygısının geliştirilmesine yönelik okullarda rehberlik çalışmaları yapılmalı ve bu çalışmalara ailelerin katılmaları sağlanmalıdır.
- Ailelerin, DEHB olan çocuklarını benlik saygılarını yükseltmek amacıyla, yetenekleri göz önünde bulundurularak, başarıyı sağlayacakları aktivitelere yönlendirmeleri sağlanmalıdır.

6.3. Kısıtlılıklar

- Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri kesitsel bir çalışma olmasıdır. Neden sonuç ilişkisinin ortaya konması için en uygun araştırma tiplerinin uzunlamasına kohort tipi araştırmalar olduğu göz önüne alınırsa çalışmamızın tasarımı önemli bir kısıtlılıktır.
- Çalışmamızın kliniğimize başvuran hastalarla yapılması DEHB belirtileri daha şiddetli olan olguların çalışmaya dâhil olmasına neden olmuş olabilir. Bu durum sonuçlarımızın topluma genellenmesine engel olabilir. İleride yapılacak araştırmalarda DEHB’li çocukların okuldan taranıp toplanmasıyla bu problem aşılabılır.
- Çalışmamızda hasta grubundaki ergenlerin hepsi ilaç tedavisi almakta olan olgulardı. İleride yapılacak çalışmalarda ilaç tedavinin etkisini araştırmak amacıyla hem ilaç tedavisi alan hem de almayan iki farklı hasta grubuyla çalışmalar yapılması bu konunun aydınlatılmasına yardımcı olacaktır.
- Çalışmamızın kısıtlılıklarından bir diğeri ise grupların örneklem sayılarının küçük olmasıdır. Daha geniş örnekleme yapılacak çalışmalar konuyla ilgili daha güvenilir sonuçların bulunmasını sağlayacaktır.

7.ÖZET

Amaç: DEHB, çocuk psikiyatrisi kliniğinde en sık karşılaşılan kronik hastalıktır. DEHB'nin ergenlerde benlik saygısını etkilediği bilinmektedir. Ebeveyn tutumları ise benlik saygısını etkileyen en önemli etkenlerden biridir. Bu araştırmada DEHB olan, yaşları 11-14 arasında bulunan ergenlerin benlik saygısı ve algıladıkları ebeveyn tutumlarını saptamak, DEHB'li ergenlerde ebeveyn tutumlarının benlik saygısına etkisini görmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemi Koaceli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 11-14 yaş grubunda bulunan toplam 50 DEHB'li ergen ve onların anne babalarından, kontrol grubu yaşları eşleştirilmiş sağlıklı 41 ergen ve onların anne babalarından oluşmuştur. Araştırmada çocukların benlik saygısı "Coopersmith Özsaygı Envanteri" ile; algılanan ebeveyn tutumları "Anne Baba Tutum Ölçeği" ile ölçülmüş, sosyodemografik özellikler sosyodemografik veri formu ile saptanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya DEHB grubunda 17 kız, 33 erkek; kontrol grubunda ise 20 kız, 21 erkek ergen katılmıştır.. DEHB'li grubun benlik saygısı düzeyi toplam puan ortalaması $38,22 \pm 8,02$; kontrol grubunun ise benlik saygısı düzeyi toplam puan ortalaması $43,75 \pm 7,37$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında toplam benlik saygısı düzeyi, genel özsaygı ve ev yaşantısı alanlarında anlamlı fark bulunmuştur. DEHB'li grupta ebeveyn tutumlarından ergenlerin en sık algıladığı ihmalkar tutum, kontrol grubunda ise hoşgörülü tutum olarak bulunmuştur. DEHB'li grup ve kontrol grubunda toplam benlik saygısı puanlarıyla ebeveyn tutumları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tartışma: Çalışmamızda DEHB'de benlik saygısı ve ebeveyn tutumları araştırılmıştır. DEHB'li ergenlerde farklı ebeveyn tutumlarının benlik saygısının totalini etkilemediği ancak benlik saygısının alt faktörlerini etkileyebileceği bulunmuştur. Fakat küçük örneklem grubu olması nedeniyle bu şekilde sonuçlanmış olabilir. Sonuç olarak, DEHB'de ebeveyn tutumlarının benlik saygısına etkisi ergenlerle yapılacak daha geniş örneklemli diğer çalışmalarla netleşecektir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ebeveyn tutumu, benlik saygısı

8.ABSTRACT

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder is the most common chronic disorder in child and adolescent psychiatry clinics. It is known that ADHD affects self-esteem in adolescents. Parenting styles are one of the most important factors affecting self-esteem in adolescents. In this research, the relation has been compared whether there are significant differences between the self-esteem and parenting styles of adolescents aged between 11-14 years old with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) have been investigated.

Method: The study population consisted of 50 adolescents with ADHD between the ages of 11-14 who referred to the Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry Clinic. The control group also comprises 41 healthy adolescent and their parents. In this study self-esteem has been measured by Coopersmith Self-Esteem Scale, perceived parenting style has been measured by “Parenting Style Scale”. Socio-demographic characteristics have been determined by sociodemographic data form prepared by the researcher.

Results: 17 female and 33 male in the ADHD group,; 20 girls and 21 male adolescents in the control group participated in the study. The self-esteem level of the group with ADHD averaged 38.22 ± 8.02 ; the self-esteem level of the control group was $43,75 \pm 7,37$. There was a significant difference between the groups in terms of total self-esteem, general self-esteem and home experiences. In the group with ADHD, the negligent attitudes among the parental attitudes were found to be the most common and in the control group the tolerant attitude was found to be the most common. There was no significant difference in total self-esteem scores and parental attitudes in ADHD group and control group.

Discussion: In our study, self-esteem and parenting styles were investigated in ADHD. It has been found that in adolescents with ADHD, different parenting styles do not affect the total self-esteem but may affect sub-factors of self-esteem. But this may be the result of the small sample group. As a result; the effect of the parenting styles on self-esteem in adolescents with ADHD will become clearer with other wider sampling studies.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, self-esteem, parenting style

9. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5.basım (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013:59-65.
2. Schachar R, Tannock R. Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. In: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry Textbook*. 4th editio. Malden, Mass: Oxford: Blackwell Science; 2002:399-400.
3. Weiss G, Hechtman L. *Hyperactive Children Grown up: ADHD in Children, Adolescents, and Adults*. Guilford Press; 1993.
4. Dumas D, Pelletier L. A study of self-perception in hyperactive children. *MCN Am J Matern Nurs*. 1999;24(1):12-19.
5. Shaw-Zirt B, Popali-Lehane L, Chaplin W ve ark. Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *J Atten Disord*. 2005;8(3):109-120.
6. Barber S, Grubbs L, Cottrell B. Self perceptions in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Ped Nurs*. 2005;20(4):235-245.
7. Edbom T, Lichtenstein P, Granlund M ve ark. Long-term relationships between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatr*. 2006;95(6):650-657.
8. Göker Z, Aketepe E, Kandil S. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanili çocuk ve ergenlerin benlik saygıları ve yaşam kaliteleri. *New/Yeni Symp J*. 2011;49(4):209-216.
9. Hoza B, Gerdes A, Arnold E ve ark. Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(3):382-391.
10. Alston C, Romney D. A comparison of medicated and nonmedicated attention-deficit disorder hyperactive boys. *Acta Paedopsychiatr*. 1991;55(2):65-70.
11. Ek U, Westerlund J, Holmberg K, Fernell E. Self-esteem in children with attention

- and/or learning deficits: The importance of gender. *Acta Paediatr Int J Paediatr.* 2008;97(8):1125-1130.
12. Frankel F, Cantwell D, Myatt R ve ark. Do stimulants improve self-esteem in children with ADHD and peer problems? *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1993;9(3):185-194.
 13. Kelly P, Cohen M, Walker W ve ark. Self-esteem in children medically managed for attention deficit disorder. *Pediatrics.* 1989;83(2):211-217.
 14. Özkan İ. Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler. *Düşünen Adam Derg.* 1994;7(3):4-9.
 15. Bednar RL, Wells MG, Peterson SR. *Self-Esteem : Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice.* Washington, D.C.: American Psychological Association; 1989.
 16. Sertelin Ç. Ebeveyn Tutumlarının Sosyo-Kültürel Yapı Ve Aile Fonksiyonları İle İlişkisi-Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2003.
 17. Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development.* 2010;41(2):168-92.
 18. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review.* 2001;4(3):183-207.
 19. Singh A, Yeh CJ, Verma N ve ark. Childhood E. Overview of attention deficit hyperactivity disorder in young children Précis of attention deficit. 2015;3. d
 20. Barkley R a., Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *J Atten Disord.* 2012;16(8):623-630.
 21. Martinez-Badia J, Martinez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J psychiatry.* 2015;5(4):379-386.

22. Lange KW, Reichl S, Lange KM ve ark. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2010;2(4):241-255.
23. Stubbe DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;9(3):469-479.
24. Barkley RA. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis&Treatment*. 4. ed. (Barkley RA, ed.). The Guilford Press; 2015.
25. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2. Basım (DSM-II)*. Washington DC: APA Press. 1968.
26. *World Health Organization. Mental Disorders: Glossary and Guide to Their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization. 1978.
27. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Basım (DSM-III)*. Washington DC: APA Press. 1980.
28. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Basım, Rev (DSM-III-TR)*. Washington DC: APA Press. 1987.
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.basım, rev (DSM-IV-TR)*. Washington DC: APA Press. 2000.
30. *World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization. 1993.
31. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL ve ark. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-948.
32. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E ve ark. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):30.
33. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit

- hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*. 2007;166(2):117-123.
34. Cohen P, Cohen J, Kasen S ve ark. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(6):851-867.
 35. Kessler P, Adler L, Barkley P ve ark. The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-723.
 36. Yargıç I, Özdemiroğlu FA. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. In: Işık E, Taner, E, Işık U, eds. *Güncel Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Golden Print; 2008:477-493.
 37. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(6):354-361.
 38. Gül N, Tiryaki A, Kultur SEC ve ark. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *Klin Psikofarmakol Bul Clin Psychopharmacol*. 2010;20(1):50-56.
 39. Ercan ES, Bilac O, Özaslan TU ve ark. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Turkish Children: The Effects of Impairment and Sociodemographic Correlates. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47(1):35-42.
 40. Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM ve ark. Symptoms and diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry polyclinic. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2010;23(2):100-108.
 41. Spetie L, Arnold E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Volkmar F, eds. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. fourth. Lippincott Williams&Wilkins; 2007:431-453.
 42. Weiss G. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Child and Adolescent Psychiatry*. 2. ed. (M L, ed.). Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins; 1996.

43. Coolidge F, Thede L, Young S. Heritability and the comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Behavioral Disorders and Executive Function Deficits: A Preliminary Investigation. *Dev Neuropsychology*. 2000;17(3):273-287.
44. Hudziak J, Rudiger L, Neale M ve ark. A twin study of inattentive, aggressive, and anxious/depressed behaviours. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:469-476.
45. Thapar A, Harrington R. Does the Definition of ADHD Affect Heritability? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(12):1528-1537.
46. Faraone SV, Mick E. Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;33(1):1-20.
47. Sprich S, Biederman J, Crawford MH ve ark. Adoptive and biological families of children and adolescent with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1432-7.
48. Li D, Sham PC, Owen MJ ve ark. Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Hum Mol Genet*. 2006;15(14):2276-2284.
49. Faraone SV, Doyle AE, Mick E ve ark. Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1052-1057.
50. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE ve ark. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-1323.
51. Lowe N, Kirley A, Hawi Z ve ark. Joint Analysis Of DRD5 Marker Concludes Association with ADHD Confined to the Predominantly Inattentive and Combined Subtypes. *Am J Hum Genet*. 2004;74(2):348-356.
52. Cheuk DKL, Wong V. Meta-analysis of association between a catechol-O-methyltransferase gene polymorphism and attention deficit hyperactivity disorder. *Behav Genet*. 2006;36(5):651-659.
53. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C ve ark. Toward Systems Neuroscience of ADHD:

- A Meta-Analysis of 55 fMRI Studies. 2011;(4):1-18.
54. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(2):114-126.
 55. Van Ewijk H, Heslenfeld DJ, Zwiers MP ve ark. Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(4):1093-1106.
 56. Castellanos F, Lee P, Sharp W ve ark. Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA.* 2002;288(14):1740-1748.
 57. Ernst M, Zametkin A, Matochik J ve ark. Effects of intravenous dextroamphetamine on brain metabolism in adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Preliminary findings. *Psychopharmacol Bull.* 1994;30(2):219-225.
 58. Loo SK, Makeig S. Clinical Utility of EEG in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Research Update. *Neurotherapeutics.* 2012;9(3):569-587.
 59. Stahl S. *Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications.* 2 nd ed. Cambridge University Press; 2000.
 60. Levy F. Dopamine vs noradrenaline: inverted U effects and ADHD theories. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009;43(2):101-108.
 61. Şenol S. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı.* (Çuhadaroğlu F, ed.). Ankara: HYB Basın Yayın; 2008.
 62. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2016;387(10024):1240-1250.
 63. Thapar A, Cooper M, Eyre O ve ark. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(1):3-16.
 64. Bhutta A, Cleves M, Casey P ve ark. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm. *JAMA.* 2002;288(6):728-737.
 65. Liew Z, Ritz B, Rebosdosa C ve ark. Acetaminophen use during pregnancy,

- behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA Pediatr.* 2014;168(4):313-320.
66. Thompson J, Waldie K, Wall C ve ark. Associations between acetaminophen use during pregnancy and ADHD symptoms measured at ages 7 and 11 years. *PLoS One.* 2014;9(9):e108210.
67. Castellanos F, Rapaport J. Etiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 1992;1:373-384.
68. State M, Thapar A. Genetics. In: Thapar A, ve ark., eds. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.* 6. ed. John Wiley and Sons Limited; 2015.
69. Ercan E, Mukaddes N, Yazgan Y ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: Pekcanlar Akay A, Ercan E, eds. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.* 9th ed. Ankara2016: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016:33-55.
70. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry.* 1998;34(1):65-99.
71. Barkley R, McMurray M, Edelbrock C, Robbins K. Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics.* 1990;86:184-192.
72. Biederman J, Wilens T, Mick E. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry.* 1995;152(11):1652-1658.
73. Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, eds. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.* Fifth Edit. Oxford, UK: Blackwell Publishing Limited; 2008:519-542.
74. Biederman J, Faraone S, Mick E. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:966-975.
75. Cengiz TU. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı

- Sorunları ve Klinik Özellikler. 2010;2(1):75-116.
76. Motavalli Mukaddes N. *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
77. Barkley R. *History. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. 3. ed. (Barkley R, ed.). New York: Guilford Press; 2006.
78. Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. *Attention-Deficit Disorders In Synopsis of Psychiatry*. Seventh. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins; 1994.
79. Copeland W, Angold A, Costello E ve ark. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2013;170(2):173-179.
80. Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P ve ark. Co-existing disorders in ADHD - implications for diagnosis and intervention. *Eur J Adolesc Psychiatry*. 2004;13(1):180-192.
81. Rappley M. Attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 2005;352:165-173.
82. Steinhausen HC, Novik TS, Baldursson G ve ark. Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(Suppl.):25-29.
83. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(4):510-519.
84. Görmez V. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tedavi yaklaşımları: ilaç tedavileri. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry -Special Topics*. 2015;1(1):77-86.
85. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: pharmacological and psychological interventions in children, young people and adults. The British Psychological Society and the Royal College of Ps.
86. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P ve ark. Long-acting medications for the

- hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(8):476-495.
87. Stahl SM. *Neuroscientific Basis and Practical Applications In Stahl's Essential Psychopharmacology*.; 2008.
 88. Sonuga-Barke EJ, Coghill D, Wigal T ve ark. Adverse reactions to methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: structure and associations with clinical characteristics and symptom control. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19(6):683-690.
 89. Cheng JY, Chen RY, Ko JS ve ark. Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: meta-analysis and meta-regression analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;194(2):197-209.
 90. Kratochvil CJ, Mitlon DR, Vaughan BS ve ark. Acute atomoxetine treatment of younger and older children with ADHD: a meta-analysis of tolerability and efficacy. *Child Adolesc Psychiatry Ment Heal*. 2008;2:25-34.
 91. Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Futur*. 2004;29(12):1235-1244.
 92. Simpson D, Perry C. Atomoxetine. *Paediatr Drugs*. 2003;5(6):407-415.
 93. Briars L, Todd T. A Review of Pharmacological Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2016;21(3):192-206.
 94. Spencer TJ, Kratochvil CJ, Sangal RB. Effects of atomoxetine on growth in children with attention-deficit/hyperactivity disorder following up to 5 years of treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17(5):689-699.
 95. Pliszka SR. Non-stimulant treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *CNS Spectr*. 2003;8(4):253-258.
 96. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.
 97. Dopheide JA PS. Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update.

- Pharmacotherapy*. 2009;29(6):656-679.
98. Biederman J, Swanson JM, Wigal SB ve ark. Efficacy and safety of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Pediatrics*. 2005;116(6):699-711.
99. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM ve ark. The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(5):484-500.
100. Ercan ES, Ardiç UA, Kutlu A ve ark. No beneficial effects of adding parent training to methylphenidate treatment for ADHA+ODD/CD children: a 1-year prospective follow-up study. *J Atten Disord*. 2011;18(2):145-157.
101. Waschbusch DA, Pelham WE Jr, Massetti G. The Behavior Education Support and Treatment (BEST) school intervention program: pilot project data examining schoolwide, targeted-school, and targeted-home approaches. *J Atten Disord*. 2005;9(1):313-322.
102. Sayal K, Merrell C, Tymms P ve ark. Academic Outcomes Following a School-Based RCT for ADHD: 6-Year Follow-Up. *J Atten Disord*. 2015;pii:108705.
103. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. İstanbul: Özgür Yayınları; 2004.
104. Eriş Y, İkiz E. Ergenlerin Benlik Saygısı ve Sosyal Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Kişisel Değişkenlerin Etkileri. *Turkish Stud*. 2013;8(6):179-193.
105. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı*. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 1985.
106. Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem: Consulting Psychologists*. 1967.
107. Harter S. *Causes, Corralates and the Functional Role of Global Self-Worth: A Life-Span Perspective*. (Sternberg R, Kolligian J, eds.). New Haven: Yale University Press; 1900.
108. Aktaş S. 9. Sınıfta anne baba tutumları ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. 2011.

109. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image. Revised Edition*. Middletown, CT: Wesleyan University Press; 1989.
110. Bee H, Boyd D. *The Developing Child*. 11. ed. Istanbul: Pearson Education; 2007.
111. Hechtman L, Weiss G, Perlman T. Hyperactives as young adults: self-esteem and social skills. *Can J Psychiatry*. 1980;25(6):478-483.
112. Santrock WJ. *Child Development*. 13th ed. New York; 2011.
113. Harter S. Processes underlying the construction, maintenance and enhancement of the self-concept in children. In: Suls J, Greenwald A, eds. *Psychology Perspectives on the Self*. Hillsdale, NJ:Erlbaum; 1986:136-182.
114. Dumont M, Provost MA. Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *J Youth Adolesc*. 1999;28(3):343-363.
115. Smith JG. Annual meeting of eastern psychological association. March 23-25. 2007.
116. Bagley C, Bertrand L, Bolitho F ve ark. Discrepant parent-adolescent views on family functioning: Predictors of poorer self-esteem and problems of emotion and behaviour in British and Canadian adolescent. *J Comp Fam Stud*. 2001;32:393-403.
117. Bulanda ER, Majumdar D. Perceived parent-child relations and adolescence self-esteem. *J Child Fam Stud*. 2009;18:203-212.
118. Çuhadaroğlu F. Gençlerde benlik saygısı ile ilgili bir araştırma. *XXI Ulus Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Kongresi(serbest Bildir.:107-108*.
119. Jindal C, Pando S. Anxiety and achievement: A roschach study of high-and-low-achievers. *Indian Educ Rev*. 1982;17(4):118-124.
120. Kahrıman İ, Polat S. Adölesanlarda Aileden ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal destek ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2003;6(2):13-24.
121. Gentile B, Grabe S, Dolan-Pascoe B ve ark. Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Rev Gen Psychol*. 2009;13(1):34-45. d

122. Hagger MS, Stevenson A. Social physique anxiety and physical self-esteem: Gender and age effects. *Psychol Health*. 2010;25(1):89-110.
123. Dilek H, Aksoy AB. Ergenlerin Benlik Saygısı ile Anne-Babalarının Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Examining the Relationship between Adolescents' Self-Esteem and Parents' Self-Esteem. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Derg Cilt*. 2013;14(3):95-109.
124. Balat GU, Akman B. Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sos Bilim Derg*. 2004;14(2):175-183.
125. Gordon T. *Etkili Öğretmen Eğitimi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 1999.
126. Leary M, Schreindorfer L, Haupt A. The Role of Low Self-Esteem in Emotional and Behavioral problems: Why is low self-esteem dysfunctional? *J Soc Clin Psychol*. 1995;14(3):297-314.
127. Orvaschel H, Beeferman D, Kabacoff R. Depression, self-esteem, sex, and age in a child and adolescent clinical sample. *J Clin Child Psychol*. 1997;26(3):285-289.
128. Birhamer B, Ryan N., Williamson D, ve ark. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1427-1439.
129. Dori G, Overholser J. Depression, hopelessness, and self-esteem: accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life-threatening Behav*. 1999;29(4):309-318.
130. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara. 1986.
131. Guillon M, Crocq M, Bailey P. The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *Eur Psychiatry*. 2003;18(2):59-62.
132. Cantwell D. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(8):978-987.
133. Sawyer M, Whaites L, Rey J ve ark. Health-related quality of life of children and

- adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(5):530-537.
134. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessment. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(6):1121-1134.
135. Kanay A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 9-13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2006.
136. Öztürk M, Sayar K, Tüzün Ü ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı. *Klin Psikofarmakol Bülteni*. 2000;9(3):185-194.
137. Orbay S. Psikiyatri Kliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerde, Anne-Baba Tutumu, Benlik Kavramı ve Semptomlar Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 1996.
138. Haktanır G, Baran G. Gençlerin Benlik Saygısı Düzeyleri ile Anne Baba Tutumlarını Algılamalarının İncelenmesi. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derg*. 1998;5(3):134-141.
139. Adana F, Kutlu Y. Anne-Baba Tutumlarının Kendilik Kavramı Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2008;12(2):18.
140. Ceral S, Dağ İ. Ergenlerde Algılanan Anne Baba Tutumlarına Bağlı Benlik Saygısı Depresiflik ve Genel Psikolojik Belirti Düzeyi Farklılıkları. *Psikiyatr Psikoloji, Psikofarmakoloji(3p) Derg*. 2005;13(2).
141. Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum ve çocuğun algıladığı anne-baba tutumu ile çocukların, ergenlerin, gençlerin akademik başarıları ve benlik algıları arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2000.
142. Baumrind D. Harmonious parents and preschool children. *Devel Psych*. 1971;4:99-102.
143. Bee H. *The Developing Child*. Harper Collins College Publishers; 1992.
144. Martin C, Colbert K. *Parenting A Life Span Perspective*. New York: The Mc Graw-

- Hill Companies Inc.; 1997.
145. Grolnick W. *The Psychology Of Parental Control: How Well-Meant Parenting Backfires*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2003.
 146. Maccoby E, Martin J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Mussen P, Hetherington E, eds. *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development*. New York: Wiley; 1983:1-101.
 147. Yılmaz A. Anne-Baba Tutum Ölçeği'nin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2000;7(1991):160-173.
 148. Yavuzer H. *Ana-Baba ve Çocuk*. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2000.
 149. Berns M. *Child, Family and Community*. Florida: Harcourt Brace Collage Publishers; 1993.
 150. Lerner J. The Influence of Child Temperamental Characteristics On Parent Behaviors. In: Luster T, Okagaki L, eds. *Parenting: An Ecological Perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
 151. Fagot B. Parenting Boys And Girls. In: Bornstein M, ed. *Handbook Of Parenting: Volume 1, Children And Parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1995.
 152. Pehlivanoglu P. Differences In Turkish Parenting Practices Due To Socioeconomic Status And Sex Of The Child, Yayınlanmamış Doktora Tezi. 1998.
 153. Belsky J. The Determinants Of Parenting: A process Model. *Child Dev.* 1984;55(1):83-89.
 154. Hoffman L. Cross-Cultural Differences In Childrearing Goals. In: LeVine R, Miller P, Maxwell West M, eds. *Parental Behavior In Diverse Societies*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
 155. Holden G. *Parents and Dynamics of Child Rearing*. Oxford: Westview Press; 1997.
 156. Broderick S. *Understanding Family Process: Basics Of Family Systems Theory*. California: Sage Publisher; 1993.

157. Yavuzer H. *Çocuk Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2001.
158. Bornstein M, Tal J, Tamis-LeMonda C. Parenting In Cross-Cultural Perspective: The United States, France, And Japan. In: Bornstein M, ed. *Cultural Approaches To Parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1991.
159. Jennings K, Stagg V, Connors R. Social Networks and Mothers' Interactions with Their Preschool Children. *Child Dev*. 1991;62(5):966-978.
160. Erol N, Şimşek Z. Okul Çağı Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı. Ankara: Mentis Yayıncılık. 2010:94-98.
161. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Rating of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF and YSR. Burlington VT. University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families. 2001.
162. Weiss DM. Weiss functional impairment rating scale (WFIRS) instructions. University of British Columbia. 2006.
163. Tarakçıoğlu MC. Weiss işlevsellikte bozulma ölçeği ebeveyn formu (WİBÖ-E) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2012.
164. Savaşır I, Sahin N. Weschler Cocuklar icin Zeka Olcegi (WISC-R) Ankara: Turkish Psychologists Association Publication. 1994.
165. Güloğlu UB, Okulu Bİ, Özsaygı C. Coopersmith Özsaygı Envateri'nin Faktör Yapısı. 2001;26(122):66-71.
166. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):386-92.
167. Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. United States. MMWR Mortal Wkly Rep. 2005;54(34):842-7.
168. Newcorn J, Halperin J, Jensen P. Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(2):137-146.

169. Montiel-Nava C, Pena JA, Lopez M ve ark. Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children. *Rev Neurol*. 2002;35:1019-1024.
170. Hurtig T, Ebelling H, Taanila A ve ark. ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:12; 1605-13.
171. Montiel-Nava C, Pena JA, Montiel-Barbero ve ark. Prevalence rates of attention deficit hyperactivity disorder in a school sample of venezuelan children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008;39:311-322.
172. Faraone SV, Biederman J, Chen WJ. Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *Psychol, J Abnorm*. 1995;104(2):334-345.
173. Jensen P, Martin D, Cantwell D. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8):1065-1079.
174. Schmidt S, Petermann F. Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*. 2009;9(1):58-98.
175. Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J ve ark. Long-Term Outcomes of ADHD : Academic Achievement and Performance. 2015. doi:10.1177/1087054714566076.
176. Massetti GM, Lahey B, Pelham W ve ark. Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder at 4-6 years of age. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36:399-410.
177. Currie J, Stabile M, Jones LE. Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD? *Cambridge, MA Natl Bur Econ Res*. 2013.
178. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE ve ark. Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. 2003;42(12):1424-1432.
179. Johnston C. Parent characteristics and parent- child interactions in families of

- nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 1996;24:85-104.
180. Mash E, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:86-99.
181. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-1323.
182. Faraone S, Doyle A. The nature and heritability of attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2001;10:299-316.
183. Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1215-1220.
184. Şimşek Ş, Gökçen C, Fettahoğlu Ç. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Derg*. 2012;25:230-237.
185. Camcıoğlu T, Yıldız Ö, Ağaoğlu B. DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2011;12:212-220.
186. Aslan Z. İlköğretim çağındaki kızlarda dikkat eksikliği ve hiperaktivitebozukluğu: Kliniğe başvuran bir grupta sosyo demografik, eş tanı ve psikososyal özelliklerin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2008.
187. Slomkowski C, Klein R, Mannuzza S. Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *J Abnorm Child Psychol*. 1995;23(3):303-315.
188. Koch WH, Pratarelli ME. Effects of Intro/Extraversion and Sex on Social Internet Use. *N Am J Psychol*. 2004;6(3):371-382.
189. Armstrong L, Phillips JG, Saling LL. Potential Determinants of Heavier Internet Usage. *Int J Hum Comput Stud*. 2000;53:537-550.
190. Lin S, Tsai C. Sensation seeking and Internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Comput Human Behav*. 2002;18(4):411-426.
191. Yoo H, Cho S, Ha J ve ark. Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet

- addiction. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58:487-494.
192. Ko C, Yen J, Chen C. Psychiatric comorbidity of Internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectr*. 2008;13:147-153.
193. Uzun Ö, Yıldırım V, Uzun E. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Ergenlerde SOSYAL Medya Kullanım Alışkanlıkları ve Sosyal Medya Bağımlılığı, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi. *TJFM&PC*. 2016;10(3):142-147.
194. Voecks J. *A Comprehensive Study of Self-Esteem in Children Diagnosed With Attention Deficit And Hyperactivity Disorder.*; 2003.
195. Roe D. Young children with attention difficulties: How can we help? *AECA Res Pract Ser*. 1998;5(1):1-23.
196. Harvey E, Danforth J, Ulaszek W ve ark. Validity of the parenting scale for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Res Ther*. 2001;39:731-743.
197. Mano S, Uno H. Relationship between characteristic behaviors of children with ADHD and mothers' parenting styles. *No To Hattatsu*. 2007;39:19-24.
198. Goldstein L, Harvey E, Friedman-Weieneth J. Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children. *J Abnorm Child Psychol*. 2007;35:125-136.
199. Downey G, Coyne J. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychol Bull*. 1990;108:50-76.
200. Lovejoy M, Graczyk P, O'Hare E ve ark. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2000;20:561-592.
201. Aktuğ T. Ergenlerde Akran Baskısı Ve Benlik Saygısının İncelenmesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2006.
202. Şahin G. Bireylerin Proaktif Kişilik Yapısı İle Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2006.

10. EKLER

10.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti: kız erkek

Sınıfı:

Oturduğu yer:

Medikal Hastalık: yok() var(sa belirtiniz): ()

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ne zaman konuldu?.....

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri kaç yaşında başladı?.....

Okuma yazmayı ne zaman öğrendi?

1.sınıf () 1.sınıf 2. Dönem() 2.Sınıf () 3.sınıf () okuma yazma bilmiyor()

Geçtiğimiz yıl başarı puanı kaçtı?

0-1 arası() 1-2 arası() 2-3 arası() 3-4 arası() 4-5 arası()

Bilgisayarda günde ortalama kaç saat geçirir?

0-1 saat() 1-2 saat() 3-4 saat() 4-5 saat() 5 saatten fazla()

Günde ortalama kaç saat TV izler?

0-1 saat() 1-2 saat() 3-4 saat() 4-5 saat() 5 saatten fazla()

Düzenli olarak yaptığı spor var mı?

Yok() var(sa belirtiniz)()

Annenin

- Yaşı:
- Eğitim Durumu: okuryazarlığı yok ()
Okuryazarlığı var()
İlkokul mezunu ()
Ortaokul mezunu()
Lise mezunu ()
Üniversite mezunu()
- Mesleği:

Babanın

- Yaşı:
- Eğitim Durumu: okuryazarlığı yok()
Okuryazarlığı var()
İlkokul mezunu()
Ortaokul mezunu()

Lise mezunu()
Üniversite mezunu()

o Mesleği:

Anne-baba:

Birlikte()

Ayrı()

Ayrı ise ayrılık nedeni: vefat() boşanma() diğer(se
belirtiniz):

Ailenin aylık net geliri:

1000 TL'den az() 1000-2000 arası() 2000-3000 arası()

2500 ve üstü()

Toplam kaç çocuk:

(formu doldurulan çocuk) Kaçınıcı çocuk:

Aile apartmanı: yok() var(sa kimler).....

Ailede tanısı konulmuş herhangi bir **tıbbi hastalığı** olan var mı?

Yok()

Var:

Anne() baba() kardeş() ikinci derecede akraba()

Ailede tanısı konulmuş bir **psikiyatrik hastalığı** olan var mı?

Yok()

Var:

Anne() baba() kardeş() ikinci derecede akraba()

10.2. Anne Baba Tutum Ölçeği

Anne Baba Tutum Ölçeği

Bu uygulamanın amacı sizinle aileniz arasındaki ilişkinin durumunu ortaya koymaktır. Lütfen aşağıdaki ifadeleri kendi anne ve babanızı düşünerek dikkatle okuyunuz. Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşünün. Aşağıdaki cümlelerin başındaki kutunun içine ifadeler anne babanızın davranışlarına: Tamamen Benziyorsa (4), Biraz Benziyorsa (3), Benzemiyorsa (2), Hiç Benzemiyorsa (1) *İlgili kutucuktaki sayıyı yuvarlak içine alınız.	Tamamen Benziyor	Biraz Benziyor	Benzemiyor	Hiç Benzemiyor
	1. Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.	4	3	2
2. Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler.	4	3	2	1
3. Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar.	4	3	2	1
4. Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler.	4	3	2	1
5. Annem ve babam bazı konularda “sen kendin karar ver” derler.	4	3	2	1
6. Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.	4	3	2	1
7. Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.	4	3	2	1
8. Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler.	4	3	2	1
9. Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar.	4	3	2	1
10. Annem ve babamla her tartıştığımda bana “büyüdüğün zaman anlarsın” derler	4	3	2	1
11. Derslerimden düşük not aldığımda, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.	4	3	2	1
12. Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.	4	3	2	1
13. Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar.	4	3	2	1
14. Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığımda, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.	4	3	2	1
15. Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.	4	3	2	1
16. Derslerimden düşük notlar aldığımda, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım.	4	3	2	1
17. Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.	4	3	2	1
18. Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığımda, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler.	4	3	2	1

(Anne Baba Tutum Ölçeğinin Devamı)

Aşağıdaki her ifadenin yanında bulunan kutulardan **sadece size uygun olanın içine** çarpı(X) işareti koyunuz.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde **gece** arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verir mi?

Evet :	Hayır :
--------	---------

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Annen hafta içinde en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmama izin verir (Pazartesi- Cuma arası)?

Akşam 8'den önce		Akşam 10:00 – 10:59 arası	
Akşam 8:00 – 8:59 arası		Akşam 11:00 ya da daha geç	
Akşam 9:00 – 9:59 arası		İstediğimsaatekadar	

20. Genel olarak annen ve baban haftasonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verir mi?

Evet :	Hayır :
--------	---------

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Annen haftanın Cuma ya da Cumartesi aksamları en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmama izin verir?

Akşam 8:00'den önce		Akşam 10:00 – 10:59 arası	
Akşam 8:00 – 8:59 arası		Akşam 11:00 ya da daha geç	
Akşam 9:00 – 9:59 arası		İstediğimsaatekadar	

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterir?

	Hiç Çaba Göstermez	Çok Az Çaba Gösterir	Çok Çaba Gösterir
21. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,			
22. Boş zamanlarınızda ne yaptığımı,			
23. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığımı,			

Annenin ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgisi vardır?

	Bilgisi Yoktur	Çok Az Bilgisi Vardır	Çok Bilgisi Vardır
24. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,			
25. Boş zamanlarınızda ne yaptığımı,			
26. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığımı,			

10.3. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri



**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

B.S.Ö

Aşağıda bazı cümleler göreceksiniz. Bu cümlelerin bazılarını kendinize uygun bulacaksınız. Bazılarını ise uygun bulmayacaksınız. Kendinize uygun bulduğunuz cümleler için BANA UYGUN seçeneğine, kendinize uygun bulmadığınız cümleler için BANA UYGUN DEĞİL seçeneğine X işareti koyunuz.

		BANA UYGUN	BANA UYGUN DEĞİL
1.	Hayal kurmakla çok vakit geçiririm		
2.	Kendime güvenirim.		
3.	Sık sık kendimden başka birisi olmak isterim.		
4.	Cana yakın bir insanım.		
5.	Küçükken annem babamla birlikte çok iyi vakit geçirirdim.		
6.	Şuna buna canımı sıkmam.		
7.	Başkalarının önünde konuşmak bana çok zor gelir.		
8.	Daha küçük bir yaşta olmak isterdim.		
9.	Elimde olsaydı pek çok yanımı değiştirdim.		
10.	Fazla zorluk çekmeden karar verebilirim.		
11.	Başkaları benimle olmaktan hoşlanır.		
12.	Evde kolayca üzülür, kırılıyorum.		
13.	Her zaman doğru olanı yaparım.		
14.	Okuldaki çalışmalarımın gurur duyuyorum.		
15.	Her zaman birisinin bana ne yapacağını söylemesi gerekir.		
16.	Yeni bir şeye alışmak benim için uzun sürer.		
17.	Sık sık yaptığım şeylerden pişmanlık duyuyorum.		
18.	Arkadaşlarım arasında sevilirim.		
19.	Küçükken annem babam ne hissettiğime önem verirdi.		
20.	Hiçbir zaman mutsuz değilim.		
21.	Elimden gelenin en iyisini yaparım.		
22.	Fikrimden kolayca cayıp başkalarına uyarırım.		

ÇPSK.YD.36.0026 Rev.No :2 Y.Tarihi : 18.02.2008 Rev.Tarihi : 30.03.2015

23.	Genellikle kendi başımın çaresine bakabilirim.		
24.	Genellikle mutluyumdur.		
25.	Kendimden yaşça küçük olanlarla beraber olmayı tercih ederim.		
26.	Annem babam hep benden çok fazla şey bekletiler.		
27.	Tanıdığım herkesten çok hoşlanırım.		
28.	Okulda derse kaldırılmaktan hoşlanırım.		
29.	Kendimi iyi tanırım.		
30.	Hayatımda her şey karma karışıktır.		
31.	Arkadaşlarım genellikle benim fikrime uyar.		
32.	Evde kimse benimle fazla ilgilenmez.		
33.	Hiç azarlanmam.		
34.	Okulda istediğim kadar başarılı değilim.		
35.	Karalı bir insanım.		
36.	Kendimi beğenmem.		
37.	Aslında kız/erkek olmaktan hoşlanmıyorum.		
38.	Başkaları ile birlikte olmaktan hoşlanmam.		
39.	Küçükken evden ayrılmak istediğim çok olmuştur.		
40.	Utangaç değilimdir.		
41.	Okulda sık sık kendimi huzursuz ve üzgün hissederim.		
42.	Sık sık mahcup hissederim.		
43.	Başkalarını kendimden daha güzel buluyorum.		
44.	Söylenecek bir sözüm varsa genellikle söylerim.		
45.	Etrafımdakiler sık sık bana takılıp kızdırırlar.		
46.	Annem babam beni anlarlar.		
47.	Her zaman doğruyu söylerim.		
48.	Öğretmenlerim bana yetersiz olduğumu hissettirirler.		
49.	Başıma gelenler umurumda değildir.		
50.	Ben başarısız bir kişiyim.		
51.	Azarlandığım zaman kolayca üzülürüm.		
52.	Çoğu kimse benden daha çok sevilir.		
53.	Küçükken çoğu zaman annemle babamın beni zorladıklarını hissederdim.		
54.	Başkaları ile kolayca konuşabilirim.		
55.	Sık sık umudum kırılır.		
56.	Genellikle olup bitenlere sıkılmam.		
57.	Bana pek güvenilmez.		

36.0026_S2

10.4. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu (WİBÖ-E)



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
WEISS İŞLEVSELLİKTE BOZULMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (WİBÖ-E)

Hastanın Adı:

Doğum tarihi:

Doktorun Adı:

İsminiz:

Dosya no:

Tarih:

Çocukla yakınlık dereceniz:

Çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, SON BİR AY içerisinde çocuğunuzun **duygusal ve davranışsal sorunlarının** aşağıdaki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği yuvarlak içerisine alınız.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çoğu kez	Uygun değil
A	AİLE					
1	Kardeşleri ile sorunlar yaşaması	0	1	2	3	u.d.
2	Anne baba arasında sorunlara neden olması	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğun yol açtığı sorunlarla uğraşmaktan aile üyelerinin yapacağı iş ya da etkinliklere yeterince zaman ayıramaması	0	1	2	3	u.d.
4	Ailede kavga ya da tartışma çıkmasına neden olması	0	1	2	3	u.d.
5	Aileyi dostlarından ve sosyal etkinliklerden uzaklaştırması	0	1	2	3	u.d.
6	Ailenin eğlenceli vakit geçirmesini zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
7	Anne babalık yapmanızı (ebeveynlik görevlerinizi yerine getirmeyi) zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
8	Aile üyelerinin her birine eşit zaman, ilgi, dikkat vermenizi zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
9	Başkalarını kendisine vurması ya da bağırması için kışkırtması	0	1	2	3	u.d.
10	Çocuğunuzun yaşadığı sorunlar nedeniyle daha fazla para harcamak zorunda kalmanız	0	1	2	3	u.d.
B	OKUL					
	Öğrenme					
1	Okulda derslere yetişmekte güçlük çekmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Okulda derslerle ilgili fazladan yardıma ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
3	Özel derse ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.

4	Beceri düzeyinin altında notlar alması	0	1	2	3	u.d.
---	--	---	---	---	---	------

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çoğu kez	Uygun değil
	Davranış					
1	Sınıfta öğretmene sorun çıkarması	0	1	2	3	u.d.
2	Sınıfta ceza alması ya da sınıftan çıkarılması	0	1	2	3	u.d.
3	Okul bahçesinde (arkadaş, öğretmen, görevli gibi kişilerle) sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
4	Teneffüse çıkmama ya da eve geç gitme cezası alması	0	1	2	3	u.d.
5	Okuldan uzaklaştırılması ya da atılması	0	1	2	3	u.d.
6	Derse girmemesi ya da okula geç kalması	0	1	2	3	u.d.
C	YAŞAM BECERİLERİ					
1	Televizyon, bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı kullanması	0	1	2	3	u.d.
2	Temizlik, diş fırçalama, saç tarama, yıkanma gibi işlerde sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
3	Okula hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
4	Yatmaya hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
5	Yemek yemeye ilgili sorunlarının olması (yemek seçme, abur cubur yeme)	0	1	2	3	u.d.
6	Uykuyla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
7	Yaralanır ya da bir yerini incitir	0	1	2	3	u.d.
8	Egzersizden (spor etkinliklerinden) kaçınır	0	1	2	3	u.d.
9	Doktora (tıbbi yardıma) ihtiyacının olması	0	1	2	3	u.d.
10	İlaç içmek, iğne olmak ya da doktora/diş hekimine gitmekle ilgili sıkıntı yaşaması	0	1	2	3	u.d.
D	ÇOCUĞUN BENLİK ALGISI					
1	Çocuğum kendisi hakkında olumsuz duygulara sahip	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğum yeteri kadar eğlenemiyor	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğum hayatından memnun değil	0	1	2	3	u.d.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çoğu kez	Uygun değil
E	SOSYAL ETKİNLİKLER					
1	Diğer çocukların çocuğuma sataşması ya da kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğumun diğer çocuklara sataşması ya da onlara kabadayılık taslaması	0	1	2	3	u.d.
3	Diğer çocuklarla geçinememesi	0	1	2	3	u.d.
4	Okul sonrası etkinliklerine (spor, müzik, kulüpler gibi) katılmakla ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
5	Arkadaş edinmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
6	Arkadaşlıklarını sürdürmekle ilgili sorunlar	0	1	2	3	u.d.
7	Arkadaş toplantıları ile ilgili sorunlar (davet edilmeme, davetlere gitmeme, davetlerde uygunsuz davranma)	0	1	2	3	u.d.
F	RİSKLİ EYLEMLER					
1	Kolayca diğer çocuklara uyması ya da diğer çocuklardan baskı görmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Eşyaları kırması ya da zarar vermesi	0	1	2	3	u.d.
3	Kanun dışı şeyler yapması	0	1	2	3	u.d.
4	Polis ile başının derde girmesi	0	1	2	3	u.d.
5	Sigara içmesi	0	1	2	3	u.d.
6	Yasadışı madde kullanması	0	1	2	3	u.d.
7	Tehlikeli şeyler yapması	0	1	2	3	u.d.
8	Başkalarını yaralaması	0	1	2	3	u.d.
9	Acımasız ya da uygunsuz şeyler söylemesi	0	1	2	3	u.d.
10	Cinsel olarak uygun olmayan davranışlarda bulunması	0	1	2	3	u.d.