

T. C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUKLARIN (8-12 YAŞ) DEĞİŞİK ANNE
TUTUMLARINA GÖRE BENLİK SAYGI DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FEZA SERGÜN TÜRE

071106119

Danışman Öğretim Üyesi:
Yrd.Doç. Dr. Bayhan ÜGE

İstanbul, Şubat, 2010

T. C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN (8-12 YAŞ) DEĞİŞİK ANNE TUTUMLARINA
GÖRE BENLİK SAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FEZA SERGÜN TÜRE

071106119

Danışman Öğretim Üyesi:
Yrd.Doç. Dr. BAYHAN ÜGE

İstanbul, Şubat, 2010

TEŞEKKÜR

Tez alıŐma sũresi boyunca, her tũrlũ desteği, akademik katkıyı sağlayan ve bana yol gũsteren sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Bayhan ŐGE' ye, nerileri ve çalışma grubumu belirlemedeki katkılarından dolayı, Erenkũy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, ocuk ve Ergen psikiyatri gũrevlileri, Uzm. Dr. Őaziye Senem BAŐGŐL ve Uzm. Dr. Zeynep ASLAN ve orada bulunan psikolog arkadaşlarıma, gũnũllũ olarak katılan ocuk ve annelerine teŐekkũr borçluyum.

ÇalıŐmamın verilerini topladığım ilkokullardaki öğrencilere, çalışmaya gũnũllũ olarak katılan annelerine ve yardımlarını benden esirgemeyen İlkel Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi yũneticilerine, gũrev alan iş arkadaşlarıma çok teŐekkũr ediyorum.

Yũnlendirilmeye ihtiyaç duyduğumda her konuda bana destek ve yardımcı olan sevgili teyzem, Dr. Fatma TũRE' ye, yaŐamımın her anında oldukları gibi çalıŐmamda da beni destekleyen canım aileme sevgi ve teŐekkũrlerimi sunarım.

Varlığı ile moral ve neŐe kaynağım yeğenim Ayrıs' e sevgilerle...

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocukların ve ailelerinin yaşamları zor olmaktadır. Aileler çocuklarını yetiştirirken, sorundan bağımsız olarak, çocuklarını yetiştirme tutumlarına dikkat etmelidir. Ailelerin çocuklarına doğru davranabilmeleri için ilk önce içindeki buldukları durumun ve karşılaştıkları/karşılaşacakları güçlüklerin nedenlerini bilmeleri gerekmektedir.

Bu çalışma ile, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuğa sahip annelerin tutumlarına göre çocukların benlik saygı düzeyleri incelenmiştir.

Bu araştırmanın örneklemini, İstanbul, Anadolu Yakası'nda bulunan İlkem Özel Eğitim ve Rehabilitasyon kurumundaki ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ndeki, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanılı 8-12 yaş arasında bulunan 40 çocuk ve onların anneleri oluşturmaktadır. Kontrol grubuysa tanı almamış, uyum ve davranışını etkileyen herhangi bir psikolojik sorunu olmayan, aynı yaş grubundaki 42 gönüllü çocuk ve onların annelerinden oluşmaktadır.

Araştırmada, Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilen ve Le Compte ve Özer (1978) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan "Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği"; Coopersmith (1967) tarafından geliştirilen, Türkiye de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Aksoy, (1992); Pişkin (1997) tarafından yapılan 25 maddelik "Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri"; kısa formu ve Türkçe uyarlama çalışmaları Dereboy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan "Connors Anababa Değerlendirme Ölçeği" kullanılmış ve veriler bu yolla elde edilmiştir.

Veriler SPSS 15.0 (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) ile analiz edilmiştir. Analizinde Frekans, Yüzde, Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Pearson Çarpım Momentler Korelasyon, Non-parametrik Mann Whitney-U Testi, Bağımsız Gruplar T-Testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Annelerin aşırı koruyuculuk tutumu sergilemeleriyle DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annelerin aşırı koruyuculuk tutumu gösterme düzeyleri arttıkça çocukların benlik saygısı düzeyleri düşmektedir.

Annelerin demokratik bir tutum sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında, pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Annelerin demokratik bir tutum gösterme düzeylerinin artması, çocukların benlik saygısı düzeylerini de arttırmaktadır.

Annelerin ev kadınlığını reddediş tutumu sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında, negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Annelerin ev kadınlığını reddetme tutumu gösterme düzeyleri arttıkça çocukların benlik saygısı düzeyleri düşmektedir.

Annelerin evlilik çatışması-geçimsizliği sorunları yaşamaları ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında, negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Annelerin evlilik çatışması-geçimsizliği sorunları yaşama düzeyleri arttıkça çocukların benlik saygısı düzeyleri düşmektedir.

Annelerin sıkı disiplin uygulama tutumu sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Annelerin sıkı disiplin uygulama tutumu sergileme düzeyleri ile çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki yoktur.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, anne tutumları, benlik saygısı

ABSTRACT

Life is difficult both for children who were diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and their families. Independently of the problem, parents should pay close attention to their own attitude towards child-rearing. In order to treat those children correctly, first of all, families should know the reasons behind the current situation and the difficulties they have encountered or are likely to encounter.

This research examines self esteem levels among children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder against the attitudes of their mothers.

The sample of this research comprises 40 children aged between 8-12 with ADHD in Istanbul, Asian side at the İlkem Özel Eğitim ve Rehabilitasyon (İlkem Special Education and Rehabilitation Center) and the Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği (Erenköy Psychiatry and Neurology Hospital, Children and Adolescents Psychiatry Polyclinic) and their mothers. The control group consists of 42 volunteer children of the same age group who have not been diagnosed with any psychological problems that affect their behavior and ability to adapt, together with their mothers.

In this study, the “Parental Attitude Research Instrument” developed by Schaefer and Bell (1958) and adapted for use in Turkish and tested for validity and reliability by Le Compte and Özer (1978), the “Coopersmith Self- Esteem Inventory” comprising 25 items and developed by Coopersmith (1967) and adapted for use in Turkish and tested for validity and reliability by Aksoy (1992) and Pişkin (1997) and the short form of “Conner’s Parent Rating Scale” adapted for use in Turkish by Dereboy and colleagues (1998) were employed and data were obtained through these scales.

The data was analyzed with the SPSS 15.0 program (Statistical Package for Social Sciences). Frequency, Percentile Values, Mean, Standard Deviation, Pearson Product Moment Correlation, Non-parametric Mann-Whitney U Test, Independent Groups T-Test were used in the analysis.

Results were evaluated within a 95% reliability range and $p < 0.05$ margin of statistical significance.

The research findings yielded the following results:

A significant negative relationship was found between extremely protective attitudes on the part of mothers and levels of self-esteem of their children with ADHD. Levels of self-esteem among children with ADHD decrease inversely as the mothers' protective attitude increases.

A significant positive relationship was found between a liberal attitude on the part of mothers and the self-esteem of their children with ADHD. Levels of self-esteem among children with ADHD increase in line with their mothers' degree of liberal attitude.

A significant negative relationship was found between mothers rejecting housewifery and the levels of self-esteem of their children with ADHD. Levels of self-esteem among children with ADHD decrease inversely as mothers' negative attitude towards being a housewife increases.

A significant negative relationship was found between the incidence of marital conflict on the part of mothers and the levels of self-esteem of their children with ADHD. Levels of self-esteem among children decrease inversely as mothers' levels of marital conflict increase.

No significant relationship was found between the mothers who apply strict discipline towards their children and the levels of self-esteem of their children with ADHD. There is no correlation between the discipline levels of the mothers and the levels of self-esteem of their children with ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), mother attitudes, self-esteem.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ.....	1

1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

1.1.1. Tanımlama ve Tarihçe.....	2
1.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Görülme Sıklığı..	8
1.1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nedenleri.....	8
1.1.3.1. Genetik Etkenler.....	9
1.1.3.2. Beyin işlevleri ile ilgili değişiklikler.....	9
1.1.3.3. Nörokimyasal Etkenler.....	11
1.1.3.4. Psikososyal Etkenler.....	11
1.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna eşlik eden bozukluklar.....	12
1.1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaşam Boyu Seyri.....	14
1.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Karışan Klinik Durumlar.....	15
1.1.7. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi.....	15
1.1.7.1. İlaç Tedavisi.....	16
1.1.7.2. DEHB'nin Psikososyal tedavisi	
1.1.7.2.1. Aile Eğitimi.....	17
1.1.7.3. Davranış Tedavileri.....	18
1.1.7.4. Bireysel Tedavi.....	19
1.1.7.5. Öğretmen Eğitimi ve sınıf içi kurallar.....	20

1.2. Aile	22
1.2.1. Anne Baba- Çocuk İlişkisi.....	22
1.2.2. Ailede Çocuk Yetiştirme Tutumları.....	23
1.2.2.1. Aşırı Koruyucu Anne Baba Tutumu.....	24
1.2.2.2. Demokratik/Destekleyici-Yetkili ve Güvenilir Anne Baba Tutumu.....	25
1.2.2.3 Baskıcı ve Otoriter Anne ve Baba Tutumu.....	26
1.2.2.4. Tutarsız ve Kararsız Anne Baba Tutumu.....	27
1.2.2.5 Reddedici veya Gevşek Anne Baba tutumu.....	29
1.2.3. DEHB ve Aile İlişkileri.....	30
1.2.3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Aile Tutumları.....	30
1.3. Benlik	33
1.3.1. Benlik-Benlik Saygısı.....	33
1.3.2 Benlik Saygısı.....	36
1.3.2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Benlik Saygısı.....	39
1.4. Konu ile İlgili Yapılmış Araştırmalar	41
1.4.1. Türkiye’ de yapılmış çalışmalar.....	41
1.4.2. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar.....	48
2. Araştırmanın Hipotezleri	55
3. Araştırmanın Önemi	56
4. Sayıtlar	59
5. Sınırlılıklar	60
6.1. Tanımlar	61
6.2. Kısaltmalar	61
BÖLÜM II	62
YÖNTEM	62
2.1. Araştırmanın Modeli.....	62
2.2. Evren ve Örneklem.....	63
2.3. Veri Toplama Araçları.....	70
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	70
2.3.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI)....	71
2.3.3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği-Çocuk Formu (CBSÖ)...	74
2.3.4. Connors Ana Baba Değerlendirme Ölçeği.....	74
2.4. Verilerin Analizi.....	75
BÖLÜM III	77
Bulgular ve Yorum.....	77

BÖLÜM IV	87
Sonuç ve Tartışma.....	87
Öneriler.....	103
KAYNAKLAR	105
EKLER	113

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1.	Annelerin yaşına ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	65
Tablo 2.	Annelerin eğitim durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	65
Tablo 3.	Annelerin mesleki durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	66
Tablo 4.	Evlilik süresi durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	67
Tablo 5.	Evlilik memnuniyeti durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	67
Tablo 6.	Çocuk sayısı durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	68
Tablo 7.	Aile geliri durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	68
Tablo 8.	Annelerin çocuklarındaki bozuklukla ilgili bilgi sahibi olma düzeylerine ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	69
Tablo 9.	Çocukların yaşına ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	69
Tablo 10.	Çocukların cinsiyetine ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	70
Tablo 11.	Çocukların okullardaki başarı düzeyine ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	70
Tablo 12.	DEHB tanısı olan çocukların ilaç kullanmalarına ilişkin yüzde ve frekans dağılımı	71
Tablo 13.	Anne tutumları ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki	78
Tablo 14.	Annelerin PARI alt ölçekleri ve DEHB tanısı almış çocukların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanlarına ait betimleyici istatistikler	80
Tablo 15.	Aşırı Koruyucu Annelik tutumunun çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi	81
Tablo 16.	Demokratik ve Eşitlik tutumunun çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi	82
Tablo 17.	Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme tutumunun çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi	83
Tablo 18.	Evlilik çatışması-geçimsizlik sorunlarının çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi	84

Tablo 19.	Sıkı disiplin uygulama tutumunun çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi	85
Tablo 20.	Çalışma ile kontrol grupları arasında anne tutumları ve çocukların benlik saygısı düzeyleri bakımından puanlarının karşılaştırılması	86

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1.	: Lawrence' in Benlik Kavramı Şeması.....	36
-----------------	--	-----------

BÖLÜM I

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), günümüzde hem aileler hem de eğitim kurumları tarafından önemli bir sorun olarak yer almaktadır. DEHB, sadece sorunu olan kişiyi değil, ailesini, okulu ve sosyal ilişkilerini de etkiler. Bu nedenle tedavi süreci sadece sorunu olan çocuğu değil tümünü ele almayı gerektirir. DEHB tanısı almış çocuğun olması aileyi ve çocuğun yaşamını zorlaştırır. Öncelikle, ailenin her aile gibi sorundan bağımsız olarak uygun olan çocuk yetiştirme kurallarını ve tutumlarını bilmesi gerekir.

Anne ve baba olmak sadece çocuk sahibi olmakla açıklanamaz. Çocukla nasıl ilişki kurulacağını, onlara neleri nasıl öğreteceğini, nasıl koruyacağını, aynı zamanda nasıl geliştirip sorumluluklarına sahip çıkacağını bilmek, aile olmanın gereğidir. Ailelerin bilmesi gereken, ortada bir sorun olduğudur ve bu sorunun nereden kaynaklandığını bulmaya çalışmak yerine bu soruna davranışlarıyla nasıl yaklaşmak olabilir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların kendi sorunları dışında aile ortamında sorunlar oluşturduğu söylenmektedir. Ailelerde devamlı çocuk ile uğraşmak, sorunlarla ve şikayetlerle karşılaşmak yorgunluk ve umutsuzluk gibi duygular açığa çıkarabilir. Bu sadece çocuk ve ailesi arasında değil aile bireylerinin arasındaki ilişkileri de olumsuz etkileyebilir. Ailenin çocuğun davranışlarını nasıl algıladığı ve nasıl cevaplandığı önemlidir.

DEHB konusunda toplum bilinçlendirmesinin eksik olması, konunun uzmanı olmayan kişiler tarafından verilen bilgilerin yetersiz olması nedeniyle dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik gösteren ya da aklına geldiği gibi davranan çocuklar yanlış değerlendirilmektedir. Bu yanlış değerlendirmeleri önlemek, doğru yönlendirmeleri yapabilmek adına DEHB konusunda toplumda bilinçlenmeye ihtiyaç vardır. Bu yanlış değerlendirmeleri ya da etiketlemeleri önleyebilmek, ailenin çocuğun davranışlarını algılamalarını ve yanıtlamalarını değerlendirmek ve yapılan yanlışları saptayarak çocukların benlik saygılarının arttırılması ve kişilerarası iletişiminin kuvvetlendirmek, ancak ailelerin özellikle onunla daha sık zaman geçiren annelerin bilinçlendirilmesi ile mümkün olacaktır.

1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU(DEHB)

1.1.1. Tanımlama ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve istekleri erteleyememe (dürtüsellik) belirtileriyle ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur. Bir çocukta, gençte ve erişkinde DEHB var denilebilmesi için bu belirtilerin yedi yaşından önceden beri bulunması, normal bir kişiden bulunmasından daha şiddetli düzeyde görülmesi yeterlidir (Ercan, 2007:19).

Yıllar boyunca bu bozukluğun konunun uzmanları tarafından çeşitli terimlerle anıldığı görülmektedir. Bu tanımlamalar, bozukluğun değişik nedenlerine ya da en belirgin görünümüne göre yapılmıştır. 19. yüzyılın sonlarında tıbbi yazında “çılgın aptallar(mad idiots)”, “dürtüsel delilik(impulsive insanity)” ve “yetersiz engellenme (defective inhibition)” olarak adlandırılmıştır. Dikkat eksikliği ve davranım sorunları olan çocukların varlığı ilk defa 1902 yılında George Still tarafından tarif edilmiştir.tarif edilen bu durum 1919-1920 arasındaki influenza pandemisi ardından hayatta kalan çocuklarda sıklıkla gelişmiş ve bu durumun organik beyin hasarına bağlı olduğu düşünülerek “ minimal beyin hasarı sendromu” terimi kullanılmaya başlanmıştır (Hertcman, 2005).

O zamandan beri durumu açıklamak için çeşitli kuramlar ortaya atılmaktadır. Düşük uyarılma düzeyi, duygular ve bilişsel işlevlerde denetim gücüyle ilgili belirli bir genetik durum olarak değerlendirilmiştir. Bu kuram, uyarıcı ilaçların dikkati sürdürme ve belirli bir işe odaklaşma konusundaki olumlu etkilerinin gözlenmesi ile desteklenmiştir. Bozukluk, 1983’de temel olarak dikkat eksikliği ve 1992’de zayıf engelleyici süreç gibi kavramlarla belirtilmiştir. En son görüş olarak 1993 yılında, “ters ve gecikmiş engellenme(aversive delayed inhibition)” kavramı ileri sürülmüştür. Bu görüşe göre DEHB olan çocuklarda beyinin dikkat merkezlerinin işlevlerinden olan engelleme düzeneklerinde gecikme bulunmaktadır.

Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Dünya Sağlık Örgütü’ nün ICD-9 ve Amerikan Psikiyatri Birliği’ nin ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasına yönelik kitapçığı olan DSM-II’ de bozukluğu” çocuklukta hiperkinetik sendrom” olarak belirlemesiyle başlamıştır. DSM-III’te dikkat eksikliği bozukluğu; aşırı hareketli ya da aşırı hareketlilik olmadan şekli tanımlanmış ve temel belirtiler dikkatsizlik, ataklık(impulsivite) ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. Ancak bu tanı DSM-III-R’ de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) olarak belirlenerek 14 beliti sıralanmış ve tanı için 8 belirtinin olması şartı bağlanmıştır. Bozukluk ICD-10 ve DSM-IV’ te bir önceki sınıflandırmalarda belirtilen şekilleri ile tanımlanmıştır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun üç alt grubundan söz edilmiştir.

DEHB-Bileşik tip: DEHB-bilesik tipte temel bulguların üçü de aynı anda bulunur. Bilesik tipte yaş göz önüne alındığında, yaşadığı gelişim döneminin özelliklerine göre aşırı sayılacak şekilde hareketlilik vardır. Düşünmeden davranma, sırasını bekleyememe, her şeyi elleyip kurcalama, çok konuşma, artmış cinsel uğraşlar gibi dürtüsellik belirtileri nedeni ile sık sık sosyal ortamlarda sorunlar yaşarlar. Dikkatlerini bir konuya vermekte ve sürdürmekte güçlük çekerler, küçük iç ya da dış uyaranlarla dikkat çabucak dağılır ve bu nedenle özellikle eğitim hayatında güçlükler yaşarlar. Bileşik tip sıklıkla erişkin yaşamda da sürer. Her iki cinsiyette en sık görülen alt tiptir.

DEHB- Dikkat Eksikliği Önde Olan Tip: DSM-IV’ ün Dikkat eksikliği tanı ölçütleri vardır, ancak hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütleri tam olarak karşılanmaz.

Bu çocuklarda dikkatin toplanması ve sürdürülmesi ile ilgili sorunlar vardır. Dikkat eksikliğinde temel sorun kişinin belirli bir şeyle ilgilenirken o sırada içinden gelen başka birşey yapma isteğine engel olamamasıdır. Dikkat eksikliği olan bireyler bu isteklerini erteleyemezler. Bunun tam tersi olarak da fazla ilgisini çeken bir şeylerle uğraşırken DEHB olan bireyler dikkatlerini oldukça uzun süre devam ettirebilirler, çünkü o sırada başka birşey yapma isteği duymazlar. Aile ilişkileri ve sosyal ilişkilerde bazı sorunlar olabilir ancak temel sorun okul ortamında yaşanır. Öğretmenlerin bu çocuklara bakış açısı, geç kalma alışkanlıkları olan, sistemli olamayan, ödevlerini tamamlamada zorluk çeken, rüyada gibi olan ve unutkan olan çocuklar şeklindedir. Dikkat sorunları farklı derecede, performans kaybı, motivasyon eksikliği ve anlama güçlüğüne neden olabilir. Kendi zekalarının altında performans sergilerler. Kızlarda erkeklere göre daha yaygın olarak görülmektedir.

DEHB-Aşırı Hareketliliğin Önde Olan Tip: DEHB- aşırı hareketliliğin önde olduğu tip olan çocuklar dikkat eksikliği tanı ölçütlerini karşılamazlar. Bu ölçütleri alan çocuklar dikkat eksikliği olanlardan daha erken şekilde fark edilir. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, genellikle çocukların yetişkenlerle birebir beraber oldukları ortamlarda daha azdır. Bu çocukların tanı koymak için yapılan ilk muayenesinde hareketlilik gözlenmeyebilir. Okul ve ev ortamında ele alınması gerekir. Erkeklerde kızlara göre daha yaygın olarak görülmektedir (Tahiroğlu vd., 2005).

Günümüzde basında, okulda, evlerde sık duyulan, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ya da yaygın kullanımıyla 'hiperaktif çocuk' kavramı yaşamımıza girmiş bulunmaktadır. Bu kavramla birlikte belirsizlik, karmaşa ve tartışmalar ortaya çıkmıştır. DEHB tanısı klinik temele dayanmaktadır. Klinik değerlendirmelerin yanı sıra çocuğun davranışlarının farklı alanlardaki görünümünün belirlemek amacıyla anababa ve öğretmen değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Klinik değerlendirmeler ve testler sonucu elde edilen bulgular aracılığıyla tanıya gidilmektedir. Bir sorunun dünyanın her bir yerinde aynı tanıyı alması için amacıyla oluşturulan tanı sistemleri vardır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için dünyanın birçok yerinde kullanılan sınıflama sistemlerinden birisi olan Amerika Birleşik Devletleri Psikiyatri Derneği'nin DSM IV-R tanı ölçütleridir.

DSM IV-R' ye göre (Amerika Psikiyatri Birliği, 2001) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

“A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır.

(1) aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğuracak ve gelişim düzeyine uymayacak derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

(a) çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hata yapar.

(b) çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.

(c) doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür

(d) çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir)

(e) çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker

(f) çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları evmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir

(g) çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araçgereçler)

(h) çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır

(i) günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanır

(2) aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en fazla 6 ay süreyle uyumsuzluk doğuracak ve gelişim düzeyine uymayacak derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

(a) çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur

(b) çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar

(c) çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)

(d) çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır

(e) çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır

(f) çoğu zaman çok konuşur

İmpulsivite (Dürtüsellik)

(g) çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır

(h) çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır

(i) çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif- impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından öncede vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda [ya da işte] ve evde)

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu).

Tipine göre kodlama:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1, hem de A2 Tanı ölçütünü karşılanmışsa

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:

Son 6 ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde

Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

Kodlama Notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler(özellikle ergenler ve yetişkinler) “ Kısmi Remisyonda” olarak belirtilmelidir.”

DEHB’ in teşhis edilmesinde veya bertaraf edilmesinde kullanabilecek ne kan testi, ne beyin taraması ne de bir değerlendirme ölçeği vardır. DEHB’i değerlendirmek için en etkin araç, DEHB’in neye benzediğini anlayan ve benzer

sorunlara yol açabilecek diğer bozukluklar ile DEHB arasındaki farkı görebilen bir klinisyenle yapılan ayrıntılı bir görüşmedir. (Brown, 2009) DEHB tanısı koyma sürecinde uygulanan işlemleri çocuğu yakından tanıyan kişilerin yer alması önemlidir. Bu kişileri aile, yakın akraba, öğretmen ve rehber öğretmen gibi kişiler oluşturmaktadır. Çocuğa ilişkin ne kadar uygun bir davranış örnekleme ulaşırsa o kadar doğru tanıya gidilmiş olmaktadır.

Okul öncesi dönemde olan çocuklara tanı koymak, bu yaş çocuklarının genelde hareketli olması ve öz denetimlerinin yetersiz olması nedeniyle oldukça zordur. DEHB tanısı koymakta aceleci davranmadan aile danışmanlığı, davranışsal öneriler ve düzenli takiplerle bu yaş çocuklarının okula başlama yaşına kadar izlenmesi gerekmektedir. DEHB olan pek çok çocuk bebekliklerinde de huzursuz, hareketli, az uyuyan, çok ağlayan ve beslenme problemleri yaşayan çocuklardır. Bu çocuklar aşırı hareketli, yerinde durmayan, huzursuz, kontrol edilemeyen, uzun süre oyun faaliyetlerini sürdüremeyen, çabuk sıkılan, çok soru soran ancak sorunun cevabını beklemekte zorluk çeken, yorulmak nedir bilmeyen, kıpır kıpır olan çocuklardır. Bozukluk okul öncesi dönemde sinyallerini verirken tanı koyma ve tedaviye başlama okul yıllarına denk gelir (Şenol vd., 2005).

DEHB, okul öncesi dönemde belirtilerini gösterirken, tanı konulması ve sağaltımın başlatılması okul yıllarına rastlamaktadır. Belirli kuralları olması ve zihinsel çaba göstermesi gereken belirli bir uyum beklenen ilköğretim yılları DEHB olan çocuk kadar aile ve öğretmen için de oldukça zor olmaktadır. Bu çocuklar ödev yapmayı sevmezler, ebeveynlerinin ve ailesinin baskısıyla ders yaparlar. Ödev başında geçirdikleri zaman kısadır. Herhangi bir dış uyaran dikkatini dağıtır ve ödev yapmak onlar için bir kabusa dönüşür. Aşırı hareketli olmaları nedeniyle okulun ilk günlerinde uyarı alanlar listesine girdikleri görülür. Sırasında oturamaz, ayağa kalkma gereksinimi duyarlar, ders sırasında konuşarak sınıf düzenini bozarlar. Derse ilgi göstermezler, başka şeylerle oyalanırlar. Derste sıkılmaları nedeniyle sınıfın düzenini ve huzurunu bozacak davranışlarda bulunurlar. Okul kurallarına uyamadıkları gibi oyun kurallarına da uymada zorlanmaktadırlar. Arkadaşları ile ilişki sorunu yaşarlar. Aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellik sonucu istemeden de olsa arkadaşlarına zarar verebilirler. Çocuklar yaşadıkları bu olaylar sonucunda sürekli eleştiri almaktadırlar. Sınavlarında da bildikleri sorularda dikkatsizce hatalar

yapmaktadırlar. DEHB, zekadan bağımsızdır. Her zeka düzeyinde görülebilir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu olan çocukların okul durumlarında görülen bir özellikte değişken performanslarıdır. Ev ortamında da yapılması gereken işlerde sorumluluk almaktan kaçmaktadırlar. DEHB, yaşam boyu süreklilik gösterebilen bir bozukluktur (Şenol vd.,2005).

1.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Görülme Sıklığı:

DEHB yaygın bir bozukluktur. Yapılan araştırmalara göre sıklığı farklılık göstermektedir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlerde sıklığı % 5-10, yetişkinlerde ise %4 kadardır (Faraone vd., 2003). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki araştırma sonuçlarına göre bu bozukluğun okul çocuklarındaki (6-12yaş) sıklığı genel olarak %4-12 arasında olduğu bildirilmiştir (Brown vd., 2001).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun, kız ve erkeklerde görülme oranları arasında fark olduğu saptanmıştır. Bu farklılık ortalama olarak, erkeklerde kızlardan dört kat fazla olarak belirlenmiştir (4:1) (Semerci vd., 2008:s54). Erkeklerde aşırı hareketlilik, yıkıcı davranışlarda bulunma ve dürtüsellik belirtileri gösteren tip daha fazlayken, kızlarda ise daha çok dikkatsizlik belirtilerin gösteren tipin daha fazla olduğu bilinmektedir (Ercan ve Aydın,2007). Sadece dikkatsizliğin olduğu kız çocuklarından oluşan grup çoğunlukla far edilmemektedir. Ve uzmana yönlendirilmemektedir. Erkek çocuk engellemelere aşırı tepki vermekte şiddet göstermektedir. Bu yüzden aileler uzmanlara daha çok başvurmaktadır. Oysa her iki cinste de dikkati sürdürme sorunları benzer belirtilere sebep olmaktadır. Okul dönemi çocuklarının %3-6'sının DEHB olduğu düşünülmektedir (Şenol vd., 2006).

1.1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nedenleri:

1980 yıllarından sonra yapılan araştırmalar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' nun (DEHB) hangi nedenlerden meydana geldiği ile ilgili önemli bir yol alınmasını sağlamıştır. Diğer birçok psikiyatrik ve tıbbi hastalık gibi nasıl ortaya çıktığı belli olmayan bir bozukluktur. DEHB'nin oluşumunda günümüze kadar yapılan çalışmalarda bir çok nedenin bu bozukluğu oluşturduğu saptanmıştır.

Bugüne toplanan bilgiler ışığında biyolojik etkilerin etki bakımından öne çıktığı görülmektedir (Ercan ve Aydın, 2007).

1.1.3.1. Genetik Etkenler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun meydana gelme nedeninin araştırılmasında üzerinde en çok durulmuş olan konu kalıtım yani genetik çalışmalardır (Ercan ve Aydın, 2007:55). DEHB olan çocukların biyolojik akrabaları arasında alkolizm, depresyon, davranım bozukluğu ve antisosyal özellikler gibi bazı psikiyatrik bozuklukların normal toplumlardan çok daha sık olduğu görülmektedir (Barkley, 1998; Wender & Gafinkel, 1989; Ercan ve Aydın, 2007; Kanay, 2006; Tahiroğlu ve Avcı, 2005). Bu çocukların birinci dereceden akrabalarında da bu bozukluğun sık olduğu bulunmuştur.

DEHB' nin kalıtımı ile ilgili yapılan ikiz çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinin birisinde DEHB varsa diğer ikiz eşinde görülme olasılığı % 80-90 arasında olduğunu göstermektedir. Çift yumurta ikizlerinden birisinde DEHB varsa diğerinde de bu bozukluğun olma olasılığı ise yaklaşık %30' dur. Bir diğer yapılan çalışmada da, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre hiperaktivite için daha uygun olduğu görülmektedir. Hiperaktivite tanılı olanlar çift yumurta ikizlerine % 33, tek yumurta ikizlerinde ise % 55 oranındadır (Goodman ve Stevenson, 1989). Bu sonuç DEHB'nin meydana gelmesinde kalıtımın rolünü desteklemektedir.

1.1.3.2. Beyin işlevleri ile ilgili değişiklikler

Uzun yıllar süresince DEHB'in beyin hasarından, beyindeki gelişim kusurundan ileri geldiği düşünülmüştür. Daha sonra beyinde ciddi hasar olmayan, görüntüleme incelemeleri normal olanlarda da DEHB olabileceğini göstermiştir.

DEHB olan kişilerle normal kişilerin beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) incelemeleri karşılaştırıldığında bazı farklılıkların olduğu görülmektedir (Tahiroğlu ve Avcı, 2005). Gelişimsel bozukluklarda kullanımı artan, nörogörüntüleme teknikleri, DEHB ile ilişkili beyin bölgelerindeki yapısal ve fonksiyonel değişiklikleri anlama çabasında büyük bir tuttuğu görülmektedir.

DEHB olanların beyin hacmi genel olarak daha az olmaktadır. Toplam beyin hacminin özellikle sağ tarafta belirgin olmak üzere %3-5 daha küçük olduğunu göstermiştir (Castellanos vd., 2002, Hill vd., 2003, Tahiroğlu ve Avcı, 2005, Aysev ve Taner, 2006:406). Ayrıca gri ve beyaz madde hacimlerinde azalma bildirilmiştir. (Castellanos vd., 2002).

DEHB'de frontal lob, suplementer motor alan ve parietal korteksleri birbirine bağlayan frontostriatal yolakta farklılık gözlenmektedir (Castellanos vd., 1996, Filipek vd., 1997, Sheppard vd., 1999, VerFaellie ve Heilman 1987, Erdoğan E. 2002:145).

DEHB olan çocuklarda beyin anatomik yapısı özellikle üç bölgede farklılık göstermektedir: prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellum. Prefrontal korteks, uygunsuz davranış, düşünce ve duyguyu baskılamak için temsili bilgiye başvurarak ve işleyen belleği kullanarak davranış ve dikkati yönetir. Bu süreçler, dikkatin düzenlenmesi, plan yapma, dürtü denetimi, zihinsel esneklik ve hareketi başlatma ve denetlemeyi içeren yürütücü işlevlerin temelidir. Prefrontal korteks, dikkati dağıtan uyaranlara yanıtı engellemekte ve konu dışı uyaranları baskılamaktadır (Arnsten 2006, Güney vd., 2008:84).

DEHB' luğu olan hastalarda dikkatte yürütücü ve denetleyici işlevleri üstlenen prefrontal ve serebellar bölgelerde bölgesel serebral kan akımının azaldığını, somatosensoryal duyuların algılandığı paryeto-okspital kortekste bölgesel serebral kan akımının ve ödül sistemi ile bilişsel sistemle ilişkili limbik kortekste bölgesel serebral kan akımının azaldığını (sağ orta temporal korteks) göstermişlerdir (Kim vd., 2002).

Yetişkin bireyler ve deney hayvanları üzerinde yapılan bir çok çalışma, aşırı hareketlilik ve motor hareketlerin düzenlenmesindeki bozulmaların frontostriatal yapılarıdaki bozulmalarla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. DEHB'da frontal lob, suplementer motor alan ve parietal korteksleri birbirine bağlayan frontostriatal yolakta farklılık gözlenmektedir (Castellanos vd., 1996, Filipek vd., 1997, Sheppard vd., 1999, VerFaellie ve Heilman 1987). Aşırı hareketlilik ve dikkatsizliğin frontostriatal alandaki bozukluklardan kaynaklandığı düşünülüyor olması DEHB'nin

organik bir kökeninin olduğu yolundaki sav için önemli bir bulgudur (Hydn vd., 1990, Peterson 1995).

1.1.3.3. Nörokimyasal Etkenler

Dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalin (NA) dikkat, konsantrasyon ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi diğer bilişsel işlevlerdeki önemi bilinmektedir. Wender (1971), minimal beyin hasarı olan çocuklarda serotonin, noradrenalin ve dopamine metabolizmasındaki bozukluk olabileceğini ileri sürmüştür. DEHB olan bireylerin beyindeki dopamine ve noradrenalin düzeylerini arttıran santral sinir sistemi uyarıcılarına (metifenidat, d-amfetamin, pemolin) ve antidepresanlar verdiği olumlu yanıt katekolamin salınımını artırır ve geri alınmasını azaltır. Trisiklik antidepresan ilaçlar ve monoamine oksidaz (MAO) inhibitörleri de hiperaktiviteyi azaltır. Ancak genelde süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir (Weiss 1996, Öncü ve Şenol 2005:114).

1.1.3.4. Psikososyal Etkenler

Bazı çevresel etkenlerin de DEHB gelişiminde sorumlu olabileceği öne sürülmüştür. Bunlar pre ve perinatal sorunlar, toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri), şeker zehirlenmesi ve DEHB olan çocuklarda artmış vitamin ve besin gereksinimi gibi bilimsel verilere doğruluğu desteklenmemiş etkenleri de içermektedir (Cantwell 1996, Ercan ve Aydın 2007, Tahiroğlu ve Avcı 2005).

Özellikle boya maddeleri ve koruyucular gibi gıda katkıları ve yüksek miktarda şeker tüketimi uygulanan diyetle ortadan kaldırıldığında DEHB belirtilerini etkilemediği gösterilmiştir (Conner 1980). DEHB' nin perinatal etkenlerle ilgisi araştırılmaktadır. Zapitelli ve arkadaşlarının yaptığı (2001) bir metaanalizde DEHB' luğu olan çocukların pre-peri ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır. Gebelik ve doğum sorunlarından, perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterine rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit, beslenme bozuklukları, eklampsi, annenin sağlığının bozuk olması, anne yaşı, postmaturite, doğumun süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğum

öncesi kanamaları DEHB ile ilişkili olabilecek bazı durumlardır (Faraone ve Biederman 1998, Öncü ve Şenol 2005:116).

DEHB' nun etiyolojisinde psikososyal çevrenin önemi de araştırılmıştır. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda erken yaşta kayıplar ya da ayrılıklar yaşayan çocukların DEHB belirtileri gösterdiği görülmüştür. Ancak etiyolojisinde psikososyal etkenlerin birincil rolü olduğu düşünülmemektedir. DEHB olan çocuklarda çok farklı annesaba-çocuk ilişkisi örüntüleri ve ailelerde işlev bozuklukları görülebilmektedir. DEHB olan ergenlerin ailelerinin, normal ergenlerin ailelerine göre olumsuzlukları daha çok dile getirdikleri saptanmıştır. Ancak bu durumun DEHB belirtilerinden daha çok davranım bozuklukları ve karşı gelme karşı olma bozukluğu belirtilerinin gelişimine katkıda bulunacağını düşünülmektedir (Şenol S., İşeri E., Koçkar A. 2006, Wender ve Garfinkel, 1989).

Bilimsel çalışmalar desteklememesine karşın bazı çevrelerde DEHB 'nun oluşumunda ailesel sorunların temel bir rolü olduğu düşünülmektedir. Anne babaların ilgisiz, aşırı hoşgörülü ve disiplinsiz olması sonucu çocuklarının DEHB oldukları öne sürülmektedir. DEHB olan çocukların DEHB olmayanlara oranla daha hareketli, annesabaların sözlerine daha çok karşı gelen ve daha inatçı olduklarını bilinmektedir. Uzun yıllar yapılan incelemeler, çocuğun bu tür davranışlarına karşı, belki de tepki olarak, annesabaların DEHB olan çocuklarını daha çok kontrol ettikleri, onları daha çok uyardıkları ve hatta sert davrandıkları görülmektedir. Yani annesabaların aşırı hoşgörülü olmalarıyla, çocukların DEHB olması arasında doğrudan bir ilişki kurmak zor olmaktadır (Ercan ve Aydın 2000).

1.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna eşlik eden bozukluklar

DEHB için, diğer psikiyatrik bozukluklarla eş hastalanım (Kororbidite) çok sık rastlanan bir durumdur. Ayırıcı tanı ve eşhastalanım arasındaki ayrım her zaman açık ve kolay değildir. Genel olarak, eğer belirtiler bir başka durum tarafından tamamen açıklanabiliyorsa, tanı DEHB değil, bu bozukluktur. Ancak sıklıkla söz konusu durumun DEHB ile birlikte olduğu ve her iki durumda klinik tabloya katkıda bulunduğu izlenimi alınır. Bu durumda, DEHB diğer bozuklukla eş hastalanım durumundadır (Hechtman 2000, Aysev ve Taner 2007:399).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklara eşlik eden bozukluklar, % 46-68 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Yaş küçüldükçe bu tanı oranı artmakta, yaş büyüdükçe azalarak bozukluklar ayrı ayrı görülmeye başlamaktadır. DEHB olanlarda, olmayanlara göre daha fazla Karşıt olma-karşı gelme (yaklaşık olguların %60'ında), davranım bozukluğu (%15), anksiyete bozuklukları (%30), öğrenme ve duygudurum bozuklukları (her ikisi yaklaşık %25) ve madde kötü kullanımı olduğu görülmüştür (Biederman 2005). Bu sorunlar bozukluk ile birlikte başlayabildiği gibi, özellikle tedavi edilmediği zaman sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir (Şenol vd., 2006, Tahiroğlu ve Avcı 2005, Turgay ve Semerci 2008).

DEHB' nun en önemli komorbid bozuklukları içerisinde duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. Duygudurum bozukluğu ve DEHB komorbiditesi %15-75 oranında değişebilmektedir. Anksiyete bozukluğu ile olan komorbiditesinin de %30 oranında olduğu belirtilmiştir. Takip çalışmaları, major depresyonun çocukluk hiperaktivitesinin bir sonucu olduğunu öne sürmektedir. Çocuk ve ergenlerde DEHB'nun depresif belirtilerle başlayabileceği ve DEHB belirtilerinin depresyona ikincil değerlendirilebileceği düşünülmektedir (Duran 2000, Spencer vd., 2000).

Öğrenme bozuklukları ve okuma problemleri de DEHB olan çocuklarda sıklıkla görülmektedir. DEHB' lu olan çocuklarda temel öğrenme bozukluklarının üçünde (okuma, matematik ve yazılı ifade) genel nüfus içerisinde ki çocuklara kıyasla iki ile üç kat fazla görülmekte olduğu bildirilmektedir (Brown ve Tannock 2000, McCracken 2000).

DEHB, kronik tik bozukluklar ve Tourette bozukluğu da bir arada bulunabilmektedir. Tourette bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde %30-50 oranında DEHB görülebilmektedir (Şenol vd., 2006, Spencer vd., 1998, Brown, 2005, Duran 2006).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış olan çocuk ve gençlerde eşlik eden bozukluklar ve yaş ve cinsiyetin eşlik eden bozukluklar üzerindeki etkisi incelenmiştir. Olguların %29'unda

eşlik eden bir bozukluk belirlenmezken, %35'inde eşlik eden bir bozukluk, %25.5'inde iki bozukluk, %8'inde üç bozukluk tespit edilmiştir. Erkeklerde en sık eşlik eden bozukluk karşı olma karşı gelme bozukluğudur (%62.3). Bunu davranım bozukluğu (%30.2), iletişim bozuklukları (%11.3), duygudurum bozuklukları (%7.5) ve anksiyete bozuklukları (%6.6) izlemektedir. Kızlarda karşı olma karşı gelme bozukluğu (%54.8), davranım bozukluğu (%22.6), duygudurum bozuklukları (%12.9), iletişim bozuklukları (%9.7), ve anksiyete bozuklukları (%6.5) en sık eşlik eden ilk beş bozukluk olarak belirlenmiştir (Erman, Turgay, Öncü ve Urdarivic, 1999).

1.1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yasam Boyu Seyri

Dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu olan çocukların %40-50 kadarında bozukluğa ilişkin belirtiler çok az sorun yaratmakta, ergenliğe girişle birlikte kaybolmaktadır. İzlem çalışmaları bunun doğru olmadığı görülmüştür. Bozukluk zaman içinde üç farklı seyir izlemektedir: (1) “Gelişimsel gecikme” olguların %30’unda görülür. Genç erişkinliğin erken dönemlerinde belirtilerin kaybolduğu gruptur, (2) “süregiden belirtiler” olguların %40’ında görülür. Belirtiler çeşitli sosyal ve duygusal güçlüklerle erişkin dönemde de sürer, (3) “gelişimsel bozulma” olguların %30’unda görülür. Kesin olmamakla birlikte ergenlerin %50’sinde dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu erişkinlik döneminde de devam etmektedir. DEHB olan çocukların izlenimlerinde dikkat çeken bir başka bulgu ise; dikkat eksikliği belirtilerinin hiperaktivite ve impulsivite belirtilerinden daha kalıcı olduğudur.

DEHB tanısı konan çocuklar, ergenlik dönemine dürtüsellik, kolay öfkelenme gibi belirtilerle girerlerse, bunlar ergenliğin kendine özgü davranışları ile birleştiğinde, kimlik bocalaması ve diğer davranışsal sorunların çözümü daha da güçleşebilmektedir (Öztürk 2004).

Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri, bazı değişikliklere uğrayarak da olsa, hastaların birçoğunda ergenlik ve yetişkinlik döneminde de sürmektedir. Öyle ki Barkley ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir izleme

çalışmasında çocukların %70'inin bu rahatsızlığı ergenlik döneminde de, %66'sının yetişkinlik döneminde de yaşadıkları görülmüştür (Barkley, 1998; Aktaş, 2006:17).

DEHB olan çocukların izlenimlerinde ileriki yıllarda başka psikiyatrik sorunların da oluşma olasılığının sağlıklı kontrollerden çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir. DEHB olan çocukların yaklaşık üçte birlik kısmında ileriki yıllarda , alkol- madde kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik özellikleri, depresyon ve anksiyete (kaygı) bozuklukları görülmüştür.

1.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Karışan Klinik Durumlar

DEHB' nin ayırıcı tanısında psikiyatrik ya da psikiyatrik olmayan bir çok bozukluğun incelenmesi gerekmektedir. DEHB olan çocuklarda sorunlar yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkmaktadır. Bu çocuklar yaşamın her alanında gerek öğrenme gerekse sosyal ilişkilerinde ortaya çıkma sorunlar nedeniyle örselenmekte bazen de aşağılanmaktadır. Buna bağlı olarak da benlik saygılarında düşüş görülmektedir. Bu klinik duruma sıklıkla depresyon eşlik etmektedir. Bu klinik tabloda DEHB' de ikincil olarak ortaya çıkan depresyon ile birincil depresyon tanısı ayırt edilmesi gerekmektedir.

Gelişim dönemleri de çocuklarda çok önem verilmesi gereken bir faktördür. Üç yaşından küçük çocuklarda aşırı hareketlilik, dikkatsizlik gibi bu bozukluğu akla getiren davranışlar oluşabilir. Bu belirtilerin gelişim döneminden kaynaklanıp kaynaklanmadığı ayırıcı tanıyı koyarken dikkate alınması gerekir (Şenol vd., 2006).

1.1.7. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde ilaçlar, anne-baba eğitimi, bireysel görüşme, aile tedavisi, grup tedavisi, bilişsel- davranışçı tedaviler sık kullanılan yöntemlerdir. Tedavide bütüncü, çok yönlü ve sistematik olunması gerekmektedir. DEHB'nda en önemli ve ilk yapılması gereken, çocukların, ailelerinin ve çevrelerinin bu bozukluğu yeterince anlama ve kavramalarıdır.

1.1.7.1. İlaç Tedavisi

DEHB temel olarak beyindeki kimyasal bir sorun olduğu için, sebep olduğu sorunları hafifletmek için en etkin yolun beyin kimyasındaki ilgili yönlerde değişiklik yapmak olduğu, mantıklı bir yaklaşım olarak görülmektedir. İyi yönetilen ilaç tedavisi en etkili tedavi olduğu bilinmektedir (Brown, 2005). En sık kullanılan ilaçlar, kısa etkili uyarıcı olarak adlandırılan ilaçlardır (Wender, 1989, Brown 2005). DEHB'in tedavisinde uzun zamandır metilfenidat ve amfetamin içeren çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır (Greydanus, 2005: 953-60). DEHB'in tedavisine aday yeni bir ilaç ise Atomoxetine'dir. 1600'u kişiyi kapsayan kontrollü çalışmalarda Atomoksetin DEHB'li çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde güvenli ve etkili bir tedavi olduğu kanıtlanmıştır. "ATX, noradrenerjik nörotransmitter sistemi hedef alır. Uyarıcıların dopamin sisteminin sinapslarındaki vericilerin yeniden yüklenmesini yavaşlatmasına çok benzer bir şekilde, beyindeki noradrenerjik sinapslarda norepinefrinin yeniden yüklenmesini yavaşlatmaya yardımcı olur" (Brown, 2005).

Ülkemizde uyarıcı ilaçlardan kısa etkili olan metilfenidat(Ritalin) ve uzun etkili OROS metilfenidat (Conserta) kapsül şeklinde bulunmakta ve kırmızı reçete ile satılmaktadır (Duran, 2006).

Metilfenidatın (Ritalin) cinsiyet ayrımı gözetmeden okul çağındaki çocuklarda dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik üzerinde etkili olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu maddenin etkileri üç alanda incelenmiştir.

Motor Etkinlikler Düzeyi: Çocuk yaşları gibi hareket etmeye başlar, sakinleşmeye başlamıştır, daha az konuşma eğilimindedir ve sınıf düzenini eskisi gibi bozamaz. Yazısında düzelme olur ve davranışlarını kontrol etme eğilimindedir.

Toplumsal Düzey: İlişkileri daha ılımlıdır. Oyunlara daha çok katılır, öfkesi azalma göstermeye başlar, ders çalışabilir. Bu durum arkadaşları ile olduğu kadar öğretmenleri ve aileleri ile ilişkisinin düzelmesine neden olur. Ailelerinde sıkıntıları azalır, çocuğu eskisi kadar azarlamaz ve cezalandırmazlar.

Bilişsel Düzey: Çocuk dikkatini daha kolay toplar. Eskisi gibi dürtüsel değildir, iş yapmadan önce daha çok düşünmeye başlar, dalgınlığı azalır ve okul başarısında iyileşme gözlenir. Unutmamak gerekir ki her çocuğun tedaviye yanıt verme oranı aynı değildir (Le Heuzey, 2005: 99-100).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu' nun tedavisinde, terapi ve çeşitli davranışsal tekniklerin eklenmesi, tedavinin seyrini ve sonucunu etkilediği bilinmektedir. Etkili ve güncel olan tedavinin içinde ilaç ve psikoterapi birarada bulunmaktadır (Dombeck, 2007). İlaç tedavisinin DEHB tedavisinde etkili olduğunu gösteren bir çok çalışma bulunmasına karşın, özellikle okulda akranlarına ve/ya evde ailesine karşı ciddi anlamda rahatsız edici davranışlar sergileyen bazı çocukların tedavisinde tek başına ilaçların yeterli olmadığı görülür. Bu çocukların çoğu uyumlu davranışlar geliştirmek için sistemli yardımlar almak durumunda kalabilirler, tanı konulmuş hastaların bazıları tedavide ilaç kullanımına cevap vermeyebilmektedir. Bu durumlarda davranış tedavisi yararlı olabilmektedir (Brown,2005).

1.1.7.2. DEHB'nin Psikososyal tedavisi

1.1.7.2.1. Aile Eğitimi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu sadece sorunu olan çocuğu değil, onun ailesini ve çevresini de etkiler. Bu bozukluk hakkında çocuğu, aileyi ve çevresini bilgilendirmek gerekmektedir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış bir çocuğun dünyaya gelmesi hem çocuğun hem de ailesinin yaşamını zorlaştırdığı görülmektedir. Öncelik olarak anne ve babanın sorundan bağımsız olarak çocuk yetiştirme kurallarını uyması gerekir. Ailenin bilmesi ve inanması gereken en önemli unsur, çocuğun bir sorunu olduğudur. Bu sorunun ailenin bir kusuru olmadığı ve aile davranışlarıyla oluşturulamayacağı ifade edilmesi gerekmektedir. Ailenin davranışlarıyla artmasına yol açacağı da ve tedavi edilmesine neden olacağı da bilinmelidir (Turgay ve Semerci, 2008).

DEHB’de aileler için oluşturulmuş geniş kapsamlı bir eğitim programına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu programda çocuğun davranışlarını nasıl kontrol edebilecekleri, nasıl etkili bir ebeveyn olabilecekleri öğretilirse, o kadar çocuğun ve ebeveynin stresi azalır ve olumsuz stres döngüsü kırılarak daha olumlu bir döngüye çevrilir (Stein, 2002:73).

Ailede görülen bu bozukluğun belirtileri, ebeveyn, çocuk ve kardeş ilişkileri üzerinde olumsuz etkilere yol açar. Ebeveynler yüksek düzeyde stres yaşarlar ve anneler özellikle depresyon açısından risk altındadırlar. Aile eğitimi programlarında, (1) ebeveynlik becerilerinin ve güvenin artırılması, (2) stresin azaltılması, (3) aile ilişkilerini düzeltilmesi ve (4) bozukluğun hem birincil, hemde ikincil belirtilerinin azaltılması amaçlanır. Anne babaların bozukluğun doğası konusunda eğitilmesi ve çoğunlukla yaşanan suçluluk duyguları, hayal kırıklıkları, engellenme ile başa çıkma konusunda yardımcı olunması önemlidir. Ailelerin rahatlaması dolaylı olarak çocukla ilişkilerinin de düzelmesine katkı sağlayacağı bilinmektedir. Ebeveynlerde de hastalığın genetik özelliğinden dolayı görülme olasılığı vardır. Dolayısıyla ailelerin, destek grupları ve eğitimlerle bozukluğun biyolojik/genetik temelini anlama konusunda yardım alması gerekmektedir (Şenol vd., 2005).

Aileler DEHB olan çocuğa nasıl yaklaşması gerektiğini öğrendikleri zaman çocuğun uyumu ve sosyal ilişkilerinin iyileşmesi sağlanabilir. Bu teknikler tek başına uygulanabileceği gibi ilaç tedavisi ile birlikte daha etkin olduğu belirlenmiştir (Ercan ve Aydın, 2007).

1.1.7.3. Davranış Tedavileri

İlaçların DEHB tedavisinde etkili olduğu bilinmesine karşın özellikle okulda akranlarına ve/ya evde ailesine karşı ciddi anlamda rahatsız edici davranışlar sergileyen bazı çocukların tedavisinde tek başına ilaç tedavisi yeterli olmamaktadır. Böyle durumlarda davranış tedavisi yararlı olmaktadır.

Davranış tedavisi, işlem hızı ve dikkati koruma gibi algısal işlevleri iyileştirmekte sınırlı bir yarar sağlamaktadır. Özellikle en büyük faydayı yıkıcı davranış sorunlarına sahip çocuklar ve ergenler görmektedirler.

Davranış tedavisinin ilk ögesi, çocuğu çeşitli durumlarda neyin cesaretlendirdiğini ve hangi değişikliklerin yardımcı olabileceğini belirlemek üzere, sorunlu davranışların dikkatle değerlendirilmesidir. Bir sonraki adım, çocuğun ve ailenin tedaviye uymunun izlenmesidir. Üçüncü olarak, çocuğun hedeflenen davranışlara ilişkin performansı karşılığında ebeveyn tarafından belirlenecek olumlu veya olumsuz sonuçları tanımlamaktadır. Son adımda ise, müdahalenin etkinliğinin izlenmesi, neyin işe yaradığının, neyin değiştirmesinin gerektiğinin değerlendirilmesidir (Brown, 2005).

1.1.7.4. Bireysel Tedavi

DEHB olan çocuklarda bireysel psikoterapinin etkinliği araştıran iyi kontrol edilmiş bir çalışma bulunmamaktadır; ancak, kronik bir bozukluk olan DEHB olan çocukla iyi bir terapötik ilişki sağlanmasına yardımcı olabildiği söylenebilmektedir (Hetchman 2005, Aysev ve Taner:414).

Bireysel terapide terapist, ana-baba ve çocuklara kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar. DEHB ile yaşamayı öğretmektedir. Kişi güçlü olduğu taraflarını tanımaya ve geliştirmesine, günlük sorunlarıyla başa çıkmasına; dikkatlerini ve saldırganlıklarını kontrol altına almasına yardımcı olmaktadır. Bunu sağlamak amacıyla birçok yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlar:

Psikoterapi: Bu bozukluk ile yaşamayı, kendilerini kabullenmeyi öğreten terapidir. Kişiler kendilerini rahatsız eden duygu ve düşünceleri terapistle paylaşırlar. İşe yaramayan davranış şekillerini değiştirme ile ilgili ortak karar verirler. Bu yöntem onbir yaşından büyük ergenler için daha geçerlidir. Daha küçük çocuklar için oyun terapisinin daha uygun olduğu görülmüştür.

Bilişsel-davranışçı (Cognitive- behaviour) Terapisi: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu olan kişilerin sorunlu tavırları ve davranışlarını düzeltmek için ümit vaat eden bir yol, ilacın yanısıra bilişsel- davranışsal tedavi tekniklerini kullanmaktır (Brown, 2005).

Arthur Anastopoulos ve Lisa Gerrard (2003) göre, bilişsel-davranışsal stratejiler, tipik olarak hastanın kendine zarar veren varsayım ve stratejilerini tanımlayarak onları bilişsel davranışsal müdahalelerle yok ederek daha olumlu yardımcı yaklaşımların geliştirilmesini kolaylaştıracak davranışları cesaretlendirmeyi amaçlamaktadır.

Bu bozukluk genellikle tüm aile fertlerine de ilgilendirdiği için ailelerde terapiden yararlanır. Hatta çocuk sahibi olmayan çiftler arasında dahi sorunlar yaşanabilir. Dehb olan çocuklar ailelerine sürekli olarak endişe, sinir bozukluğu ve yönetim sorunları yarattırlar. Evlilik ve aile tedavilerinde tedavide bu sorunlar ele alınmaktadır.

Terapide güncel ve acil sorunlar ele alınır. Duygu ve düşünceleri anlamaya çalışma, analiz yapma yerine, davranışın olumlu yöne nasıl çevrileceği konusu işlenir. Sorunların pratik biçimde çözümlenmesi için yollar gösterilir, uygulama öğretilir (Vanlı, 2006).

Sosyal Beceri Eğitimi: Yeni davranışları öğreniminde yardımcı olan bir tedavi biçimidir. Terapist çocuğa, sırasını beklemeyi, yardım istemeyi, paylaşmayı, uyum sağlamayı, akran ilişkilerin de nasıl davranması gerektiğini kendi anlatımı ve uygulaması ile öğretmektedir. Ve bu öğretilerin çocuğun deneyerek yapmasını istemektedir.

1.1.7.5. Öğretmen Eğitimi ve sınıf içi kurallar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar için belirli kuralları olan ve programı olan sınıf en iyi olanı olmaktadır. Çocuklar için sıkıcı olan etkinlikler saptanmalı, oturduğu sırası, dış etkenlerden arındırılmalı, pencere ve kapıdan uzak bulunması, duvarda asılı olan renkli broşür ve panolar sıranın önünde olmaması gerekmektedir. Çocukların kendi hayallerine ve düşüncelerine dalmaması için belirli bir denetime ihtiyacı vardır. Bu denetimde sınıf içinde öğretmene düşmektedir. Etkili öğretmenler çocukların davranışlarını kontrol altına almayı öğrenmelerinde yardımcı olmak için bir takım davranışsal müdahale tekniklerini

kullanırlar.Öğretmene yakın olan ön sırada oturması, hem dikkatinin dağılmaması hem de gereksinim duyduğunda yardım istemesi için uygundur.

DEHB yaşayan çocukların eğitimi konusunda öğretmenlerin üç aşamadan oluşan bir strateji belirlemeleri uygun olmaktadır;

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

1.2. AİLE

1.2.1. Anne Baba- Çocuk İlişkisi

Doğumdan sonra çocuğun en yakın çevresi ailedir. İnsanın gelişmesinde. Çevrenin etkilerini gözlemlemek adına ilk olarak aile ortamı seçilmiştir. Aile, çocuğun gelişiminde özellikle ilk yıllarda, önemli bir yer tutmaktadır. Ailede anne-baba çocuğa beslenme, barınma, korunma ve öğrenmesi ile ilgili imkanlar sağlar. İhtiyaçlarını yerinde ve zamanında karşılıyarak ve gerekli sevgi ve şefkati de verirlerse, çocukta güven duygusunun temelini oluştururlar (Ülgen ve Fidan,1997; Yavuzer, 1986; Yörükoğlu 1985).

Çocuğun kişiliği ilk önce ailesi ile kurduğu etkileşim sonucunda gelişir. İçinde bulunduğu toplumun değer yargılarına ve kurallarına uygun bir birey yetişmesinde aileye büyük görev düşmektedir. Anne baba çocuklarından beledikleri davranış modeline uygun davranmaları gerekmektedir. Uyumlu ve özerk bir ailede yetişen çocuk ona göre özerk, tutarlı ve sağlıklı ilişkiler kurmaya başlamaktadır. Bu nedenle anne ve babanın tutumları, gelişmekte olan çocuğa örnek model oluşturduğu bilimektedir. Bu örnek model ile kişiliğini etkilemektedir ve özdeşim modellerinden elde edilen yetişkinliğinde benzer tutumları uygulaması ile ortaya koymaktadır (Yavuzer, 1986).

Aile içinde çocuğa gerekli eğitimi vermek ve topluma uyum sağlayabilecek şekilde yetiştirmek ona doğuştan getirdiği potansiyelinin gelişebileceği uygun ortamı ve çevreyi sağlamakla olabilmektedir. Özellikle çocuğun davranışlarını yorumlarken ailelerin değerleri, eğitimlerinden kaynaklanan yargı etketleri ile tepkide buldukları görülmektedir (Navaro, 1998).

Çocuk ailenin gösterdiği eğitimden gerekli gibi yararlanması tam olarak ailelerin çocuklarına sağlıklı tutumlarla yaklaşımları sayesinde olmaktadır. Bu gösterile tutumların sağlıklı olması için aile bireylerinin kendi içinde barışık, dengeli, huzurlu ve birbirlerine karşı sevgi ve saygılı olmalarına bağlanmaktadır (Yavuzer, 1986). Bazen aileler tutumlarını sağlıklı yerine getirmedeği durumlarda olabilmektedir. Kendi çocuklarının baskılı yada aşırı gevşek bir şekilde olması,

parçalanmış ailelerden gelmiş olmaları, eşleriyle çatışmaları, çok genç yaşta panlamadıkları bir zamanda çocuk sahibi olmaları, beklentilere uymayan bir çocuk dünyaya getirdiklerinde vb. Nedenler, çocuklarına karşı olumsuz tutumlar geliştirmelerine neden olmaktadır.

Çocuk, aile ilişkileri sağlıklı olduğu sürece mutlu ve huzurludur. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, evlilik çatışmaları ya da boşanma çocuklarda ki anksiyete, saldırganlık, davranış bozukluğu gibi uyumsuz davranışlara, sosyal ve bilişsel yetersizliklere yol açtığı görülmektedir.

Ana- baba davranışlarıyla çocuklarını korku silahlarını çevirmeksizin, kendi kendilerini disipline eden bir birey olarak yetiştirmeleri gerekmektedir. Aileler bu yaklaşımı benimseyerek, kendi kendisini denetleyebilen, sözgüveni olan sorumluluk sahibi ve özgüveni olan bireyler yetiştirmektedir (Aydoğmuş vd, 1998, s.121).

1.2.2. Ailede Çocuk Yetiştirme Tutumları

Hoffman, çocuğun hareketlerinin bir başka bireyi incittiği durumlarda, ailenin gösterdiği çocuk yetiştirme tutumlarının, çocuğun kendisini karşısındaki insanın yerine koyabilmesini, incitilen kişinin hüznünü hissedilmesinin sağladığını ve çoğunlukla, “çocuğun empati kurma eğilimini” artıracak ve prososyal davranışın gelişimine yardımcı olacağını iddia etmektedir.

Darling ve Steinberg (1993) göre, çocuğa yöneltilen davranışlar ve tutumlar çocuktaki duygusal alanın oluşmasını sağlamaktadır. Steinberg ve arkadaşları, 4 aile stili olduğunu bildirmişlerdir. Bu aile stilleri, Kabul edici/ilişkili ve sıkı denetim/kontrol boyutuna dayandırmaktadırlar: Otoriter, demokratik, hoşgörülü ve ihmalkar olarak ayrılmaktadır. Kabul edici boyutta, ergenler ailelerini Kabul edici, ilgili ve duyarlı olarak algılamaktadırlar. Sıkı denetim ve kontrol boyutunda ise ailelerin kotrolcü, denetimci ve gözlemleyici olduklarından bahsedilmektedir. Demokratik/güvenilir aileler de bu iki boyutta artış olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, ihmalkar aile tutumunda ise bu boyutlarda azalma olduğu saptanmıştır. Otoriter aile stilinde ise kabuledici/ilgili boyut düşük fakat sıkı denetim/control

boyutunda ise artış görülmektedir. Son olarak, hoşgörülü ailelerde, Kabul edici/ ilgili boyutta artış fakat sıkı denetim boyutunda azalma olduğu belirtilmiştir.

Shaeffer'ın, bir ay üç yaş arasındaki çocuklar ve anneleri ile ilişkiyi ele alan çalışmasında, anne davranışlarını sevi- düşmanlık ve kontrol- bağımsızlık olmak üzere iki boyutta gruplandırmıştır. Sevecenlik içeren sevgi boyutunda ana-babalar çocukların davranışlarını onaylayıcı, Kabul edici, disiplin yöntemlerinde övgüyü sıkça kullanan ve çok az fiziksel ceza kullanan kişilerdir. Kontrol-bağımsızlık boyutunun control ucunda odaklaşan ana babalar çocuklarının boyun eğici, itaatkar, kurallara uygun davranmasını bekleyen kişilerdir (Aydın,2005).

1.2.2.1 Aşırı Koruyucu Anne Baba Tutumu

Anne ve babanın aşırı koruması ve çocuklarına gereğinden fazla olarak özen göstermesi anlamına gelmektedir. Çok katı ve sıkı denetim içinde esnek ve anlayıştan uzak olarak, aşırı baskı içinde yetiştiren anne babaların çocukları, diğer kimselere aşırı bağımlı, kendine güveni olmayan, pasif, duygusal kırıklıkları olan bir kişi haline gelebilmektedir ve saldırganca davranabilmektedir (Çağdaş ve Seçer, 2002; Akın, 2002).

Çocuğa gereğinden fazla gösterilen kontrol ve özen sonucu, çocuk diğer kimselere aşırı bağımlı, kendine güveni olmayan, duygusal kırıklıkları olan bir kişi olabilir. Çocuğun yaşamı boyunca sürebilen bu bağımlılık, psiko-sosyal olgunluğu olumsuz olarak etkilemekte ve çocuğun kendi kendisine yetmesine olanak vermemektedir. (Yavuzer, 1998). Anne baba böyle bir ailede müdahalecidir, kendi kararlarını vermesi için çocuğa temel zemin hazırlamaz. Çocuk adına kararlar verilir bunlar yapılırken de hakları olduğu söylenilmektedir. Bu tutumlar çocuklarda girişimi engellemekte, bağımsız hareket edemez hale getirmektedir. Yaşantılarında hep başkalarının himayesinde olmak istemektedirler.

Kontrol ile birlikte Kabul ve ilgide yüksektir. Çocuk gereğinden fazla korunarak, özen gösterilmektedir. Bu aşırı boyuttaki özveri ile anne ve babalar çocuklarından her türlü şeyi isteme hakkı elde etdiklerini sanırlar ve onları anlamasını beklerler. Çocuğun yapabileceği bütün sorumlulukları onun yerine üstlenirler. Aileler

bu tür yaklaşımla onları koruyacaklarına inanmaktadırlar. Oysa ki kendi yalnızlıklarını ve mutsuzluklarını karşılamaktadırlar (Şanlı, 2007).

Bu tutumda yaklaşan aile çocuğun duygularının da tam olarak yaşamasına fırsat vermemektedir. Herşey kolaylaştığı için çocuk yaşama hazırlıksız olarak başlamaktadır. Gerçek yaşamdan yalıtılmış bir dünyanın içine sokulmuş gibidir (Yavuzer, 2003).

Aşırı himayeci ve koruyucu olan bu aileler, çocuklarını kendi kişiliklerinin bir uzantısı olarak görüyorlar. Kendi duygusal yoksunluklarını bu çocuklar üzerinden gidermek istemektedirler. Bu aileler çocuklarının kendisine bağımlı olmasını bir görev olarak saymaktadırlar. Kız çocukları aileleri tarafından kontrol edilmekte, bağımsız ve ayrı bir birey olma yolundaki adımları ailesi tarafından engellenmektedir. Toplumsal gelişimi de gerilemiş olan bu çocukların arkadaş ilişkileri de buna göre değişebilmektedir.

1.2.2.2. Demokratik/Destekleyici-Yetkili ve Güvenilir Anne Baba Tutumu

Çocuk, sıcak bir aile etkileşiminde anne ve babasının onayını almak için isteklidir. Ailesinin sevgisi ve ilgisini kaybetmekten korkmaktadır. Ailenin ona doğru olan davranış kalıplarını öğretmesi için sağlıklı bir etkileşim ortamı oluşturması gerekmektedir. Bu ortamda sert disiplin kurallarına yer vermesine gerek yoktur (Yavuzer, 1998).

Ana babaların çocuklarının da hakları olduğunu kabul ettikleri bir ebeveynlik yaklaşımıdır. Çocuklarına uyması gereken kural ve kararları açıklayarak akıl yoluyla onları destekleyerek kontrol etmeye çabalamaktadırlar. Çocuk sevgi ve ilgi ortamında ana-babanın standartlarına uymak için çaba sarfeder. Ailenin çocuğa sürekli olarak akıl yollarını göstererek yaptıkları açıklamalar sonucu onun toplumsal kuralları içselleştirmesi sağlanmış bulunmaktadır. Hangi davranışın uygun hangi davranışın uygun olmadığını fark etmesini sağladığı bilinmektedir (Cole, M. 2001, akt.Ucur, 2005; Yavuzer, 1998).

Demokratik ana-baba, çocuğa içten ve derin bir sevgi duyar ve bunu şartsız olarak gösterir. Çocuğun ilgi ve ihtiyaçlarına hassastır. Davranışlarını ilgi ve anlayışla izler. Otonom benlik iradesine ve sağlıklı uyuma değer verir. Yaşına göre kendisiyle ilgili bazı kararları almaya çocuğu teşvik eder; önemli konularda alınan kararların nedenlerini çocukla tartışır, onun görüşlerine değer verir; sözel alişverişlere olanak sağlar. Hemen her konuda çocuğa iyi bir rehber olmaya çalışır Bu ana-babalar, engelleyici davranmamakta, çocuklarına makul sınırlar içinde özgürlük tanımaktadırlar.

Araştırmalar böyle bir ortamda yetişen çocukların, girişken, atılđan, fikirlerini rahatça savunabilen, bağımsız ve kendine güvenen kişiler olduklarını göstermektedir. Çocuklarda “zsayđı”, “kendini gerçekleştirme”, “kendini kabul”, “benlik tasarım düzeyi”, ve “uyum düzeylerini” diğer ortamlarda yetişen çocuklara göre daha yüksek bulunmaktadır. Çocuklarını oldukları gibi kabul eden, onu destekleyip yreklendiren aileler, çocukların benlik sayđısının temellerini atmaktadırlar (Ucur, E., 2005).

1.2.2.3 Baskıcı ve Otoriter Anne ve Baba Tutumu

Otoriter anne-baba tutumunda, çocuklarla anlaşmadan, bir anlamda pazarlık etmeden, onların istediklerini hiçbir şekilde kabul etmeksizin ana babalar tarafından kararlaştırılan kural ve emirlerin çok sıkı uygulanması yer almaktadır (Ekşi, 1990). Çocukların uyumunu sağlamak için ceza içeren önlemlere başvururlar.

Ana baba katı bir disiplin uygulamaktadır. ocuk, her türlü kurala uymak zorunda bırakılır. Evde ve dışarda görgü kurallarına uygun olarak davranmalıdır. Ana baba sözünden hiç dışarı çıkmaması ve karşı gelmemesi gerekmektedir. Durum ve koşullar ne olursa olsun ailesine boyun eğmesi gerekmektedir. Annenin aldığını giymeli, onun seçtikleri ile arkadaşlık yapmalıdır. Verilen ceza suç ile orantısızdır. ocuk ne pahasına olursa olsun yola getirme amacıyla cezalandırılmaktadır. ocuk her yaptığı davranışta ailesinin eleştirisinden çekinir ve attığı her adımda yanlış yapma endişesini duymaktadır (Yrkoğlu, 1985).

Baskı altında olan çocuklar, sessiz, uslu, nazik, dürüst ve dikkatli olmasına karşılık, küskün, silik, çekingen, başkalarının etkisinde kolay kalabilen, aşrı hassas

bir yapıya sahip olabilirler. Bu çocuklar sürekli suçlayan ve cezalandıran tutum içinde sorunlar karşısında kolayca ağlayan oldukları görülmektedir. Baskı onlarda isyankar bir vaziyet ve aşağılık duygusu gelişimine yol açmaktadır.

Bu çocuklar her zaman çekingen, ürkek ve pasif davranışlar göstermemektedir. Bu çocukların bazıları vurucu, kırıcı, yok edici, saldırgan davranışlara da yönelebilirler. Ailenin cezacı model ile yaklaşması güçlünün güçsüzü ezebileceğini çocuğa öğretmiş olabilmektedir. Otoriter tutumda sık uygulanan ceza, çocukta vicdan gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Çocukta suçluluk duygusu yaratmaktadır. Çocuğun kendisine aşırı disiplin uygulanması çocuğun ailesine karşı korku ve öfke duymasına neden olmaktadır. Bu da çocukta öz saygının azalmasına ve kendini bir dış güce bağımlı hissetmesine yol açmaktadır (Çağdaş, 2008).

Otoriter aile de sevgi, çocuk istenilen davranışı yerine getirirse gösterilmektedir. Sevgi bir pekiştirici olarak kullanılır. Aile mutlak itaat ve uyum beklemektedir. Çocuk kabul edilemek, onaylanmak ister. Aile ortamı benliğini tanıma olanağı vermiyorsa, ailenin istediği bağımlı kişi yaratılmış olmaktadır (Akt: Ucur, 2005; Örgün, 2000).

Böyle bir aile ortamında büyüyen çocukların, akranlarına kıyasla sosyal iletişim becerileri ve girişimciliklerinin zayıf olduğu görülmektedir. Aile çocukların nasıl düşünüp nasıl davranması gerektiğine dair katı kurallar ortaya koymuşlardır. Baskı uygulanarak istenilenin yapılması sağlanan çocuk, korku içinde öğrenmesi gereken davranış kalıbını değil sadece geçici olarak davranışını değiştirecektir (Yavuzer, 1986).

1.2.2.4. Tutarsız ve Kararsız Anne Baba Tutumu

Anne ve baba arasında görüş ayrılığı olabileceği gibi anne ya da babanın gösterdikleri değişken davranış biçiminde de görülebilir. Ana babanın tutumu aşırı hoşgörü ile cezalandırma arasında gidip gelmektedir. Evde ki disiplinin nerede ne zaman uygulanacağı belirsizdir. Çocuk hangi davranışın ne zaman ve nerede istenmediğini anlayamaz. Tutumunu anne babanın keyifli ya da öfkeli oluşuna göre ayarlamaya çalışır. Çocuk hangi davranışın doğru ya da yanlış olduğunu değil ne

zaman yaparsa cezadan kurtulacağını düşünmektedir (Şanlı, 2007; Ucur, 2005). Çocukta değerler sisteminin oluşması engellenir. Çocuk kendisi ve anne babasıyla çatışır.

Eğitim yönteminde salt olarak tutarlılığın sağlanması mümkün olmamaktadır. Ancak bir ailede görmemezlikten gelinen yaramazlığa ertesi gün ağır bir ceza veriliyorsa, annenin yaptığını baba bozuyorsa ya da babanın vermiş olduğu cezayı anne kaldırmaya çalışıyorsa, tutarsızlık var demektir (Yörükoğlu, 1996, Çağdaş, 2008:150).

Çocuklarına tutarsız bir tutum ile yaklaşan anne babaların uyguladıkları kurallarda tutarsızlık olduğu gibi süreklilikte yoktur. Tutarsız tutum içindeki ana babalar, bazen aşırı hoşgörü, bazen de aşırı otoriter bir tutum gösterebilmektedirler. Çocuklarından birşey yapmasını istediklerinde ve ceza verdiklerinde nedenini açıkla mamaktadırlar (Çağdaş, 2008).

Deur ve Parke (1970), ana babaları tarafından saldırgan davranışları, bazen ödüllendirerek bazen de cezalandırılarak, tutarsız bir tutum içinde yetiştirilen bir grup çocuk üzerinde karşılaştırmalı araştırma sonucunda; anne babaları tarafından tutarsız tutumla yetiştirilen çocukların, tutarlı tutumla yetiştirilen çocuklara oranla cezaya daha fazla direnç gösterdiklerini, saldırgan davranışlarda bulduklarını ve saldırgan davranışların bu çocuklarda kolayca değiştirilemeyeceğini ortaya koymuşlardır.

Çocuğun sosyalleşebilmesi için içinde yaşadığı toplumda kabul edilen ve kabul edilmeyen davranışları öğrenmesi gerekir. Anne babaların hangi davranışları niçin yapması gerektiğini belirtmesi ve uygulanan cezaların nedenini açıklamaları gerekir. Çocuğun toplumsal normlara ve kurallara uygun davranabilmesi, saldırganca davranışları azaltabilmesi ailelerin bu davranış modellerinin öğretmesi ile olduğu bilinmektedir.

1.2.2.5 Reddedici veya Gevşek Anne Baba tutumu

Baumrind'in çalışmalarında sınıfladıkları "izin verici" ana baba stilini ikiye ayırmışlardır. Bunlar; izin verici/müşahamakar (hoşgörülü) ve izin verici/ihmkar ana baba stilleridir. İzin verici-ihmkar ebeveynler de kontrol/ ilgi ve kontrol düşük düzeydedir. Çocuklarının hiçbir şekilde denetlemedikleri, davranışlarına sınırlama koymadıkları gibi onlarla yeterince ilgilenmemekte ve sevgi göstermemektedirler.

Bu aileler çocukları ile aralarında mesafe koyma eğilimindedirler, onlara ayıracak zaman ve ilgileri yok gibidir. Onlara karşı ilgisizdirler ve onları hiçbir şekilde denetlemezler. Çocuklarının sadece temel ihtiyaçlarını karşılarlar. Ancak duygusal açıdan yakınlık göstermezler. Bu ailelerin, çocuğa uzak olan ebeveynlerin, çocuklarının saldırganlık eğilimi yüksek, okulda başarısız, sosyal içe kapanık ve kendine dönük, uzun süreli amaçları olmayan çocuklar olduğu görülmüştür (Steinberg vd.,1989, Lamborn vd., 1992; Ucur: 69).

Maccoby ve Martin (1983), ebeveynlerin ihmkar tutumlarının çok erken yaşlarda başlaması durumunda çocukların bilişsel ve sayısal gelişiminde gerilikler görülebileceğini öne sürmektedir. Anılan araştırmada, duygusal olarak ilgisiz ve depresyonlu annelerin bebeklerinde zihinsel gerileme, duygusal açıdan bağlanmada zorluklar, sinirli ve bağımlı davranışlar gibi psikolojik açıdan fonksiyonel olmayan davranışların gözlemlendiği saptanmıştır.

Reddedilmiş çocuklar, ebeveynlerinden sevgiyi nasıl alacağını öğrenememiş, psikolojik olarak zarara uğramış, duygusal olarak kırılabilir ve yetersizlik duyguları içinde olurlar (Erkan ve Toran, 2004).

Reddedilmiş çocuk belki bir süre ilgi çekmek adına olumlu davranışlar gösterebilir ancak gerektiği ilgiyi bulamadığında bu davranışlarından vazgeçerek başka tepkilerde bulunabilir. Kendi içine kapanıp, ailesi ile olan iletişimini en aza indirebilir ya da ailesinin ilgisini çekmek adına olumsuz ve saldırgan davranışlarda bulunup onaylanmayan davranışlar sergileyebilir (Duran, 2007, Aydın, 2005).

Annelerin reddedici olmalarında çeşitli sebepler bulunmaktadır. Anne evlilik dışı bir çocuğa sahip olduğunda -toplum bu tür bir ilişkiyi kabul etmez ve hoş karşılamaz-, zorunlu bir evlilik yaşamış olması, anne istemediği bir çocuk dünyaya getirdiğinde, anne ve babanın ilişkileri bozuk olduğunda ilişkiyi kurtarması adına çocuk yapılması ve olmayınca yine reddetmesi, annenin istemediği halde çocuk için mesleğinden uzaklaşması halinde, annenin çocuk yapmak için kişiliğinin yapı itibari ile sorunlu olması ve olgunlaşmaması annenin çocuğu itmesine sebep olmaktadır.

1.2.3. DEHB ve Aile İlişkileri

1.2.3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Aile Tutumları

DEHB olan çocukların ailelerinde, duygulanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, madde bağımlılığı, özgül öğrenme bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğunun daha sık görüldüğü belirlenmiştir (APA, 1998; Biederman vd.,1991).

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

Hiperaktif erkek çocukların anneleri bebekleri hakkında olumsuz hissetmektedir ve daha az iletişim kurdukları görülmektedir. Annelerine ve diğerlerine karşı olarak bu çocuklar hırçın davranışlar göstermektedirler (Becerik Özdiker, 2002; Arı, 2006:).

DEHB olan çocukların ailelerine bakıldığında, karı- koca geçimsizliği, depresyon, psikopati, aşırı duygusallık, gerginlik, yetersizlik hisleri ve annelerde histeri sıklıkla görülmektedir (Vanlı, 2006; Aysev ve Öner, 2001; Biederman, Faraone ve Monuteaux, 2002).

Hiperaktif çocuklar annelerinden, normal çocuklara oranla daha fazla yardım beklediği ve talep ettiği görülmektedir. Annelerin sözlerini daha az dinlemektedirler. Anneleri daha fazla yönerge vermektedir. Bu yönergeler ve eleştiriler çocukların söz dinlememe davranışını daha da arttırdığı görülmektedir.

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

Hiperaktif çocuğa sahip ailelerin ana-babalık tutumlarına baktığımızda gerginlik, yetersizlik duygusu ve anne babanın farklı disiplin anlayışları ilk göze çarpanlardır. Ancak bu özellikler hiperaktiviteye neden değil olası hiperaktiviteyi tetikleyici etkenlerdir (Yazgan, 1998).

Barkley'in (1998) belirttiği gibi DEHB olan çocukların ebeveynleri daha yüksek oranda çocuklarına emirler vermektedirler. Onlara karşı daha negatif ve emredici özellikle bazı olaylarda çocuklarına karşı daha ilgisiz ve tepkisiz olabilmektedirler. DEHB olan çocuklar, ebeveynlerinin direktif ve emirlerine karşı daha olumsuz ve daha inatçı davranabilmektedirler.

Ailenin içinde bulunduğu stres durumu ve kaynağı, ailelerin özel gereksinimli çocuğa karşı olumsuz tutumlarına sebep olabilmektedir. Bu olumsuz tutumlar, çocuğun toplumla kaynaşmasına ve kendisi gibi olmayan akranlarıyla sağlıklı ilişkiler sürdürmesine engel olmaktadır. Bu durum ise yalnızlık ve soyutlanma duygularına kapılan bireylerin düşük benlik algısı geliştirmesine, kendine güven duygusunun yetersiz gelişmesine, kaygı ve utanma duygularının ortaya çıkmasına, diğer taraftan bu bireylere yönelik aşırı koruyucu davranışlar bağımlılığa ve güdü eksikliğine yol açabilmektedir. Bu tür olumsuz tutumlar, özel gereksinimli bireyin akademik başarısının düşük olmasına, bağımsız yaşam ve sosyal becerilerinin yeterince gelişmemesine ve uygun bir iş olanağı elde edememesine yol açabilmektedir (Arı, 2006).

Marsh ve Johnston (1983); hiperaktif çocuğa sahip aileler üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda bu ailelerin kontrol grubundaki normal çocuğa sahip ailelere göre çok daha yüksek oranda kaygı yaşadıklarını ortaya koymuşlardır (Pekcanlar ve Miral,1998). Çocuklarına karşı ailelerin olumsuz ve daha az onaylayıcı davrandıklarını saptamışlardır.

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

Du Paul ve arkadaşları (1997), DEHB olan çocuğa sahip ailelerde, ebeveyn çocuk ilişkisi ve aile işlevlerinin sorunlu olduğunu ve stres seviyesinin yüksek olduğunu bulmuşlardır.

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

1.3. BENLİK

1.3.1. Benlik-Benlik Saygısı

Benlik kavramı (self concept) kişinin kendisi ile ilgili algıların, yüklemelerin, geçmiş yaşantıların, gelecekle ilgili amaçlarının ve sosyal rollerinin zihinde temsil edilişi, kavramsal ben olarak odaklaşmasıdır (Aydın, 2005).

“Benlik kavramı; Kişinin kendi kimliği, değeri, yetenekleri, sınırları, değer yargıları, amaçları, vb. gibi kendisi hakkında algılayabildiği görüşlerinin, duygularının ve tutumlarının tamamı; bireyin kendi benliğine ilişkin tanımı; kendine ilişkin zihinsel tablosudur”

Benlik gelişmesi doğuştan başlar. Spermin yumurtayı döllemesinden itibaren başladığı söylenilir. Doğumdan sonra önce bedensel, sonra ruhsal ve toplumsal gelişme benliğin oluşmasına etkiler. Çocukluktan başlayarak bütün yaşam boyu insanın çevresinde bulunan kişilerle kurduğu ilişkiler, iletişim ve etkileşim bu gelişmede bir yandan bireyin toplumsallaşmasını, öte yandan kendi benliğini tanımasını sağlamaktadır (Köknel, 1997).

Confield’a göre, benlik kavramı doğuştan gelen bir yeterlilik yada kalıtsal olan bir özellik değildir, yaşadıkça öğrenilen, deneyimler çoğaldıkça gelişen bir kendilik bilincidir. Yaşantılar sonucunda tecrübeler doğrultusunda bireyin kendisi ile ilgili duygu, düşünce ve algılarının bir bütün içinde şekillenmesidir (akt. Çetin, 2008).

Ben, benlik, kişilik çoğunlukla eş anlamlı olarak kullanılan kavramlardır. Kişiyi o kişi yapan başkalarından ayıran duygu, tutum ve davranışların tümünün örgütlenmiş bütünlüğünü anlatır. İnsan kendi kişiliğini, benliğini nesnel olarak değerlendiremez. Benlik kavramı (self concept) insanın kendi benliğini algılayış ve kavrayış biçimi olarak tanımlanır. Kişinin kendisini nasıl görüp, nasıl değer biçtiğini anlatır. Bu değerlendirme gerçeklere uymayabilir. Kişi kimi alanda kendini yüceltebilir, kimi alanda küçültebilir. İnsanlar genellikle kendilerini olduklarından

güçlü, daha zeki, daha yetenekli ve daha erdemli görme eğilimindedirler. Olumsuz yönlerini görmemeyi, olumlu yönlerini abartıp öne çıkarmayı yeğlemektedirler.

Benlik, insanın kendi kişiliğine ilişkin kanılarının toplamı, insanın kendisini tanıma ve değerlendirme biçimidir. Kişiliğin öznel yanısıdır. Bu kavramın anlaşılması ve yapısını oluşturan öğelerin çözümlenmesi için, insanın kendi kendisine sorduğu sorulara içtenlikle cevap araması gerektir. İnsanın kendi benliğini tanıması için tek çıkar yol bu olmaktadır (Köknel, 1997).

Her insanın ulaşmak istediği bir benlik kavramı vardır. Kişi ideal benlik kavramını geliştirmeye çabalar. Kişi bu amaca ulaşmak için çalışır, çabalar, ulaşamazsa mutsuz olur, kendine saygısını yitirir. İdeal benliğin gerçek dışı olduğu durumlarda kişi bunalıma düşer (Yörükoğlu, 1993: 101-103; Gander ve Gardiner, 2001: 492).

James, kişinin kendinin olduğunu söyleyebileceği her şeyin toplamını “benlik” olarak tanımlar. Benliği “bilen benlik” ve “bilinen benlik” olarak iki boyuta ayırır. Bilen benlik özne, bilinen benlik ise nesnedir. Bilimin konusu bilinen benliktir. James ayrıca, maddi benlik, sosyal benlik, manevi benlik ve saf ben olarak bireyin bir kaç benliği olduğunu savunur (Bacanlı, 2004, Güler:39).

Jung (1968), insanda doğuştan geldiğine ve kendisini geliştirmeye, kusursuzluğa ulaşma yönünde insanı güdülediğine inanılan evrensel bir benlik tanımını benimsemektedir. Benlik, egonun şablonudur. Kolaktif bilinçaltında diğer bütün arketipleri kapsayan yönetici, merkezi arketiptir. Bilinç ve bilinçaltını çevreleyen, bireyselleşmenin son noktası olarak tanımlanmaktadır (Akt; Yıldız; Jung, 1968, Kısa, 2005, Budak, 2000).

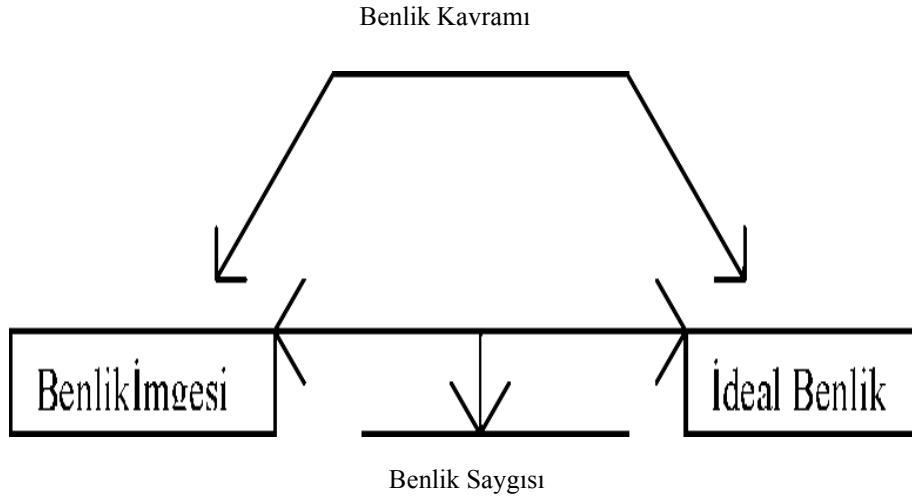
Allport benlik bilinci için “uygun” anlamındaki *proprium* kelimesini kullanmıştır. Benlik bilinci her birimize ait veya uygun olandır. Bizi başkalarından ayıran herşeyi içinde barındırır. Kişiliğin bilinçli yanının önemli bir parçasıdır. Bebeklikten ergenliğe yedi aşamada gelişmektedir. Sosyal ilişkiler özellikle anneyle olan ilişkiler, cinsel çatışmalar hariç *proprium*'un oluşmasında çok önemlidir (Schultz, 2002).

Rogers'ın kişilik kuramının ana kavramı benliktir. Benlik “ben” i tanımlayan bütün düşünce, idrak ve değerlerden oluşmaktadır ve “kimim” ya da “ne yapabilirim” in farkındalığını içine almaktadır. Bu kişinin hen dünyasını hem de davranışlarını etkilemektedir. Benlik bilinci kişinin kendini nasıl gördüğünü ifade eder (Atkinson, 1995).

Rogers, bireyin benlik-kavramının ve onun değerlerinin, birey için önemli bir kişiyle-genellikle bu kişi, annedir-hayatının ilk dönemlerinde etkileşim içinde olmasına dayanarak kazanılmış olduğunu ileri sürer. Farklı cinsiyet türlerini içeren ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin, benliğin gelişimi üzerine oldukça farklı etkiler bıraktığını ifade etmektedir.

Bireylerin yaşantılarını olumlu yada olumsuz olarak değerlendirmeleri sonucu benlik bilinci oluşmaktadır. Eğer birey kendisini koşulsuz seven bir aile ortamında yaşıyorsa, kendisini değerli bir varlık olduğunu kavrar ve olumlu benlik bilinci gelişimi görülmektedir. Koşulsuz sevgi, olumlu benlik bilincini beraberinde getirir (Atkinson, 1995; Kulaksızoğlu, 1999).

Lawrence (2000), benlikle ilgili bu farklı kavramları şöyle özetlemektedir: Benlik kavramı; benlik imgesini, ideal benliği ve benlik saygısını kapsar. Benlik imgesi; zihinsel ve fiziksel özelliklerin farkındalığıdır. İdeal benlik; ideal özelliklerin ya da arzu düzeylerinin farkındalığıdır. Benlik saygısı; benlik imgesi ile ideal benlik arasındaki çelişkinin değerlendirilmesidir. Benlik kavramı davranışları belirleyen bir güdüleyicidir.



Şekil 1 Lawrence'ın Benlik Kavramı Şeması

Kaynak: Lawrence, D. (2000) Building Self-esteem With Adult Learners, California:Paul Chapman Publishing:1

1.3.2 Benlik Saygısı

Benlik kavramının, benlik imgesinin beğenilip benimsenmesi benlik saygısını (self-esteem) oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramının onaylanmasından doğan beğeni durumudur. Rosenberg'e göre benlik saygısı, kişinin kendini olumlu ya da olumsuz değerlendirmesidir. Schlor'a göre kişinin kendisini algılama şeklidir. James, benlik saygısını bireyin hak ettiğini düşündüğü ile bunu başarması arasındaki oran olarak nitelendirmiştir.

Benliğin duygusal boyutu olan *benlik-saygısı*, bireyin, kendisinin kim olduğu hakkındaki fikirlere sahip olmasının yanı sıra, kim olduğuyla ilgili duygulara da sahip olmasını içerir. Ruh sağlığının bir göstergesi olan benlik saygısı, başarı ve yeterlilik duygusu için koşul olmaktadır.

Branden ve Battle, benlik saygısını insanın temel bir ihtiyacı olduğunu ve gelişiminin tüm safhalarında bireyin hayatını etkileyen en önemli değişkenlerden biri olarak ileri sürerler. Benlik saygısı, kişinin başarı örüntüleri, diğer insanlarla ilişkileri, becerileri ve ruh sağlığı gibi faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir.

Harter (1990), benlik saygısını “bir birey olarak kişi kendisini ne ölçüde sevmekte, kabul etmekte ve kendisine ne ölçüde saygı duymakta” soruları ile açıklamaya çalışmaktadır.

Rogers da Horney gibi benlik saygısı üzerinde durmakta ve benlik kabulünü vurgulamaktadır. Çevre ile ilişki sonucunda oluşan benlik saygısının ailesel ve sosyal önyargı kalıntılarından bağımsız olamayacağını belirtmektedir. Eğer birey kendisi hakkındaki yargısı kötü ise, olumsuz şekilde etkilenecek ve kendisini olumsuz algılamasına neden olacaktır (Akt.Öğretir, 2004, Lawrence, 1980; Rogers, 1959).

Yavuzer (1986)’ e göre ise benlik kavramının beğenilip, beğenilmemesi ile oluşur. Bireyin kendisini değerlendirmesi sonucu ulaştığı, benlik kavramının onaylanmasından doğan beğeni durumudur.

James bireyin yüksek ya da düşük benlik saygısına sahip olup olmamasını yalnızca başarılarına bakarak değil, amaçlarıyla başarılarının karşılaştırılmasıyla ortaya çıkabileceğini savunur. Eğer başarılar amaçlara yaklaşırsa, sonuç yüksek benlik saygısı olacaktır. Aynı zamanda kişi, aynı toplumda yaşayan diğer bireylerle kendisini karşılaştırdığında başarılı buluyorsa, değerli olma duygusunu yaşayacaktır (Geçtan, 2000). Bir başka ifadeyle bireyler gerçek benlikleriyle ideal benliklerini olabildiği ölçüde örtüştürmeye, ideal benliklerine uygun davranış göstermeye çalışırlar. Dolayısıyla, ideal benliklerine uygun davranışta bulunma ihtimali yüksek olan sosyal ortamlara girmeyi tercih ederler. Kısaca bireyler benlikleriyle ideallerini yakınlştırabildikleri ortamlara katılma eğilimindedirler (Bacanlı, 1999).

İnsanlar ideallerine ulaşamadıklarında kendilerini başarısız hissederler ve kendilerini sevmemeye başlarlar. Önemli bir alanda yaşadıkları başarısızlık hissini tüm kişiliklerine genellerler. İşte bu, düşük benlik saygısıdır. Benlik saygısı güvene dayanır ve bu güvenin iki yönü vardır: Kişiliğe güven ve yeteneklerine güven. Kendilerine güvenden yoksun olan benlik saygısı düşük bireyler ne kişisel olarak ne de yeni yetenekler öğrenme konusunda risk almak istemezler (Lawrence, 2000).

Birey, kendi özelliklerini keşfetme yoluyla ve diğer bireylerin de tepkileriyle kendine ilişkin tanımlamalarda bulunmaktadır. Kendini olumlu sıfatlarla donanmış bir birey olarak algılıyorsa benlik saygısı düzeyi yüksek, olumsuz ve çelişkili algılamaları varsa benlik saygısı düşük olmaktadır. Chrzanowski(1981), benlik saygısının, bireyin kendi niteliklerini ve yeteneklerini doğru bir şekilde değerlendirmesinin geçerli olduğunu ve benlik saygısının içine kişisel değer yargıları, eğlendirmeleri ve bireyin yapısını oluşturan temel insani değerlerin girdiğini belirtmektedir. Mizaç, zeka, görünüş ve beden yapısı benlik saygısını yaratan niteliklerdir. Yaşam deneyimleri, kültür, toplum, aile ve çevresel faktörler bu niteliklerin oluşmasında belirleyici roller oynamaktadır (Duran, 2007).

Kuramsal yaklaşımda benlik farklı olarak ele alınmıştır. Psikanalitik kuramda, benlik, “id”, “ego”, “süperego” kavramları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu yapılar kişiliği oluşturmaktadır. Freud, benliğin benlik saygısı gelişimi ile ilgili değil, bireyin kendinden nefret etmesi, suçlaması gibi patolojik yönüyle ilgilenir. Ayrıca bireyin davranışlarının sorumluluğu bazı dış güçlere yüklenmektedir. Psikanalitik ekolde James’ in değindiği benliğin sosyallik boyutuna süper ego kavramı ile değinildiği görülmektedir.

Freud benlik gelişim sürecini açıklarken ideal egodan bahsetmekte ve benliğin identifikasyon sonucu oluştuğunu ileri sürmektedir. Bunun yanında yüksek düzeyde benlik saygısı oluşumunu sağlayacak diğer etmenlerin ailenin çocuğa karşı gurur dolu, saygılı yaklaşımları olduğunu belirtmiştir. Bu şekilde çocuk kafasında idealize ettiği benliklerin, kendi davranışları ile ilgili olarak gurur duymasına yol açacağından yüksek düzeyde benlik saygısına sahip olacaktır.

Fromm benlik saygısını kendini sevme, başkalarını sevme, yaratıcı olma, güvенеbilme, bireysel olarak kendini ifade edebilme becerileri ile eş değeri tutmaktadır. Özgürlük, bağımsızlık, ilgilenilme, kabul edilme gibi koşulların bu becerileri oluşturduğuna inanmaktadır (Akt, Duran; Onur, 1987). Aile ortamında bu koşullar sağlanırsa benlik saygısı gelişiminde aile büyük bir başarı sağlamaktadır.

Hümanistik Psikanaliz ekole göre, aile toplumun psikolojik ajanlarıdır. Çocuğa toplumun değerlerini, yaşam biçimlerini, rol becerilerini ve kavramları bu ajanların ilettiği ortaya konulmuştur. Fromm' a göre çocuğun karakteri, toplumun özelliklerini ona yansıtan ailesi tarafından biçimlendirilir.

Rogers, benlik saygısının oluşmasında ebeveyn-çocuk ilişkisinin üç önemli alanı üzerinde durmuştur. Çocuğa gösterilen kabul, sıcaklık, ilgi bunların ilkidir. İkinci olarak ceza ve izinler gelmektedir. Üçüncü ve önem gerektiren alan ise, ebeveynin demokratik tutumlarıdır. Bu kriterleri dikkate alarak büyütülen çocukta benlik saygısı yüksek olacaktır.

Waller& Grean (1986) araştırmalarında, aile ile olumlu iletişim sonucunda yüksek düzeyde benlik saygısı arasında yüksek ilişki olduğu görmüşlerdir.

1.3.2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı, benliğin temel yapılarından biridir ve çocuğun gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Her aile çocuklarının sağlıklı, yüksek benlik saygısına sahip olmasını ister. Yüksek benlik saygısına sahip olan çocuklar, başarılarını büyük ölçüde kendi emeği ve becerisi olarak görürler. Kendi kontrol duygusunu hisseder ve engel ve başarısızlıkla karşılaştığı zaman daha iyisini yapmak için motive olur. Düşük benlik saygısına sahip çocukların pek çoğu, başarılarının büyük bir bölümünü kendi kontrollerinin dışındaki diğer etkenlere dayandırır. Kendilerine güvenleri ve gelecekte başarılı olma şansları azalmaktadır (Yavuzer, 2002: 19-21) .

DEHB olan çocuklar, sorunsal davranışları ve sosyal ilişkilerinde sorun yaşamaları nedeni ile sıklıkla evde, okulda ve buldukları çevrede eleştirilmekte ve cezalandırılmaktadırlar. Özellikle ilköğretim zamanlarında, akademik ve sosyal

alandayşadıkları zorluklar ve başarısızlıklar nedeni ile “ben aptalım, hiçbir işe yaramam” gibi ifadelerle kendilerine olan güvensizliği ve mutsuzluğu ifade ederler (Şenol vd., 2006)

DEHB olan çocukların dikkat sorunları, aşırı hareketlilikler, dürtüsel olmaları ve DEHB’ye sıklıkla eşlik eden davranış sorunları; diğer akranları ve arkadaşları tarafından fark edilir. Ve bu farklılıklarını kendilerine göre adlandırabilmektedirler. ‘tembel, şımarık, hıçın, deli, serseri, pis çocuk...vb’ gibi isimler söyleyebilirler. Bu duruma karşı sessiz kalıp duymuyor gibi görünen bu çocukların, çok üzölmeleri söz konusu olabilir. Bu durumda çocukların kendine güvenlerinin azalması, benlik saygısının düşmesine neden olabilir. Bu düşük benlik saygısı, mutsuzluk ve güvensizlik; çocuğun DEHB semptomlarının daha da artmasına neden olabilmekte ve kısır döngü oluşturabilmektedir (Ercan ve Aydın, 2007).

Barkley’e göre, DEHB’luğu olan çocuklar uygun sosyal becerileri öğrenme girişimlerinde bulunurken akaranları tarafından kabul edilmedikleri için kafaları karışabilmektedir. Bu durumda ise olumsuz benlik kavramı gelişimi ortaya çıkmaktadır. Bütün çocuklar olumsuz benlik kavramına sahip olmamaktadır. Çünkü sahip oldukları yeterlilikleri abartarak kendileri hakkında gerçekçi olmayan olumlu duygulara sahip olmaktadır. İçinde buldukları bu çökkün ve mutsuz durumun kullandıkları savunma mekanizmaları ile gerçekçi olmayan olumlu duygulara çevirebilmektedirler. Sınırlı farkındalıkları ile kusurlarının, başarısızlıklarının sorumluluğunu başkalarının üzerine atabilmektedirler (Voecks, 2003: 21-22).

DEHB olan çocukların, öğrenim yetersizlikleri ile kendini gösteren eğitim zorlukları, ebeveynlerin hoşgörüsüzlüğü ile pekişen ailevi zorlukları ve depresif kişisel deneyimleri olumsuz benlik kavramının sebebi olabilmektedir (Akt. Kanay, 2006, Bouden & Halayem, 2001).

1.4. KONU İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ARAŞTIRMALAR

1.4.1. Türkiye’ de yapılmış çalışmalar:

DEHB olan çocukların anne tutumlarını ve çocukların benlik saygısını ele alan araştırmalar az sayıdadır.

Arı (2006), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları kaygı düzeyi, algıladıkları sosyal destek ve ana-babalık tutumlarını araştırmıştır. Araştırmanın evrenini, Ankara il merkezindeki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuğa sahip, basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 188 anne ve baba oluşturmuştur. Araştırmada “Parental Acceptance-Rejection Questionnaire-PARQ Mother Form” (Aile Çocuk İlişkileri Ölçeği-Anne Formu) ve “Aile Destek Ölçeği-ADÖ” kullanılarak ölçümler yapılmış ve sonuç olarak, DEHB’li çocuğa sahip ailelerin yaşadığı kaygı düzeyi ve algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksektir. Ana-babalık tutumları ise olumlu düzeydedir. Özellikle kaygı boyutunda DEHB’li çocuğa sahip ailelere destek olunmalı ve aile eğitim programları düzenlenerek aile rehberlik hizmetleri sağlanması gerektiği bulunmuştur.

Güçlü ve Erkıran (2004), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı ile izlenen çocukların anne ve babalarındaki yaşam boyu psikopatolojinin DSM-IV ölçütlerine göre araştırılmasını, 118 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve 115 enürezis nokturna (EN) tanıları ile izlenen çocukların ebeveynlerine yarı yapılandırılmış sosyodemografik form, Turgay DEHB ölçeği ve SCID-I kullanılmıştır. Araştırmada, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşanlı diğer psikiyatrik bozuklukların ailesel geçişindeki olası cinsiyet farklılıkları araştırmalarının planlanması gerektiği, erişkin tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşanlı durumların ayrı birer ailesel alt tip olabileceği; öyle ki, bunu desteklemeye yönelik ileri aile ve biyolojik çalışmalar yapılmasının uygun olacağı ve ayrıca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, eşanlı bozukluk veya her ikisinin de zaman içinde sürekliliğini belirlemek için izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır.

Aydın vd., (2006), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu sıklığını, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hastasına K-SADS, ebeveynlerine Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, kontrol grubuna da aynı ölçekler uygulanarak araştırmışlardır. Araştırma bulgularına göre, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinde erişkin döneminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri oranı ve çocukluk döneminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri daha fazladır. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği çocukluk çağı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu belirleyebilmekte yardımcı bir araç olarak kullanılabilir olduğu bildirilmiştir.

Pekcanlar vd., (1999), Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuklarda ve ailelerinde görevleri başarma, rolünü yerine getirme, iletişim, duygusal dışavurum, girişiklik, kontrol, değerler ve kurallar gibi özellikleri, DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 60 çocuk ve anneleri üzerinde yürütülmüştür. Klinik gözlem ve değerlendirmelerle konulan tanılar, olgulara, annelere ve öğretmenlere DSM-IV'e dayalı Turgay Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Conners Ana Baba Ölçeği, Conners Öğretmen Ölçeği, Du Paul DEHB Ölçeği verilerek desteklenmiştir. Aile işlevlerini değerlendirmek için annelere Aile Değerlendirme Ölçeği III (FAMIII) uygulanak araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda, DEHB'li çocukların ailelerinin işlevleri genel olarak normal sınırlar içinde bulunmuştur, ancak büyük yaş (9-14 yaş) DEHB'li çocuğu olan ailelerde özellikle yönetimde katılık, belirsizlik, sorumsuzluk gibi kontrol alanında olmak üzere sorunların arttığı saptanmıştır. DEHB + davranım bozukluğu çocuğu olan ailelerde kontrol ve aile içerisindeki bireylerin ileti gönderiminin açık , doğrudan ve yeterli olmayışı gibi iletişim alanlarında belirgin olmak üzere sorunların arttığı belirlenmiştir. Buna göre, DEHB'li çocukların aile işlevlerinin normal sınırlar içerisinde bulunması DEHB etyolojisinde psikososyal etkenlerden çok biyolojik etkenlerin rol oynayabileceği bulunmuştur.

Kanay (2006), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 9-13 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasındaki ilişkileri, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Polikliniğine başvuran DEHB tanısı almış, 9-13 yaş grubu 45 ilköğretim öğrencisi ve

bu 45 öğrencinin ebeveynleri ve öğretmenlerinden, kontrol grubu, çeşitli okullarda, 9-13 yaş grubundan tesadüfi örneklem yolu ile seçilen 45 öğrenci ve bu 45 öğrencinin ebeveynleri ve öğretmenlerinden oluşmaktadır. Araştırmada çocukların benlik kavramı Piers-Harris Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği P.H (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale) ile; uyumsal davranış ve sorun davranışları 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği CBCL/4-18 (Child Behavior Checklist For Ages 4-18) ve Öğretmen Bilgi Formu TRF (Teacher's Report Form) ile ölçülmüş, sosyo demografik özellikler Kişisel Bilgi Formu ile saptanmış ve akademik başarı ölçütü olarak çocukların 2004-2005 Eğitim-Öğretim yılı ikinci dönem sonu not ortalamaları alınmıştır. DEHB tanısı alan 9-13 yaş grubu çocukların uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. DEHB tanısı alan ve olmayan 9-13 yaş grubu çocukların uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu ortaya konmuştur. DEHB tanısı alan grubun cinsiyetlerine göre, akademik başarıları, uyumsal davranışları, benlik kavramları ve sorun davranışları arasında, sorun davranışlardan somatik sorunlar hariç anlamlı farklılık saptanmamıştır. Cinsiyete göre somatik sorunlar puanları arasında kızların lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır. DEHB tanısı alan grubun yaşlarına göre, akademik başarıları arasında 9-11 yaş grubunun lehine anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. DEHB tanısı alan grubun yaşlarına göre, uyumsal davranışları, benlik kavramları ve sorun davranışları arasında, sorun davranışlardan saldırgan davranışlar hariç anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Yaşa göre saldırgan davranışlar puanları arasında 9-11 yaş grubunun lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır. DEHB tanısı almış grubun sorun davranışlarını anne-babaların değerlendirmeleri ile öğretmenlerin değerlendirmeleri arasında anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir.

Kılıç ve Şener (2005), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve DEHB ile birlikte Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu ve/veya Davranış Bozukluğu (KGB/DB) olan çocukların doğum, gebelik, yenidoğan dönemiyle ilgili özellikleri, gelişimleri, zeka bölümleri ve davranışsal sorun alanlarıyla anababalarının şimdiki zamana ilişkin psikopatolojilerinin, aile işlevleri, DEHB ve DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB tanısı alan, 6-11 yaş aralarında 92 çocuk ve anababalarına ölçekler uygulanmıştır. Anababalara 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler için

Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulanmıştır. Bulgular ışığında, DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olguları değerlendirilirken, sağaltım girişimlerinin çocuk yanı sıra, anababaların sağaltımı ve anababalık becerilerini artırıcı eğitim programlarıyla destekleyici tarzda olması gerektiği aşatırmanın sonucunda, düşünölmüştür.

Özcan vd., (2003), Dikkat Eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu (DEHB) ile bu bozukluğa eşlik eden karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KO-KGB) tanısı konan çocukların anne-babalarının empati düzeylerinin ve aile işlevlerinin karşılaştırmasını, DEHB tanısı konan 107 çocuktan, dışlamalar sonrasında DEHB (n=44) ve DEHB'na eşlik eden KO-KGB (n=26) olan iki grup çalışmaya alınmıştır. Aile işlevleri Aile Değerlendirme Ölçeği ile, anne-babaların empati düzeyleri ise Empatik Beceri Ölçeği ve Empatik Eğilim Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, DEHB ile KO-KGB birlikteliğinde anne-babanın empati düzeylerinin doğrudan etkili olmadığını, davranış kontrolü gibi bazı aile işlevlerinin "sağlıksızlığını" belirleyici olduğu göstermiştir.

Çakaloz vd., (2007), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu [DEHB] ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu eşlik eden DEHB [DEHB+KOKGB] olan çocukların sorunlu davranışlarının, akademik başarılarının, akran ilişkilerinin karşılaştırılarak araştırmışlardır. Çalışma, DEÜTF çocuk psikiyatrisi polikliniğine ilk kez başvuran 6–11 yaş arasında DEHB tanısı konan 21, DEHB+KOKGB tanısı konan 26, sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubuna 27erkek çocuğa, Sosyodemografik veri formu, 4–18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği [CBCL], anneler tarafından, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği anne ve babaları tarafından, Connors Öğretmen- Derecelendirme Ölçeği kısa formunu öğretmenleri tarafından doldurmuştur. Araştırmanın sonucunda, DEHB olan çocuklarda, ileriki dönemlerde ortaya çıkabilecek anksiyete/duygudurum bozukluklarına yönelik psikofarmakolojik tedavi yaklaşımları yanı sıra psikoterapötik yaklaşımlarda bulunulması, psikososyal destekte bulunulması önerilmiştir.

Kılıç vd., (2007), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tedavisi için ilk kez metilfenidat başlanan olguların ilaç tedavisine uyumlarının belirlenmesi

ve tedavi uyumunda etkili olabilecek klinik/sosyodemografik özelliklerin, ana-babanın ilaç tedavisine ilişkin düşüncelerini değerlendirmişlerdir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konan 7-18 yaş aralığında 238 çocuk oluşturmuştur. Örneklem, tedavinin birinci yılında ilaç uyumu iyi olan ve ilaç uyumu bozuk olan olgular olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Grupların klinik/sosyodemografik özellikleri ile ana-babaların ilaç tedavisine ilişkin tutumları karşılaştırılmıştır. Anababalarla yapılan ilaç hakkında bilgi vermeye yönelik görüşmeden 4-6 hafta sonra, klinisyen ana-babaların ilaca yönelik düşüncelerini değerlendirmiştir. İlaç tedavisinin birinci yılında, haftada en az 5 gün kullanım ve ilaç tatilleri dikkate alınarak, önerilen ilaç miktarının % 70 ve fazlasının reçete edildiği olgular ilaç tedavisi yönünden uyumlu olarak kabul edilmiştir. Olgularda arasında ana-babaların ilaç tedavisine yönelik yaklaşımları açısından anlamlı fark saptandı. Farkın ilaç hakkında kuşkulu ana-babalardan kaynaklandığı ve bu ana-babaların çocuklarının ilaç uyumlarının düşük olduğu belirlendi. Sonuç olarak, DEHB’de metilfenidat tedavisine uyumu ana-babaların ilaç tedavisine ilişkin düşünceleri etkileyebilmektedir. Ayrıca ergenlik dönemine ilişkin etmenlerin de önemli olduğu düşünülmüştür.

Kılıç ve Şener (2005), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve DEHB ile birlikte Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu ve/veya Davranış Bozukluğu (KGB/DB) olan çocukların doğum, gebelik, yenidoğan dönemiyle ilgili özellikleri, gelişimleri, zeka bölümleri ve davranışsal sorun alanlarıyla anababalarının şimdiki zamana ilişkin psikopatolojilerinin, aile işlevlerini, DSM- IV tanı ölçütlerine göre DEHB ve DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB tanısı alan, 6–11 yaş aralığında 92 çocuk örneklem ile karşılaştırmışlardır. Bu karşılaştırma da, Anababalara 4–18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulanmıştır. DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB grubunda annelerde depresyon, babalarda sorunlu alkol kullanımı yüksek bulunmuştur. ADÖ’nün Roller ve Davranış kontrolü alt ölçeklerinde DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB grubu ‘sağlıksız işlevi’ gösterir tarzda yüksek puanlar almıştır. DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olguları değerlendirilirken, sağaltım girişimlerinin çocuk yanı sıra, anababaların sağaltımı ve anababalık becerilerini artırıcı eğitim programlarıyla destekleyici tarzda olması gerektiği düşünülmüştür.

Toros vd., (2003), Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve primer monoseptomatik enürezis nokturna (PEN) çocuklar arasında çok yaygın olarak görülmekte ve ebeveynler bunların önemli sorun olduğunu düşünmektedir. DEHB ve PEN saptanan çocukların annelerindeki psikiyatrik belirtiler ve sosyal, aile/ev yeti yitimi, 50 DEHB'li çocuğun annesi (grup 1) ve 43 PEN'li çocuğun annesi (grup 2) hasta grupları olarak, 34 herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan çocuğun annesi ise kontrol grubu olarak çalışmaya alındı. SCL-90-R psikiyatrik belirti tarama listesi tüm gruplardaki annelere uygulandı. Ek olarak, yeti yitimi ölçeği (sosyal ve aile/ev) grup 1 ve 2'deki annelere uygulanarak, araştırmacılar tarafından bulunan bulgulara göre, gruplar arasında SCL-90-R psikiyatrik belirti tarama listesinde herhangi bir farklılık yoktu ($p>.05$). Aile/ev yeti yitimi açısından grup 1 ve 2 arasında anlamlı fark yok iken sosyal yeti yitimi grup 1'de grup 2'ye göre daha fazlaydı ($p=.031$). DEHB ve PEN'li çocukların annelerinde psikiyatrik belirtiler ile ilgili yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu, saptanmıştır.

Aktaş (2006), 8 – 10 yaş çocuklarında DE/HB olgusunun zeka, kognitif ve kişilik dinamikleri, DE/HB belirtileri gösteren ancak tanısı konulmamış ve ilaç kullanmamış 8-10 yaş aralığındaki 30 çocuk, DE/HB belirtileri göstermeyen 8-10 yaş aralığındaki 31 çocuk kullanılarak karşılaştırılmıştır. Tüm olgulara DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirildikten sonra, WISC-R, BGGA ve Ç.A.T uygulanmıştır. Araştırma da, olguların annelerine de Eysenck Kişilik Envanteri uygulanmıştır. Enürezis ve kardeş geçimine göre ve disiplin yöntemleri konusunda eşle uyum durumu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir. Disiplin yöntemlerinden; dayak uygulaması oranı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kardeş rekabeti gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Anne figürünün şefkatli oluşu deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Endişe yapılarından onaylanmama puanı deney grubu olgularında kontrole göre ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur. Sevgi eksikliği puanı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Otorite puanlarından güçlü figürü puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Sevecenlik puanları da yine deney grubu olgularında anlamlı düzeyde düşüktür. Anne kişilik envanterinde nörotik puanı ve BGGA ölçümlerinden toplam hata puanı ve perseverasyon hata puanı deney grubu olgularında kontrol grubu olgularına göre istatistiksel olarak

anlamli düzeyde yu'ksek bulunmuştur. WÇZÖ-R sonu'çlarında gruplara göre istatistiksel olarak anlamli farklılık görülmemektedir.

Durukan vd., (2009), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların annelerinin sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının ve bu öfke düzeyleriyle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri arasında ilişki olup olmadığı, ocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine ardışık olarak başvuran, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş, 7-13 yaş aralığında bulunan 40 ocuk ve anneleri oluşturmuştur. Bu olgularla yaş ve eğitim düzeyi yönünden eşleştirilmiş 30 sağlıklı ocuk ile anneleri ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Her iki gruptaki çocukların annelerinin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları Sürekli fke ve fke Tarzı leğiyle, çocuklardaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ise Conners Ebeveyn Değerlendirme leği-Yenilenmiş Uzun Form ile değerlendirilmiştir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların annelerinin sürekli öfke düzeylerinin kontrol grubundan yüksek olduğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu grubunda dışa yansıtılan öfke düzeyiyle Conners Ebeveyn Değerlendirme leği-Yenilenmiş Uzun Formunun bilişsel problemler-dikkatsizlik ve sosyal problemler alt ölçekleri puanları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Dikkat eksikliği hiperaktive bozukluğu olan çocukların annelerinin sürekli öfke düzeylerinin yüksek olması, hastalığın kronik gidişiyle ilişkili olabilir. Bu annelerin öfkelerini tanıma ve baş etme konusunda bilgilendirilmeleri dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun olumsuz etkilerinden korunma konusunda katkı sağlayacağı belirtilmiştir.

1.4.2. Yurt Dışında Yapılmış alışmalar:

Barkley ve Talimadge, anne ve babaların DEHB olan çocuklarla ve normal çocuklarla oyun ve görev süreleri sırasında, etkileşimini incelemişlerdir. 18 hiperaktif ve 18 normal erkek çocuğun oyun odalarında ayrı ayrı anne ve babaları ile etkileşimi gözlenmiştir. Küçük istisnalar dışında, davranışsal gözlemlerin belirttiğine göre, anne ve babaların oğulları ile etkileşimi farklılık göstermemektedir. Özellikle görev sahnesi sırasında aile ve ocuk etkileşiminde, önemli farklılıklar, gözlenmiştir. Hiperaktif ocukların aileleri diğer ailelere göre, daha yönerge vericidir. Ve

hiperaktif çocuklar genellikle az uyum göstermektedirler. Anne ve babaların çocukları arasındaki etkileşimde farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Eric ve Charlotte (1982), yaşı küçük ve yaşı büyük olan hiperaktif çocukların anneleri ile etkileşiminin karşılaştırmasını yapmışlardır. Anneler ve çocukları arasındaki etkileşim, yaşı küçük olan grup (4 yaş 11 ay) ve yaşı büyük olan grup ise (8 yaş 4 ay) benzer yaş gruplarındaki normal gruptaki çocuklarla karşılaştırıldı. Aralarındaki etkileşim yapılandırılmamış oyun ve yapılandırılmamış görev olarak gözlenmiştir. Başlatılan etkileşimler sırasında, hiperaktif anneleri daha fazla yönergeci, oyun boyunca olumsuz ve çocuğa daha az duyarlıydı. Özellikle genç yaşta olan hiperaktiflerin, oyun sırasında çok ve sık soru sorduğu, genelde uyumsuz ve olumsuz olduğu tespit edildi. Oyun sırasında anneleri ile etkileşimi başlatılan çocukların normal gruptan farklılık göstermediği, ama annelerinin etkileşimsiz olduğu zaman ise, daha az bağımsız faaliyet yaptıkları görülmüştür. Yapılanmış görev sırasında çocukların uygun etkileşimin olmasına rağmen hiperaktif çocukların anneleri, daha yönergeci ve olumsuz daha az etkileşimci, onaylayıcıdır. Genel olarak, anne ve çocuklar arasındaki etkileşimlerdeki özellikle yapısal görev durumunda, diğer üç grup, genç yaşta çocuklar ile karşılaştırıldığında, farklılıkların büyük olduğu bulunmuştur.

Campbell vd., (1986), ebeveynler 2 ve 3 yaş kontrolleri uzunlamasına katılanlardan hiperaktivite ve ilgili davranış sorunları olan anneleri oyun sırasında ilk değerlendirme, bir yıllık takibi ile araştırma yapılmıştır. Daha başlangıçta sağlanan yönlendirmenin yapılmış takiplerinde sorunlu çocukların annelerinin kontrol grubundaki annelere göre daha olumsuz denetimler yaptığı bulunmuştur. Problem gençler daha saldırganca oynamaya eğilimlidir. Cinsiyet farklılıkları belirginleştirildi. İlk değerlendirme sırasında; çocukları daha az işbirliği oyun sırasında bu çocukların agresif olduğu görülmüştür. Oyun sırasında anne ilişkisi zamanla azalmış olduğu bulunmuştur.

Cunningham ve Barkley (1979), yaşları 6-12 yaş arasında değişen, 20 hiperaktif çocuk ve 20 normal çocuklardan oluşan grupları, anneleri ile 15 dakika oyun sırasında ve 15 dakikada görev sırasında gözlemişlerdir. 15 saniye aralıklarla kodlama işlemi kullanma, bir gözlemci çocuğun belirli önceki davranışlara

annelerinin tepkileri ikinci gözlemci ise, annenin belirli davranışlarına çocuğun tepkileri kaydetmiştir. Hiperaktif çocuklar, daha etkin daha az uyumlu hiperaktif olmayan akranlarına göre daha az göreve devam ettikleri görülmüştür. Çocuğun sosyal etkileşimlerine, yalnız oyun faaliyetlerine ve göreve uyum davranışlarında, hiperaktif çocukların anneleri, daha az olumlu yanıt olasılığı göstermişlerdir. Ayrıca, hiperaktif çocukların annelerinin, çocukların sosyal etkileşiminde, görev odaklı faaliyetlerinde ve oyun zamanından daha kontrolcu ve dayatmacı oldukları görülmüştür. Hiperaktif çocukların anneleri arasında gözlenen kontrol müdahaleci tarzı, başlangıçta bir yanıt olan çocuğun aşırı dikkatsiz, aktif ve düşüncesiz tarzı, çocuğun davranışsal zorluklarına daha da katkıda bulunmakta olduğunu göstermiştir.

Humphries vd., (1978), çocuk ve ailesi arasındaki işbirliği ve sosyal etkileşim üzerine uyarıcı etkilerini incelemişlerdir. 26 hiperaktif çocuk (10, 2 yaş ortalaması) tıbbi durumda, anneler daha az kontrol edici hem de daha olumlu olarak davranırken, çocuğun annesi daha fazla yönetici olduğu belirtilmiştir. Tıbbi devlette, bir daha olumlu etkileşim kurulduğunda çocuğun parçalarında, sınırlı öğrenme ve daha az izin olduğu bulunmuştur. Hiperaktif çocukların annelerinin kontrol davranışı bu çocukların davranışları dışında hiçbir şekilde yanıt oluşturmamakta olduğu saptanmıştır.

Campbell (1975), 13 hiperaktif, öğrenme güçlüğü olan ve normal çocuklar, yapısal bir sorun çözme durumunda, anneleri ile etkileşimleri gözlenilmiştir. Karşılaştırma da, hiperaktif çocukları anneleri, normal çocuk annelerine göre, daha yüksek düzeyde görev çözümü ve daha fazla davranış sorunları göstermişlerdir.

Aynı şekilde, hiperaktif çocuklar, kontrol grubuna göre öğrenme güçlüğü etkileşimi yaşamaktadırlar.

Mccormick (1995), DEHB olan çocuğa sahip annelerin, depresyon riski araştırılmıştır. Çalışmada, DEHB olan çocuğa sahip annelerin anne tarafında olan depresyon rutin taraması ve ihtiyaç değerlendirmek için birincil bakım olarak bu sorunu araştırmaya başlamışlardır. Sonuç olarak, birinci basamak poliklinik major ve minör depresyon sıklığı, 4-6 ve sırasıyla, %6-%14' dür. Bu çalışmada, DEHB olan çocukların annelerinde major depresyon insidansı, %17.9 ve minor depresyon için

ise %20.5 tir. Anne depresyonu için rutin tarama düşündüren birinci basamak ayarları, çocuğun DEHB olması ile dikkate alınması gerekir.

Anastopoulos, Shelton, DuPaul ve Guevremont, çalışmalarında, DEHB olan okul çocuklarında özel olarak tasarlanmış davranışsal bir ebeveyn katılım eğitim programı (PT) sonucunda ana işleyişinde değişiklik oluşturduğunu araştırmışlardır. 9 seanslık eğitimlerin tamamlanması sonucunda anne ve çocukların işlevlerinde her ikisinde, tedavi sonrası önemli kazanımlar olduğu görülmüştür. Özellikle, PT tesir edilen ebeveynlikte stres azalmaları ve öz saygıda artma olduğu görülmüştür. Çocuklarının genel olarak DEHB şiddeti tüm eşlik eden aileler tarafından rapor edilmiştir. Buna ek olarak, onların istatistiksel ek olarak önemi bu bulguların klinik önemi açısından Jacobson ve Truax tarafından geliştirilen kullanılan yöntemleri tartışılır.

Dennis ve Cantwell (1972), hiperaktif çocukların ailelerinde yer alan psikiyatrik hastalıkları incelemek için 50 hiperaktif çocuk ve eşlenmiş olan 50 kontrol grubunun annelerinin sistematik psikiyatrik muayenesini yapmışlardır. Hiperaktif çocukların annelerinde, alkolizm, histeri ve sosyapati yaygınlık oranlarında artış olduğu bulunmuştur. Hiperaktif çocukların annelerinin %10'u hiperaktif çocukların kendileri tarafından zorunlu olduğunu düşünmektedir. Bu %10'luk aileler alkolizm, histeri ve sosyapati gibi psikiyatrik rahatsızlığı olan aileler olduğu bulunmuştur. Hiperaktif çocuk sendromunun nesilden nesile aktarıldığı ve bazı yetişkin psikiyatrik hastalıkların habercisi olabilirliğini bu araştırmada bulunanlarla desteklemektedir.

Befera ve Barkley (1985), hiperaktif bozukluğu olan ve olmayan kız ve oğlan çocukların psikopatolojilerini, anneleri ile etkileşimlerini ve annelerinde bulunan psikiyatrik rahatsızlıklarını çocuklar için kişilik envanterine göre incelemişlerdir. Hiperaktif çocuklar, daha az uyumlu ve daha olumsuz ve kontrol grubundaki annelere göre, hiperaktif çocukların anneleri çocuklarına daha olumsuz olarak tepki verdiler. Hiperaktif çocukların anneleri, daha fazla depresyon, evlilik anlaşmazlıkları ve akrabalarında psikiyatrik sorunlar ve diğer çocuklardan farklı olarak PIC ölçeğine göre, 15 ve 16 üzerinde sapkın olduğu saptanmıştır. Hiperaktif erkek çocukları, hiperaktif kızlara ve kontrol grubuna oranla, daha fazla yönerge ve övgü aldıklarını, kendini ayarlama konusunda anne tarafından endişe taşıyorlardı.

Gomez ve Sanson (1994), anne ve çocuk arasındaki etkileşimleri, uyumsuzluk gösteren hiperaktif erkek çocuklar ve davranış bozukluğu eşlik eden hiperaktif erkek çocuklara göre incelemişlerdir. Anne çocuk etkileşiminde, uyumsuzluk ve karşı koyma davranışları, davranış sorunları olan hiperaktif çocuklar arasında görülmüştür (H/CP), davranış sorunları olmayan hiperaktif çocuklar (H) ve normal çocuklar karşılaştırıldı. Sonuçlar daha olumsuz gruplar belirtmiştir. Hiperaktif çocuklar, normal çocuklara oranla, daha uyumsuzdu fakat bu gruplar, karşıt olma davranışında ne de annelerinin davranışlarında farklılık göstermemişlerdir. Gelişimlerinde davranış sorunları olan hiperaktif çocukların araştırma ve tedavi sonucu bulgulara göre tartışılmıştır.

Patricia (1991), saldırgan, geri çekilmiş ve girişken çocuklar arasındaki anne ve çocuk etkileşimini ve çocuk ve ebeveyn perspektiflerini, 134 erkek ve 156 kız altıncı sınıf öğrencileri ve ebeveynleri, hangilerinin ebeveyne ve çocuk arasındaki ilişkiyi desteklediği ve bu desteğin saldırgan, geri çekilmiş (içine kapanık), girişken çocuklardan farklılığı olduğunu incelenmiştir. Diğer çocuklardan ayrı olarak, içine kapanık kızların ve saldırgan erkeklerin, babaları ile etkileşimlerini daha az destekleyici bulmakta, içine kapanık ve saldırgan olan çocukların anneleri ve saldırgan çocukların babaları diğer ailelere göre, ilişkilerinde daha az destekleyici oldukları bulunmuştur. Girişken çocuklar, içine kapanık ve saldırgan çocuklara göre büyük olasılıkla, anne ve çocuk ilişkilerinde destekleyici oldukları görülmüştür. Ebeveyn ve çocuk desteği, çocuk eş davranışı tarafından ilgili potansiyel süreçler, aile ve çocuk arasında destekleme, ilişkilerindeki çocuğun sosyal uyumunu içeren anlaşma ile ilgili tartışılmıştır.

Trace ve Bruce (2000), çocuğun dışsal davranışlarında, annenin olumsuzluğu, 120 annenin okul öncesi olan çocukları ile nasıl bir etkileşimde bulunduğunu ve çocuk davranış sorunlarını değerlendirmek için okul öncesi çocukların, ilk ve üçüncü sınıfta yer alan çocukları incelemişlerdir. Okul öncesi, birinci ve üçüncü sınıf olarak, çocukları üç gruba ayırmışlar ve karşılaştırmışlardır. Orta dışa dönük ve yaygın dışa dönük davranışlar olarak ayırmışlardır. Yaygın dışsal davranış olan grup, anne olumsuzluğu okul öncesi grupta değerlendirildi ve güncelleştirildi. Düşük evlilik anlaşmasının anne tarafından algılanması, çocuk sorunları ve depresyonla

ilgili destek, çocuğun yıkıcı davranışları ötesinde, anne negatifliği iki değişken tarafından, üçüncü sınıf olarak, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu(DEHB) ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu tanısının çocuk belirtileri anne komutları ve tekrar komutları tarafından tahmin edilmiştir. Erken aile müdahalesi için bu bulguların yansımaları tartışılmıştır.

Gerdes, Hoza ve Pelham (2006), 142 DEHB olan çocuk ve ailelerini, 55 DEHB olmayan çocuk ve ailelerini karşılaştırılmıştır. Anne, baba ve çocuklar tamamı ‘ Aile ve çocuk ilişkileri değerlendirme Ölçeği’ ki bu ölçek, sıcaklık, ılımlı disiplin, güçlü iddia sahibi olmayan ve kişisel ilişkiler alt ölçeklerini içermektedir. Çocuklar hem de ‘ Depresyon Ölçeğini’ doldurmuşlardır. Regresyon analiz sonuçları göstermiş ki, DEHB olan erkeklerin anne ve babaları algılanan aile ve çocuk ilişkileri DEHB olmayan çocukların ailelerine göre daha olumsuz olarak görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre, DEHB ve DEHB olmayan çocukların arasında fark görülmemiştir. Dahası, DEHB olan erkek çocuklarının yorumlanan aile ilişkileri, diğer ailelere göre yüksek olmuştur. Anne ve babalarında birbirinden farklı olmadıkları bulunmuştur. Araştırmacılara göre, eğer, DEHB olan çocukların aileleri ile ilişkilerindeki bozulmalara karşı müdahale yaklaşımının hedeflerinin becerilerdeki açıklıkları ve yanlış algılamaları ortadan kaldırmayı içermesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Bussing vd., (2000), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yüksek riskini taşıyan ve %73 lük bir oran ile görüşmelere katılan, özel eğitim alan ve ilaç kullanan 143 öğrencide benlik kavramı değerlendirmişlerdir. Benlik kavramı Piers Harris Benlik Kavramı Ölçeğini kullanarak, bozukluğun nitelikleri ve ilaç kullanımını ise bir çok görüşmeci ile standart ölçüm değerleri kullanılarak değerlendirilmişlerdir. Benlik kavramı değerleri, ortalama olarak, normal dağılım içinde bulunmuştur. Bununla birlikte, DEHB ile diğer hastalıkların birlikte görülme profilleri incelendiğinde, içe yönelim sorunları gösteren çocukların, sadece DEHB’li veya DEHB ile birlikte yıkıcı davranış rahatsızlığı olan çocuklar ile kıyaslandığında, özellikle anksiyete ve poplarite alanlarında, çok daha düşük benlik kavramı puanları elde ettikleri tespit edilmiştir. Düşük benlik kavramı sonucunun bağımsız ön belirleyicileri, yüksek fonksiyonel hasar ve buna eşlik eden içe yönelim sorunları

olarak görülürken, ilaç kullanımını düşük benlik kavramı belirleyicilerden birisi olarak tespit edilmemiştir.

Sayal ve Taylor (2005), DEHB'li çocukların davranış ve duygusal problemlerini belirlemede ailelerin doğru bilgi kaynağı olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada öğretmen ve anne-babalardan alınan verileri karşılaştırmışlardır. Sonuçta, ailelerin çocuklarının DEHB'li olmalarını göz ardı edebilecekleri ve tek başına verdikleri bilgilerin güvenilirliğinin kısıtlı olabileceğini, bu nedenle hem öğretmenlerin hem de ailelerin veri kaynağı olarak kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Kaidar, Wiener ve Tannock (2003), çalışmalarında, DEHB'li çocukların kendilerinin sorun davranışlarını nasıl gördüklerini incelemişlerdir. Yapılan çalışma göstermiştir ki DEHB'li çocuklar kendilerinin en sorunlu davranışlarının daha az kendi kontrollerinde ve daha çok genel etkenlerden kaynaklandığını düşünmektedirler. DEHB'li çocuklar diğer gruba nazaran en sorunlu davranışlarının hep var olduğunu düşünmektedirler ama kendi davranışlarının gelecekte de kalıcı olduğuna kesinlikle inanmamaktadırlar.

Sorunun kaynağı boyutunda gruplar arasında hiç belirgin bir fark ortaya çıkmamıştır. Sorunların başkaları tarafından ayıplanması konusunda ise, DEHB'li olmayan kız grubu davranışlarının öğretmenlerini, ebeveynlerini ve arkadaşlarını rahatsız edebileceğini söylerken, DEHB'li kızlar ve çocuklar davranışlarını rahatsız edici olarak algılamadıklarını belirtmişlerdir.

Schacher ve Wachsmuth (1990), DEHB ile ailesel psikopatoloji arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. DEHB tanılı çocuklarda yüksek oranda ailesel psikopatoloji saptamışlardır. Ailesel öykülerine baktıklarında, hiperaktivite bozukluğu diğer normal ve duygusal bozukluğu olan aile popülasyonuna göre daha yüksek bulunmuştur. Hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğuna eşlik ettiğinde, aile psikopatolojisinde yükselme görülmüştür. Ailelerin çocukluk öykülerine bakıldığında ise, davranış bozukluğu eşlik eden ailelerin, etmeyen ailelere ve diğer ailelere göre, önemli derecede hiperaktivite bozukluğu görüldüğü saptanmıştır. Davranış bozukluğunun eşlik etmediği DEHB ailelerinde psikopatolojinin yüksek olmadığı bulunmuştur.

Marshall vd., (1990), DEHB olan çocuğa sahip aile ve çocukların tutumlarını, ilişkisel davranışlarının olup olmadığını araştırmışlardır. Saldırganlık ve olumsuz aile ortamı ayırıcı faktör olarak gösterilmiştir.

Phares ve Compas (1992), DEHB olan çocukların, babalarına ait olan faktörler ile psikopatolojileri arasında ilişki olduğunu incelemişlerdir. DEHB olan çocuğu olan babaların kontrol grubuna göre farklılaştığı alanlar saptanmıştır. Dikkat aralığı, davranışsal etkileşim, ailenin davranışsal algılamaları ve ailenin öz saygısı çocuğun uysal davranışlarının beklentisini oluşturduğu bulunmuştur. DEHB olan çocukların babalarının kontrol grubuna göre, geleceğe dönük olarak uyumlu davranış beklentilerinin az olduğu bulunmuştur.

Webster ve Stratton (1990), anne ve DEHB olan çocukların birbirinden olumsuz davranışları çıkarmaları ki zorlayıcı bir döngü oluşumunu sağlayabilen ve her iki yolda da ebeveyn ve çocuk üzerindeki streste ve olumsuz etkilerin işleyişinde artış olduğu incelemişlerdir.

Mash ve Johnston (1983), DEHB olan çocuğa sahip annelerin, normal çocuğa sahip annelere göre yüksek oranda ailesel stres gösterdiklerini bulmuşlardır. Çocukların özelliklerinden karışıklık ve algılanan sıkıntı derecesinin dahil olmak üzere, ebeveynin stres düzeyinin puanlanmasında sorumlu olduğu saptanmıştır. DEHB olan annelerin sosyal izolasyon ve duygularını kısıtladıkları normal grup anneleri ile karşılaştırılarak bulunmuştur.

Barber vd., (2005) yaptıkları çalışmanın amacı; DEHB teşhisi konmuş çocuklarla bu teşhisin konmadığı çocukların benlik kavramlarını karşılaştırmaktır. 8-12 yaşları arasındaki 77 çocuktan iki grup oluşturmuşlar, bunlardan 38'i DEHB tanısı alan ve 39'u kontrol grubunda olan çocuklardır. Çocuklar "Çocuklar İçin Hazırlanmış Benlik Kavramı Profili Anketini" doldurmuşlardır, bu anket özel olarak okul yaşındaki çocukların benlik kavramlarını ölçmek üzere tasarlanmıştır. Gruplar arasındaki ortalama puan farkları t testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçta DEHB grubu çocukların belirgin derecede düşük benlik kavramı ve DEHB teşhisi konmamış çocuklarla karşılaştırıldığında davranış kontrolü alt skalasında daha düşük bir puana

sahip oldukları görülmüştür. Bulgular, diğer akranları ile karşılaştırıldığında, DEHB’li bir okul çağı çocuğunun kendi benliklerini algılama şekillerinde bir farkı işaret etmektedir (Kanay, 2006:63).

2. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmanın genel hipotezi;

“Olumsuz anne tutumları, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 8-12 yaş arasındaki çocukların, benlik saygı düzeylerini olumsuz bir şekilde etkiler” şeklinde oluşturulmuştur.

Bu bağlamda;

1. Annelerin aşırı koruyucu tutum sergilemeleri, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini düşürür.
2. Annelerin demokratik tutumu, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini yükseltir.
2. Annelerin ev kadınlığı rolünü reddediş tutumu, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini düşürür.
4. Annelerin evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini olumsuz etkiler.
5. Sıkı disiplin uygulayan anneler, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini olumsuz etkiler.

3. Araştırmanın Önemi

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji yaygınlığının ortalama %15,8 olduğu tahmin edilmektedir (Roberts vd., 1998). Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu (DEHB) da çocukluk ve ergenlik çağında en sık görülen ruhsal sağlık sorunlarından biridir ve okul çağı çocuklarının %3-5’ini etkilediği tahmin edilmektedir (APA, 1994). “DEHB olan çocukların Dulcan’ a göre sadece işlevselliğini etkilememekte, daha sonraki yaşam dönemlerinde psikiyatrik ve sosyal patolojik durumlara hazırlayıcı rol oynamaktadır” (Fettahoğlu ve Özatalay, 2006: 13).

DEHB üzerinde yapılan araştırmalar sonuçlarındaki çelişkilere rağmen, 1994’ te yayınlanan pek çok ülkede yaygın olarak kullanılan Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV), Dikkat Bozukluğu ve Hiperaktivite/ İmpulsivite şeklindeki iki ana belirti kümesinin bu bozukluğu tanımladığı konusunda genel bir fikir birliğine varılmıştır (APA 1994). DEHB ve onun ana belirtileri olan hiperaktivite ve dikkatsizlik konusunda yayınların artması, anne-babaları tarafından “yaramaz, tembel, dikkatsiz” olarak tanımlanan çocukların ocuk ve ergen psikiyatri polikliniklerine getirilmesini sağlamıştır.

Fettahoğlu ve zatalay (2006) yaptıkları çalışmada, dikkatsizlik ve/ veya hareketlilik nedeniyle polikliniğe başvuran çocukların büyük çoğunluğunun birincil tanılarının DEHB olmadığı desteklemektedirler. DEHB tanısı konulmadan önce klinisyen farklı bilgi kaynaklarını kullanarak detaylı bir değerlendirme yapmalıdır.

Kılıç ve şener (2005) yürüttüğü çalışmada, DEHB olan çocuklarla eş hastalanım olarak Karşıt olma- karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu gösterenlerin aile işlevleri ve psikososyal değişkenleri araştırmışlardır. DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olguları değerlendirilirken, sağaltım girişimlerinin ocuk yanı sıra, ana babaların sağaltımı ve anababalık becerilerini, arttırıcı eğitim programlarıyla destekleyici tarzda olması gerektiği dşnlmştr.

DEHB etkileyen çevresel etkenler Pineda ve Palacio (2007) tarafından araştırılmıştır. Prematüre doğumlar, doğum öncesi metabolik hastalıklar, doğum sırasındaki komplikasyonlar, doğum öncesi alkol ve sigara kullanımı, doğum nöbetleri, oksijen kesilmesi, ciddi doğumsal hastalıklar, beyin zedelenmeleri, ateşli nöbetler DEHB için risk faktörlerdir.

Pekcanlar ve Turgay (1999) alışmalarında, DEHB’li çocukların ailelerinin işlevlerini normal sınırlar içinde bulunmuştur, ancak büyük yaştaki çocukların (9-14 yaş) DEHB olan çocuklarda özellikle yönetimde katılık, belirsizlik, sorumsuzluk gibi kontrol alanında olmak üzere sorunların arttığı saptanmıştır. DEHB ile birlikte davranım bozukluğu (DB) ocuğu olan ailelerde kontrol ve aile içerisindeki bireylerin ileti gönderiminin açık , doğrudan ve yeterli olmayışı gibi iletişim alanlarında belirgin olmak üzere sorunların arttığı belirlenmiştir.

DEHB tanısı almış çocuk ve gençlerde, anne, baba ve öğretmenleri tarafından belirtilen belirtilerin farklı yaş grubunda nasıl değiştiği ile ilgili çalışmada, ergenlik döneminde içe yönelim sorunlarının ortaya çıkma olasılığı, çocuk DEHB olgularına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Öncü ve Öner, 2002).

Sancak (2006) çalışmasına göre, Anksiyete bozukluğu ve DEHB olan çocukların WISC-R performans alt testlerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır.

Anksiyete bozukluğu belirtileri ile Çocuk Ruh Sağlığı Kliniklerine başvuran çocukların değerlendirilmesi aşamasında kullanılan WISC-R'in performans alt testlerinin, DEHB bozukluğu olan çocuklarınkine benzer özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir.

Farklı çalışmalarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda benlik saygısının (özgüvenin) düşük olduğu bildirilmektedir (Akt. Şenol vd, 2006). Benlik saygısındaki düşüklük DEHB olan çocuklarda uzun süre devam eden problemlerin başında gelmektedir. Benlik saygısı kişinin kendini nasıl hissettiği ve tanımladığı olarak tarif edilir ve erken bebeklik döneminde gelişmeye başlar. Benlik saygısı çocuğun çevresiyle etkileşimine ve deneyimlere bağlı olarak gelişir. Önce anne baba ve diğer aile bireyleri gibi çocuğun hemen yakınında bulunan kişilerin, daha sonra arkadaş ve öğretmenlerin davranış ve tutumlarıyla şekillenir. Benlik kavramı teorisi, benlik saygısının kişinin tüm alanlarda (global benlik saygısı) ya da özel alanlarda kendini nasıl tanımladığı ve algıladığı üzerinde durmaktadır. Özel alanlardaki benlik saygısının global benlik saygısına göre kişinin gözlenen davranışları için daha iyi bir belirleyici olduğu bildirilmektedir.

DEHB olan çocuklar yıkıcı davranışları ve sosyal ilişkilerindeki zorluklar nedeniyle sıklıkla çevrelerindeki insanlardan olumsuz karşılık ve ceza alırlar. Okul başarısızlıkları nedeniyle sene kaybeder ya da eğitim hayatlarına son vermek zorunda kalırlar. Benlik saygısının olumlu gelişmesi için çocuğun olumlu davranışları nedeniyle ödüllendirilmesi, kabul görmesi ve sevilmesi gerekir. Oysa DEHB olan çocuklar, yaşamın bir çok alanında yaşadıkları zorluklar nedeniyle sürekli eleştirilir,

cezalandırılır ve genellikle çevrelerinden olumsuz tepkiler alırlar (Öztürk vd., 2000:139-143).

Öztürk, Sayar ve arkadaşları (2000), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'na sahip çocuklarda metilfenidat ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi ele almışlardır. Sonuç olarak, Metilfenidat kullanan deneklerin fiziksel görünüm ve okul durumu/zihinsel durum alt ölçek puanları, metilfenidat kullanmayan deneklere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Metilfenidat kullanan çocukların kaygı alt ölçek puanları ise kullanmayan çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-ADHD) özel eğitimi alan çocukların benlik saygısı; kişilik bozuklukları ile ilaçla tedavinin ilişkisi konulu ve çalışma grubundaki bireylerin benlik saygılarının düzeyini tespit etmek, sosyo-demografik faktörler düzenlendiğinde düşük benlik saygısının diğer değişkenleri kestirme gücünü tanımlama ve ilaçla tedavi yoluyla benlik saygısının nasıl değiştiğini incelemek için Bussing, Zima ve Perwien (2000) tarafından bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada özel eğitim programındaki çocukların 1995 öğretim yılında %73 katılım oranı ile 143 DEHB'si olan öğrencinin Piers-Harris'in Benlik Kavramı Ölçeği'ne verdikleri cevaplardan benlik saygıları tespit edilmiştir. Ayrıca çok sayıda uzman ve standart ölçme araçlarıyla kişilik bozuklukları ve ilaçla tedavi hakkında veriler elde edilmiştir. Bulgular, benlik saygısı puanlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bununla beraber DEHB ve kişilik bozuklukları olan çocukların benlik saygısı puanları özellikle anksiyete ve popülerlik alanlarında yalnızca DEHB'u olan veya engelli çocuklara göre daha düşük bulunmuştur. Genç hasta gruplarında ilaç kullanımı benlik saygısı puanları ile ilişkili bulunmamıştır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili literatüre bakıldığında DEHB olan çocuklar ve ergenlerle ilgili birçok araştırma yer almaktadır. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğunun tedavisinde önemli yer alan psikososyal değişkenleri ele alan araştırmalar az sayıda bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde, aile ilişkilerinde özellikle anne tutumlarının, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu gösteren çocukların benlik saygıları arasındaki ilişkinin incelendiği bir

çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4. Sayıtlar

Araştırmaya katılan DEHB olan çocukların ve herhangi bir bozukluğu olmayan çocukların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğini, annelerinin ise Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğini (PARI) ve Sosyo-Demografik, Psiko-sosyal Görüşme Formunu doldururken samimi oldukları, gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları varsayılmaktadır.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinin öğrencilerin benlik kavramını yansıtmada yeterli olduğu varsayılmaktadır.

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğinin annelerin tutumlarını ve çocuklara yaklaşımlarını değerlendirmede yeterli olduğu varsayılmaktadır.

Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

5. Sınırlılıklar

Araştırma, örnekleme giren Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen psikiyatri polikliniğine başvuran DEHB tanısı almış 8-12 yaş grubu ve Orhangazi İlköğretim Okulu, Atatürk İlköğretim Okulu ve Adnan Kahveci İlköğretim Okulu öğrencilerinden oluşan 8-12 yaş kontrol grubu öğrencileri ile sınırlıdır.

Araştırmada ele alınan tutumsal davranışlar annelerin, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğinden (PARI) aldıkları puanlar ile sınırlıdır.

Araştırmada ele alınan benlik saygısı kavramı, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden alınan puanlar ile sınırlıdır.

DEHB haricinde, diğer psikiyatrik bozukluğu olanlar (Karşı olma, Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu, Depresif Bozukluk, Öğrenme Bozukluğu), duyuşal-motor engelleri ve mental retardasyonu olanlar, parçalanmış ailesi veya evlat edinilmiş olan olgular çalışma dışında bırakılmıştır.

Annelerin en az ilköğretim mezunu olması ve ciddi bir psikiyatrik bozukluğu olmaması şartları konulmuştur.

Çeşitli nedenlerden dolayı (ölüm, boşanma, terk vb.) anne ve babası olmayan çocuklar araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

Örnekleme giren, DEHB tanısı alan çocuklarda ilaç tedavisine başlamamış veya kısa dönemde başlamış olanlar örnekleme dahil edilmiştir.

6.1. Tanımlar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, bireyin yaşı ve gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, istekleri erteleyememe (impulsivite) ve dikkat sorunlarıyla kendini gösteren bir psikiyatrik bozukluktur.

Benlik Saygısı: Bireyin kendisi ile ilgili değerlendirmeleridir. Kişinin kendini yeterli, önemli, başarılı ve değerli bulup bulmadığı gibi inançlarını ve kendisini kendini kabul edip etmeme gibi tutumlarını ifade eder. Kısaca benlik saygısı kişinin kendisine karşı tutumları ile ifade edilen değerliliğin kişisel yargısıdır (Coopersmith, 1967: 5).

Tutum: Bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik objeyle ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir (Kağıtçıbaşı, 1983).

6.2. Kısaltmalar

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

CBCL/4-18: 4-18 Yas Çocuklar ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist For Ages 4-18)

TRF: Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği Öğretmen Bilgi Formu (Teacher's Report Form)

KOKGB: Karsıt Olma Karsı Gelme Bozukluğu

DB: Davranım Bozukluğu

PARI: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument)

WISC-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği

BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölümde yapılan araştırmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, verilerin toplanması ile verilerin analizi ve yorumlanması ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların benlik saygı düzeylerinde annelerinin tutumlarına bağlı olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını saptamak amacı ile tasarlanmıştır. Bu nedenle araştırmanın modeli, ilişkisel tarama modeli olarak seçilmiştir.

İlişkisel tarama modeli, “iki ya da daha fazla değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modeli” olarak tanımlanmaktadır. İlişkisel tarama modellerinde, değişkenler arası ilişkiler, korelasyon türü ve karşılaştırma türü olarak iki şekilde incelenir. Korelasyon türü ilişkisel taramalarda, değişkenlerin birlikte değişip, değişmediğini, birlikte değişim söz konusu ise bunun nasıl olduğunu saptamaya çalışır. Karşılaştırma türü ilişkisel tarama modelinde ise, en az iki değişken bulunur ve bunlardan birine (sınanmak istenen bağımsız değişkene) göre gruplar oluşturularak, öteki değişkene (bağımlı değişkene) göre aralarında bir farklılaşma olup olmadığı incelenir (Karaşar, 2005).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, DEHB olan çocuklara uygulanan olumlu ve olumsuz anne tutumları, bağımlı değişken ise DEHB olan çocukların benlik saygısı düzeyleridir.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde, Anadolu Yakasında bulunan İlkem Özel Eğitim ve Rehabilitasyon kurumunda ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniğinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanılı 8-12 yaş arasında bulunan 40 çocuk ve onların anneleri oluşturmaktadır. Kontrol grubu ise tanı almamış, uyum ve davranışını etkileyen herhangi bir psikolojik sorunu olmayan aynı yaş grubunda bulunan 42 gönüllü çocuk ve onların annelerinden oluşmaktadır.

DEHB haricinde, diğer psikiyatrik bozukluğu olanlar (Karşı olma, Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, herhangi bir Anksiyete Bozukluğu, Depresif Bozukluk, Öğrenme Bozukluğu), duyuşal-motor engelleri ve mental retardasyonu olanlar, parçalanmış ailesi veya evlat edinilmişler çalışma grubu dışında bırakılmıştır. Çalışma grubuna dâhil edilen anne ve babaların en az ilköğretim mezunu olması ve ciddi bir psikiyatrik bozukluğu olmaması şartları konulmuştur. Çalışmaya katılan ailelerle birebir ilişki kurularak izinleri alınmış, çalışma konusunda detaylı bir şekilde bilgi verilmiş ve tamamen gönüllülük esas alınmıştır.

Yine, çeşitli nedenlerden dolayı (ölüm, boşanma, terk vb.) annesi olmayan çocuklar araştırma örneklemine dâhil edilmemiştir.

Katılımcı olan annelere, Conner's Aile Değerlendirme Formu uygulanarak, sonuçlara göre, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile birlikte görülen psikiyatrik sorunların dışlanması sağlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini ve kontrol grubunu oluşturan çocuk ve annelerin kişisel özelliklerine ilişkin verilerin frekans ve yüzde dağılımları aşağıda sırasıyla verilmiştir;

Annenin Yaşı	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
26-30 Yaş	6	15,0	10	23,8
31-35 Yaş	16	40,0	11	26,2
36-40 Yaş	9	22,5	13	31,0
41 Yaş ve üstü	9	22,5	8	19,0
Toplam	40	100,0	42	100,0

Araştırmaya katılan annelerin yaşına ilişkin frekans ve yüzde dağılımları Tablo 1’de verilmiştir. Çalışma grubunda yer alan annelerin büyük grubu, %40,0 ile 31-35 yaşları arasında olup, en küçük yaş 27, en büyük yaş 53 ve ortalama yaş 36,72 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin yaşı en çok 36-40 yaş grubunda (%31,0) yoğunlaşmaktadır. Kontrol grubunda bulunan annelerin en küçük yaşı 26, en büyük yaşı 45 ve ortalama yaş ise 35,48 olarak hesaplanmıştır.

Annenin Eğitim Durumu	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
İlkokul	25	62,5	34	81,0
Ortaokul	3	7,5	5	11,9
Lise	10	25,0	2	4,8
Üniversite	2	5,0	1	2,4
Toplam	40	100,0	42	100,0

Araştırmaya katılan ve çalışma grubunda yer alan annelerinin eğitim düzeylerine bakıldığında en büyük grubu, %62,5 ile ilkököl mezunu annelerin, en küçük grubu ise %5,0 ile üniversite mezunu annelerin oluşturduğu görülmektedir. Kontrol grubu da benzer bir dağılım göstermektedir. En büyük grubu %81,0 ile ilkököl mezunu, en küçük grubu ise %2,4 ile üniversite mezunu anneler meydana getirmektedir.

Tablo 3 Annelerin mesleki durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı				
Annenin Mesleği	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Memur	4	10,0	1	2,4
İşçi	1	2,5	3	7,1
Ev Hanımı	33	82,5	35	83,3
Emekli	2	5,0	-	-
Serbest Meslek	-	-	3	7,1
Toplam	40	100,0	42	100,0

Tablo 3’de araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki annelerin mesleki durumları özetlenmiştir. Görüldüğü gibi her annelerin çok büyük kısmı ev hanımıdır (çalışma grubu için %82,5 ve kontrol grubu için %83,3). Bunun dışında çalışma grubundaki annelerin %10,0 memur, %2,5’i işçi ve %5,0 emeklidir. Kontrol grubundaki annelerin ise, %2,4’ü memur, %7,1’i işçi ve kalan %7,1 ise bir serbest meslek sahibidir.

Tablo 4 Evlilik süresi durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı

Evlilik Süresi	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1-5 Yıl	-	-	1	2,4
6-10 Yıl	5	12,5	7	16,7
11-15 Yıl	22	55,0	9	21,4
16-20 Yıl	6	15,0	15	35,7
20 Yıl Üstü	7	17,5	10	23,8
Toplam	40	100,0	42	100,0

Çalışma grubunda yer alan annelerin büyük kısmı, %55,0 ile 11-15 yıldır evlidir. 1-5 yıldır evlilik hayatı olan anne çalışma grubunda yoktur. Kontrol grubunda yer alan annelerin ise en büyük kısmı, %35,7 ile 16-20 yıldır evlidir.

Tablo 5 Evlilik memnuniyeti durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı

Evlilik Memnuniyeti	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Çok Memnun	11	27,5	24	57,1
Memnun	27	67,5	16	38,1
Memnun Değil	2	5,0	1	2,4
Hiç Memnun Değil	-	-	1	2,4
Toplam	40	100,0	42	100,0

Araştırmaya katılan ve çalışma grubunda yer alan annelerin %27,5'i evliliklerinden çok memnun, %67,5'i memnun ve %5,0 memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma grubunda yer alan annelerden hiç biri evliliklerinden hiç memnun olmadıklarını belirtmemişlerdir. Kontrol grubundaki annelerin ise %57,1 evliliklerinden çok memnun olduklarını, %38,1'i memnun olduklarını, %2,4 memnun olmadıklarını ve kalan %2,4 ise hiç memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6 Çocuk sayısı durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı				
Çocuk Sayısı	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1 Tane	7	17,5	4	9,5
2 Tane	27	67,5	15	35,7
3 Tane	5	12,5	16	38,1
4 Tane	1	2,5	5	11,9
5 Tane	-	-	2	4,8
Toplam	40	100,0	42	100,0

Tablo 6'dan da görüleceği üzere, çalışma grubundaki annelerin büyük kısmı, %67,5 ile 2 çocuk sahibidir. Kontrol grubundaki annelerin sahip oldukları çocuk sayısı dağılımı daha çok %35,7 ile 2 çocuk ve %38,1 ile 3 çocukta yoğunlaşmaktadır.

Tablo 7 Aile geliri durumuna ilişkin yüzde ve frekans dağılımı				
Ailenin Aylık Yaklaşık Gelir Düzeyi	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Düşük	7	17,5	8	19,0
Orta	33	82,5	34	81,0
Yüksek	-	-	-	-
Toplam	40	100,0	42	100,0

Çalışma grubunda yer alan annelerin %17,5'i ailenin yaklaşık aylık gelirinin düşük, %82,5'i ise orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki anneler ise ailelerinin aylık gelirini %19,0 ile düşük ve %81,0 ile orta düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir. Her iki grubun da aile gelirlerine ilişkin dağılımları birbirine yakındır ve yüksek düzeyde aylık gelir her iki grupta da bulunmamaktadır.

Tablo 8 Annelerin çocuklarındaki bozuklukla ilgili bilgi sahibi olma düzeylerine ilişkin yüzde ve frekans dağılımı		
Çocuğun Sorunu İle İlgili Bilgi Düzeyi	Çalışma Grubu	
	<i>F</i>	%
Yeterli	17	42,5
Yetersiz	23	57,5
Toplam	40	100,0

Araştırmaya katılan çalışma grubundaki annelerin çocuklarındaki bozukluğa ilişkin bilgi düzeyleri sorulduğunda, %42,5'i bilgi düzeylerinin yeterli, %57,5'i ise bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 9 Çocukların yaşına ilişkin yüzde ve frekans dağılımı				
Çocuğun Yaşı	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8 Yaşında	9	22,5	20	47,6
9 Yaşında	8	20,0	9	21,4
10 Yaşında	7	17,5	3	7,1
11 Yaşında	8	20,0	5	11,9
12 Yaşında	8	20,0	5	11,9
Toplam	40	100,0	42	100,0

Araştırmaya katılan çocukların yaşlarına ilişkin dağılım yukarıda, Tablo 9’da özetlenmiştir. Buna göre çalışma grubunda yer alan çocukların dağılımları oldukça birbirine yakındır. En küçük grubu %17,5 ile 10 yaşındaki çocuklar oluşturmaktadır. Kontrol grubunda yer alan çocukların ise büyük kısmı, %47,6 ile 8 yaşında olanlar oluşturmaktadır.

Tablo 10 Çocukların cinsiyetine ilişkin yüzde ve frekans dağılımı				
Çocuğun Cinsiyeti	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Kız	8	20,0	20	47,6
Erkek	32	80,0	22	52,4
Toplam	40	100,0	42	100,0

Çalışma grubunda yer alan çocukların %20,0’si kız ve %80,0’i erkek çocuklardan meydana gelmektedir. Kontrol grubunda yer alan çocukların ise %47,6’sı kız ve kalan %52,4’ü erkek çocuklardan meydana gelmektedir (Tablo 10).

Tablo 11 Çocukların okullardaki başarı düzeyine ilişkin yüzde ve frekans dağılımı				
Çocuğun Okul Başarısı	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Başarılı Değil	12	30,0	1	2,4
Orta Düzeyde Başarılı	22	55,0	10	23,8
İyi Düzeyde Başarılı	6	15,0	31	73,8
Toplam	40	100,0	42	100,0

Çalışma grubunda yer alan öğrencilerin %30,0'u okullarında başarısız, %55,0'i orta düzeyde başarılı ve sadece %15,0'i iyi düzeyde başarılıdır. Kontrol grubundaki çocukların ise %2,4'ü okullarında başarısız, %23,8'i orta düzeyde başarılı ve %73,8'i iyi düzeyde başarılıdır (Tablo 11).

Tablo 12 DEHB tanısı almış çocukların ilaç kullanmalarına ilişkin yüzde ve frekans dağılımı

İlaç Kullanma	Çalışma Grubu	
	f	%
Kullanıyor	30	75,0
Kullanmıyor	10	25,0
Toplam	40	100,0

DEHB tanısı almış çalışma grubundaki çocukların %75,0'inin ilaç kullandığı, %25,0'inin ise herhangi bir ilaç kullanmadığı anneleri tarafından belirtilmiştir (Tablo 12). İlaç kullanan çalışma grubundaki çocukların, psikiyatrların kontrolünde ilaç tedavisine yeni başlayanlardan seçilmesine dikkat edilmiştir. Benlik saygısının değişkeni üzerindeki etkisini ortadan kaldırmak amaçlanmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları, Kişisel bilgi formu, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği(PARI), Coopesmith Benlik Saygısı Ölçeği (Çocuk Formu) ve Connors Anababa Değerlendirme Ölçeği'nden oluşturulmaktadır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form aileye ve çocuğa ilişkin sosyo- demografik bilgileri toplamayı ve çocuğun gelişim özelliklerini, ailenin çocuğa yaklaşımını belirlemeyi hedeflemiştir.

Ailenin demografik bilgileri yanı sıra ana babanın sağaltım sürecindeki yeri ve çocuğun ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanmıştır.

2.3.2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI)

Parental Attitude Research Instrument (PARI) Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilmiştir. Kuramsal olarak, çocuğun kişilik gelişimine, anne babanın çocuk yetiştirme tutumlarının ve aile hayatının doğrudan etkili olduğu ilkesine dayandırılmıştır. Daha önce bu konuda yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi sonucunda geliştirilen ölçeğin her biri 5 maddelik 23 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek toplam 115 madde içermektedir. Ölçek 100 kişilik bir örnekleme uygulanmış ve 5 alt boyut bulunmuştur. Bunlar; çocuğa fazla sahip çıkma, katı disiplin, ev kadınlığı rolünü reddetme, çocuğu başarıya zorlama ve sosyal mesafeye inanmadır. Zuckerman ve arkadaşları (1958) 222 anne üzerinde ölçeği uygulamışlardır. Aşırı annelik, demokratik tutum ve anneliği reddetme olmak üzere 3 alt boyut belirlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, Le Compte ve Özer (1978) tarafından yapılmıştır. Ölçek Türkçe'ye çevrilerek 115 maddenin anlaşılabilirliği saptanmıştır. Bağımsız hakemler tarafından maddeler tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. 10 kişilik bir anne grubuna uygulanarak maddelerin anlaşılmayan bölümleri düzeltilmiştir. Ölçek alt, orta ve üst sosyoekonomik düzeyden 179 anneye uygulanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda 5 alt boyut ortaya koyulmuştur. Bunlar; aşırı annelik (aşırı koruyuculuk), demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, geçimsizlik ve artık boyut (sıkı disiplin)'tur. 34 kişilik farklı bir gruba üç hafta ara ile iki kez uygulanmıştır. Test tekrar test güvenilirliğinde Sperman korelasyon katsayısı 0.58-0.88 bulunmuştur. Düşük korelasyon katsayısı olan alt boyutlar çıkarılmamış, daha büyük bir örnekleme uygulanarak madde analizi yapılmıştır. Ölçeğin aslında bulunan 115 maddeden, geçerlik ve anlaşılabilirliği yüksek 60 madde seçilmiştir. 5 alt boyuttan meydana gelen ölçek oluşturulmuştur.

Küçük (1990), PARI ölçeğinin 2. (demokratik tutum ve eşitlik tanıma), 2. (ev kadınlığı rolünü reddetme) ve 4. (geçimsizlik) alt boyutlarının geçerlik çalışmasını

yapmıştır. Çalışmada anne babanın çocuk yetiştirme tutumu ile çocuğun kişilik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Örnekleme, 160 öğrenci ve bunların anne ve babaları olan 152 anne ve 138 baba alınmıştır. Piers Haris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Money Problem Tarama Ölçeği ve Minnesota Danışma Envanteri kullanılarak gençlerin psikolojik özellikleri değerlendirilmiştir. PARI ise anne babaların çocuk yetiştirme tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Aşamalı bileşik regresyon analizi yapılmıştır. PARI'nın, 2. ve 4. alt boyutlarının yapı geçerliği desteklenmiştir.

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach's alfa katsayıları; aşırı koruyuculuk 0.83, demokratik 0.40, ev kadınlığı rolünü reddetme 0.77, geçimsizlik 0.65, sıkı disiplin 0.77 olarak bulunmuştur.

Aşırı Annelik (Aşırı Koruyuculuk) Alt Boyutu: Aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, faal ve çalışkan olmasını istemektir. Anne son derece özverilidir. Çocuğun bunu anlaması gerektiğine inanır. Annenin çocuğa zorla müdahalesini, çocuğun anne babasına bağımlılığını ölçer. Toplam varyansın %37'sini oluşturur. 16 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 1,3,4,7,11,12,14,26,27,28,32,34,36,46,51,57. En düşük puan 16, en yüksek puan 64'tür. Yüksek puan alınması olumsuz olarak değerlendirilir.

Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Alt Boyutu: Çocuğa eşit haklar tanıma, çocuğun düşüncelerini açıkça belirtmesini destekleme, çocukla arkadaşlık kurma ve paylaşımdır. Anne babanın cesaret verici yaklaşımlarını ve paylaşımını ölçer. Toplam varyansın %10'unu oluşturur. 9 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 2,13,18,22,29,37,44,45,59. En düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır. Yüksek puan alınması olumlu olarak değerlendirilir.

Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme Alt Boyutu: Annenin kendi annesi ya da başkalarına bağımlılığı, sinirlilik, çocukla uzun süre bir arada kalmaktan hoşlanmama, yeni doğan bebeğin bakımından ürkmektir. Evde sessiz olan kadının mutsuzluk durumunu, ev işleri ve çocuk bakımı ile ilgili doyumsuzluğunu ölçer.

Toplam varyansın %7'sini oluşturur. 13 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 6,9,16,17,21,23,31,38,41,42,49,52,55. En düşük puan 13, en yüksek puan 52'dir. Yüksek puan alınması olumsuz olarak değerlendirilir.

Geçimsizlik (Aile İçi Çatışma) Alt Boyutu: Eşler arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, eşin anneye yardımcı olmayışı ve düşüncesizliğidir. Toplam varyansın %5'ini oluşturur. 6 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 8,19,33,40,48,54. En düşük puan 6, en yüksek puan 24'tür. Yüksek puan alınması olumsuz olarak değerlendirilir.

Sıkı Disiplin Alt Boyutu (Artık Boyut): Diğer dört faktör ile belirgin korelasyon göstermeyip kendi arasında korelasyon gösteren maddelerin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Cezalandırma, sıkı disiplin, cinsel ve saldırgan davranışları bastırma, anne babanın mutlak hakimiyetine inanma durumlarını kapsar. 16 madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 5,10,15,20,24,25,30,35,39,43,47,50,53,56,58,60. En düşük puan 16, en yüksek puan 64'tür. Yüksek puan alınması olumsuz olarak değerlendirilir.

Ölçek boyutlarındaki maddeler karışık olarak verilir. Maddeler soru şeklinde olmayıp olumlu veya olumsuz ifadeler şeklindedir. Dörtlü likert tipi bir ölçektir. Her ifade için "Çok uygun buluyorum" (4), "Oldukça uygun buluyorum" (3), "Biraz uygun buluyorum" (2), "Hiç uygun bulmuyorum" (1) seçeneklerinden biri işaretlenir (Le Compte, Le Compte, Özer, 1978).

Her madde için işaretlenen seçenek numarası, madde puanı olarak değerlendirilir. 2., 29. ve 44. maddelere verilen yanıtlar tersine puanlanır. Bu maddeler için 1 yanıtına 4, 2 yanıtına 3, 3 yanıtına 2, 4 yanıtına 1 puan verilir. Her alt boyut için ayrı puan elde edilir. Toplam puan yoktur. Alt boyutlardan alınan puanlar birbirleriyle karşılaştırılamaz. Alt boyuttan alınan puanın yüksek olması o boyutun yansıttığı tutumun onaylandığını gösterir.

2.3.3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği-Çocuk Formu (CBSÖ)

Coopersmith (1967) tarafından geliştirilen 57 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güçray (1989) tarafından yapılmıştır. 8-10 yaş çocuklar için geçerlik güvenilirliği yapılsa da 11. sınıfa kadar kullanılmaktadır.

Ölçeğin geçerlik çalışmasında Crobach alfa katsayısı .86, benzer ölçekler geçerliği ise .60 olarak bulunmuştur (Coopersmith 1967; Pişkin, 1997). Güvenirlik çalışmasında Coopersmith aracın test-tekrar test güvenirlik katsayısını beş hafta arayla uygulaması sonucunda .88, üç yıl arayla uygulaması sonucunda ise .70 bulunmuştur. Coopersmith, aracın Kuder Richardson güvenirlik katsayısını kızlar için .91, erkekler için .80 olarak bulunmuştur (Coopersmith 1967; Pişkin, 1997).

Öğrencilerin özsaygı düzeyleri, orijinali 1967 yılında Coopersmith tarafından geliştirilen ve Türkiye de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Aksoy, (1992); Pişkin (1997) tarafından yapılan 25 maddelik "Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri" kısa formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Coopersmith tarafından geliştirilen bu ölçek, özsaygı ile ilgili kendini küçümseme, liderlik-popülerlik, anne-baba-aile, atılganlık ve kaygı gibi faktörleri kapsayan 25 maddeden oluşmaktadır. Bu araştırmada ölçeğin ölçtüğü alt faktörler değil genel özsaygı puanı dikkate alınmıştır. Ölçekten alınabilecek ham puan 0 ile 25 arasında değişmekte, alınan bu puanın 4 sayısı ile çarpılması sonucu çocuğun aldığı gerçek puan hesaplanmaktadır.

2.3.4. Connors Ana baba Derecelendirme Ölçeği

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Dereboy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmakta; Dikkat Eksikliği Faktörü (DİK) altında 5, Hiperaktive Faktörü (HİP) altında 4, Karşıt Gelme Bozukluğu (KGB) için 5, Davranım bozukluğu (DB) için 11 madde bulunmaktadır. Ölçekte sorular ana-babalar tarafından 4'lü Likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. "Hiç bir zaman",

"nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleri sırasıyla; "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlanmaktadır.

Bu çalışmada önerilen kesme noktalarına koşut olarak DİK alt ölçeği için 5, HİP alt ölçeği için 6, KGB alt ölçeği için 7, DB alt ölçeği için 18 puan ve üstünü alan deneklerin sorunlu alanda yer aldıkları kabul edilmiştir. Mevcut çalışmada analizler ölçeğin toplam puanı üzerinden yürütülmüştür. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı yoluyla belirlenen iç tutarlılığı, dört alt ölçek için .67 ile .92 arasında değişmiştir. Madde-toplam korelasyon aralığı .35- .81 olarak bildirilmiştir (Dereboy ve ark. 1998).

2.4. Verilerin Analizi

Ölçekler ile annelerden ve çocuklardan elde edilen verilerin tümü SPSS 15.0 (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) analiz edilmiştir.

Araştırmada elde edilen verilerle ilgili aşağıdaki analizler yapılmıştır:

1. Örneklemi oluşturan çalışma ve kontrol grubundaki anne ve çocukların kişisel özelliklerini özetlemek açısından; anne ve çocukların yaşı, annenin eğitim durumu, annenin mesleki durumu, evlilik yılı, çocuk sayısı, ailenin aylık geliri, annenin çocuğundaki bozukluğa ilişkin bilgi düzeyi, çocuğun cinsiyeti, okul başarısı ve ilaç kullanıp kullanmadığı değişkenlerinin frekans (*N*) ve yüzdeleri (%) hesaplanmıştır.
2. Çalışma grubunda yer alan annelerin tutumları ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere Pearson çarpım momentler korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.
3. Çalışma grubunda yer alan annelerin tutumları ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla aritmetik ortalama ve standart sapmalar hesaplanmıştır.

4. Çalışma grubunda yer alan annelerin tutumlarının DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmak üzere non-parametrik Mann Whitney-U testi
5. Araştırmaya katılan çalışma ile kontrol grupları arasında anne tutumları ve çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı bağımsız gruplar t-test ile araştırılmıştır.

Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi .05 olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık değeri, 0.05'ten küçük ($p < .05$) bulunduğunda bağımsız değişkenlerin grupları (kategorileri) arasındaki farklılıklar “anlamlı” olarak kabul edilmiş ve sonuçlar buna göre değerlendirilmiştir.

BÖLÜM III

Bulgular ve Yorum

Bu bölümde, kişisel bilgi formu ve ölçekler ile elde edilen veriler ile ele alınan amaçlar (hipotezler) doğrultusunda yapılan istatistikî analizler yer almaktadır. Sırasıyla araştırmaya katılan annelerin aşırı koruyucu olma, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, evlilik çatışması-geçimsizlik ve sıkı disiplin tutumlarının DEHB tanısı almış çocuklarının benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki ve daha sonra anne tutumlarının çocukların benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 13 Anne tutumları ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki (N=40)		
Anne Tutumları		Çocuk Benlik Saygısı Düzeyi
Aşırı Koruyuculuk	<i>r</i>	-,716**
	<i>p</i>	0,000
Demokratiklik ve Eşitlik	<i>r</i>	,743**
	<i>p</i>	0,000
Ev Kadınlığını Reddetme	<i>r</i>	-,661**
	<i>p</i>	0,000
Evlilik Çatışması-Geçimsizlik Sorunları	<i>r</i>	-,830**
	<i>p</i>	0,000
Sıkı Disiplin	<i>r</i>	0,012
	<i>p</i>	0,214
*** <i>p</i> <.001 (çok ileri düzeyde anlamlı)		

Çalışma grubunda yer alan annelerin tutumları ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere Pearson çarpım momentler korelasyon katsayılarından yararlanılmış ve sonuçları yukarıdaki tabloda özetlenmiştir (Tablo 13). Buna göre;

- Annelerin aşırı koruyuculuk tutumu sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında, .001 anlam düzeyinde negatif bir ilişki vardır ($r=-,716$ ve $p<,001$). Annelerin aşırı koruyuculuk tutumu gösterme düzeyleri arttıkça çocukların benlik saygısı düzeyleri düşmektedir (ya da tersi).
- Annelerin demokratik bir tutum sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında, .001 anlam düzeyinde pozitif bir ilişki vardır ($r=,743$ ve $p<,001$). Annelerin demokratik bir tutum gösterme düzeylerinin artması çocukların benlik saygısı düzeyleri de arttırmaktadır (ya da tersi).
- Annelerin ev kadınlığını reddediş tutumu sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında, .001 anlam düzeyinde negatif bir ilişki vardır ($r=-,661$ ve $p<,001$). Annelerin ev kadınlığını reddetme tutumu gösterme düzeyleri arttıkça çocukların benlik saygısı düzeyleri düşmektedir (ya da tersi).
- Annelerin evlilik çatışması-geçimsizliği sorunları yaşamaları ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında, .001 anlam düzeyinde negatif bir ilişki vardır ($r=-,830$ ve $p<,001$). Annelerin evlilik çatışması-geçimsizliği sorunları yaşama düzeyleri arttıkça çocukların benlik saygısı düzeyleri düşmektedir (ya da tersi).
- Son olarak, annelerin sıkı disiplin uygulama tutumu sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=,012$ ve $p>,05$). Annelerin sıkı disiplin uygulama tutumu

sergileme düzeyleri ile çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında bir ilişki yoktur.

Tablo 14 Annelerin PARI alt ölçekleri ve DEHB tanısı almış çocukların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanlarına ait betimleyici istatistikler			
Anne Tutumları ve Çocukların Benlik Saygısı Düzeyleri	Çalışma Grubu		
	<i>N</i>	\bar{X}	<i>ss</i>
Aşırı Koruyuculuk	40	43,43	8,54
Demokratik ve Eşitlik	40	27,50	2,92
Annenin Ev Kadınlığını Ret Etmesi	40	27,88	4,58
Karı-Koca Geçimsizliği	40	14,93	4,88
Sıkı Disiplin	40	41,58	5,89
Benlik Saygısı Puanı	40	29,33	3,34

Çalışma grubunda yer alan annelerin PARI ölçeğinden ve DEHB tanısı almış çocuklarının Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış ve yukarıda, Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14’de anne tutumlarına ait alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar yer almaktadır. Anne tutumlarının çocukların benlik saygısı düzeyi üzerindeki etkisini araştırmak üzere yapılacak testlerde bu ortalama puanların bir üst ve bir alt standart sapma değerinde yer alan annelerin karşılaştırması yapılmıştır. Aşırı Koruyucu Annelik alt boyutunda 34,90 puan alanlar aşırı koruyucu olmayan, 51,96 üstü puan alanlar ise aşırı koruyucu anne olarak kabul edilmiştir. Hesaplamalar alt boyutun ortalama puanından o boyuta ait bir standart sapma değerinin çıkarılması ve bir standart sapma değerinin eklenmesi biçiminde yapılmıştır (Örneğin aşırı koruyucu anneliğin ortalama puanı 43,43’tür. Bu puandan bir standart sapma değeri olan 8,54 çıkarıldığında 34,90 puanı elde edilmektedir. 34,90 ve altı ortalama puana sahip olanlar aşırı korumacı olmayan annelerdir. Benzer şekilde 43,43 puanında 8,54 eklendiğinde elde edilen 51,96 ve üstü puana sahip anneler ise aşırı koruyucu olarak

kabul edilmiştir). Arada kalan ortalama puanlara sahip anneler ise takip eden istatistikî işlemlere dâhil edilmemiştir.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği-Çocuk Formu (BSÖ) uygulanmış, DEHB tanısı almış çocukların annelerine uygulanan PARI ölçeği beş alt boyutta ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Analizler araştırmanın amaçlarına (hipotezlere) uygun sırayla tablolaştırılmış ve gerekli açıklamaları yapılmıştır. Yukarıdaki işlemler sonrası çalışma grubunda yer alan annelerin tutumlarının DEHB tanısı almış çocuklarının benlik saygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olup olmadığı non-parametrik *Mann Whitney-U* testi ile araştırılmıştır.

Hipotez 1 Annelerin aşırı koruyucu tutum sergilemeleri, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini düşürür.

Tablo 15 Aşırı Koruyucu Annelik tutumunun çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi					
Anne Tutumu	<i>n</i>	\bar{X}	<i>ss</i>	<i>Mann Whitney-U Testi</i>	
Aşırı Koruyucu Olma				<i>Z Değeri</i>	<i>p</i>
Aşırı Koruyucu	8	17,40	1,22	-3,39	0,004*
Aşırı Koruyucu Değil	8	26,12	1,07		
*** $p < .005$ (çok ileri düzeyde anlamlı)					

DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeylerinde annelerinin aşırı koruyucu olup olmasının anlamlı bir farklılaşmaya neden olup olmadığı non-parametrik Mann Whitney-U t-testi ile incelenmiş ve sonuçları yukarıda, Tablo 15’de özetlenmiştir.

Tablo 15’den de görüleceği üzere, çocukların benlik saygısı düzeyleri annelerinin aşırı koruyuculuk tutumu gösterip göstermemesine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($Z=-3,39$ ve $p<,05$). DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeylerine ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, annesi aşırı koruyucu tutum gösteren çocukların benlik saygısı puanlarının, annesi aşırı korumacı tutum göstermeyen çocukların benlik saygısı puanlarından daha düşüktür ($\bar{X}_{Aşırı}=17,40$; $\bar{X}_{Aşırı\ değıil}=26,12$). Buna göre annelerin aşırı koruyucu tutum sergilemeleri, DEHB tanısı almış çocukların benlik saygı düzeylerini olumsuz etkilemektedir.

Hipotez 2 Annelerin demokratik tutumu, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini yükseltir.

Tablo 16 Demokratik ve Eşitlik tutumunun çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi					
Anne Tutumu	n	\bar{X}	ss	Mann Whitney-U Testi	
				Z Değeri	p
Demokratik Tutum ve Eşitlik					
Demokrat Olmayanlar	5	14,27	0,98	-4,28	0,001*
Demokrat Olanlar	6	28,16	1,33		
*** $p < .001$ (ileri derecede çok anlamlı)					

Çocukların benlik saygısı düzeylerinin annelerinin demokratik ve eşitlik tutumu gösterip göstermemesine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur ($Z=-4,28$ ve $p<,05$). DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeylerine ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde; annesi demokratik ve eşitçi bir tutum sergileyen çocukların benlik saygısı puanlarının, annesi demokratik ve eşitçi bir tutum sergilemeyen çocukların benlik saygısı puanlarından daha yüksektir ($\bar{X}_{Demokrat\ olmayan}=14,27$;

$\bar{X}_{Demokrat}=28,16$). Buna göre, annelerin demokratik tutumu, DEHB tanısı almış olan çocukların benlik saygı düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir.

Hipotez 3 Annelerin ev kadınlığı rolünü reddediş tutumu, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini düşürür.

Tablo 17 Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme tutumunun çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi					
Anne Tutumu	n	\bar{X}	ss	Mann Whitney-U Testi	
				Z Değeri	P
Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme					
Ret Edenler	8	19,13	0,77	-3,28	0,009*
Ret Etmeyenler	8	25,02	0,83		
** $p < .01$ (çok anlamlı)					

Tablo 17'den de görüleceği üzere, çocukların benlik saygısı düzeyleri, annelerinin ev kadınlığı rolünü reddetme tutumu gösterip göstermemesine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($Z=-3,28$ ve $p<,05$). DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeylerine ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, annesi ev kadınlığı rolünü reddetmiş tutumu sergileyen çocukların benlik saygısı puanları, annesi ev kadınlığı rolünü reddetmeyen çocukların benlik saygısı puanlarından daha düşüktür ($\bar{X}_{Ret edenler}=19,13$; $\bar{X}_{Ret etmeyenler}=25,02$). Buna göre annelerin ev kadınlığı rolünü reddediş tutumu, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini düşürmektedir.

Hipotez 4 Annelerin evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini olumsuz etkiler.

Tablo 18 Evlilik çatışması-geçimsizlik sorunlarının çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi					
Anne Tutumu	<i>n</i>	\bar{X}	<i>ss</i>	Mann Whitney-U Testi	
				Z Değeri	P
Karı-Koca Geçimsizliği					
Geçimsiz	8	13,97	0,84	-4,76	0,001*
Geçimli	8	27,01	1,01		
*** $p < .001$					

Çocukların benlik saygısı düzeylerinin, annelerinin evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları yaşıyor yaşamadıklarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur ($Z=-4,76$ ve $p<,05$). DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeylerine ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde; annesi evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları yaşayan çocukların benlik saygısı puanlarının, annesi evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları yaşamayan çocukların benlik saygısı puanlarından daha düşüktür ($\bar{X}_{Geçimsiz}=13,97$; $\bar{X}_{Geçimli}=27,01$). Buna göre, annelerin evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hipotez 5 Sıkı disiplin uygulayan anneler, DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini olumsuz etkiler.

Tablo 19 Sıkı disiplin uygulama tutumunun çocukların benlik saygısı düzeyinde bir farklılaşmaya neden olup olmadığını araştırmaya ilişkin Mann Whitney-U testi					
Anne Tutumu	n	\bar{X}	ss	Mann Whitney-U Testi	
				Z Değeri	p
Sıkı Disiplin Uygulayan	10	26,44	1,12	-1,46	0,072
Sıkı Disiplin Uygulamayan	8	27,11	1,19		
<i>p > .05 (anlamsız)</i>					

Çocukların benlik saygısı düzeylerinin, annelerinin sıkı disiplin uygulayıp uygulamamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı bulunmuştur ($Z=-1,46$ ve $p>,05$). DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeylerine ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde; annesi sıkı disiplin uygulayan çocukların benlik saygısı puanları ile annesi sıkı disiplin uygulamayan çocukların benlik saygısı puanlarının birbirlerine çok yakın gerçekleştiği görülmektedir ($\bar{X}_{Uygulayan}=26,44$; $\bar{X}_{Uygulamayan}=27,11$). Buna göre, annelerin sıkı disiplin uygulayıp uygulamadıkları DEHB tanısı alan çocukların benlik saygı düzeylerini olumlu veya olumsuz etkilememektedir.

Araştırmaya katılan çalışma ile kontrol grupları arasında anne tutumları ve çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı t-test ile araştırılmış ve sonuçları aşağıda, Tablo 20’de özetlenmiştir.

Gruplar arasında anne tutumları ve benlik saygısı puanlarının karşılaştırılmasında, annelerin aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin tutumlarını algılamaları ve çocukların benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur.

Tablo 20 Çalışma ile kontrol grupları arasında anne tutumları ve çocukların benlik saygısı düzeyleri bakımından puanlarının karşılaştırılması								
Boyut/Ölçek	Gruplar	n	\bar{X}	ss	sh	t-test		
						sd	T	P
Aşırı Koruyuculuk	Çalışma G.	40	43,43	8,54	0,35	80	-4,27	0,000*
	Kontrol G.	42	50,90	7,33	0,13			
Demokratiklik ve Eşitlik	Çalışma G.	40	27,50	2,92	0,46	80	-1,755	0,083
	Kontrol G.	42	28,71	3,32	0,51			
Ev Kadınlığını Reddetme	Çalışma G.	40	27,88	4,58	0,36	80	-1,321	0,190
	Kontrol G.	42	30,62	4,12	0,56			
Evlilik Çatışması-Geçimsizlik Sorunları	Çalışma G.	40	14,93	4,88	0,77	80	-0,025	0,980
	Kontrol G.	42	14,95	5,19	0,80			
Sıkı Disiplin	Çalışma G.	40	41,58	5,89	0,72	80	4,61	0,000*
	Kontrol G.	42	31,98	4,78	0,20			
Benlik Saygısı Ölçeği	Çalışma G.	40	29,33	3,00	0,11	80	3,52	0,001*
	Kontrol G.	42	42,10	3,34	0,16			
*** $p < .001$								

Çalışma grubu ile kontrol grubu anneleri arasında koruyuculuk tutumunun algılanmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur ($t=-4,27$ ve $p<,05$). Aşırı koruyuculuk alt boyutuna verilen ortalama puanlar incelendiğinde, kontrol grubunda bulunan annelerin, çalışma grubunda bulunan annelere göre daha koruyucu oldukları anlaşılmaktadır ($\bar{X}_{Çalışma}=43,43$; $\bar{X}_{Kontrol}=50,90$).

Çalışma grubu ile kontrol grubu anneleri arasında demokratik tutum, ev kadınlığını reddetme ve evlilik çatışması ve geçimsizlik sorunlarının algılanmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur.

Çalışma grubu ile kontrol grubu anneleri arasında sıkı disiplin tutumunun algılanmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur ($t=4,61$ ve $p<,05$). Sıkı disiplin alt boyutuna verilen ortalama puanlar incelendiğinde, çalışma grubunda bulunan annelerin, kontrol grubunda bulunan annelere göre daha çok sıkı disiplin uygulama tutumunu benimsedikleri görülmektedir ($\bar{X}_{Çalışma}=41,58$; $\bar{X}_{Kontrol}=31,98$).

Son olarak, DEHB tanısı almış çocuklar ile DEHB tanısı almamış çocuklar arasında benlik saygısı puanlarının anlamlı şekilde farklılaştığı bulunmuştur ($t=3,52$ ve $p<,05$). Çocukların ortalama puanlarına bakıldığında, DEHB tanısı almamış çocukların benlik saygısı puanlarının, DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Çalışma}=29,33$; $\bar{X}_{Kontrol}=42,10$).

BÖLÜM IV

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Sonuç ve Tartışma

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında, amaç ve hipotezlerin sırası izlenerek sonuçlara yer verilmiş, daha sonra bu sonuçlar ile literatür ışığında son olarak bazı önerilerde bulunulmuştur.

Bu araştırma ile DEHB olan çocuklara sahip annelerin tutumlarının, çocukların benlik saygısı düzeylerine etkisi araştırılmıştır.

Çalışma grubunda yer alan annelerin tutumları ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere korelasyon katsayıları incelenmiş ve annelerin aşırı koruyuculuk, ev kadınlığını reddediş tutumu sergilemeleri ve evlilikte çatışma-geçimsizlik sorunları yaşamaları ile çocukların benlik saygısı puanları arasında .001 anlam düzeyinde negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 13). Annelerin demokratik bir tutum sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında ise .001 anlam düzeyinde pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Annelerin sıkı disiplin uygulama tutumu sergilemeleri ile DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyleri arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çocukların benlik saygısı düzeyleri annelerinin aşırı koruyuculuk tutumu gösterip göstermemesine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre annesi aşırı koruyucu tutum gösteren çocukların benlik saygısı puanları, annesi

aşırı korumacı tutum göstermeyen çocukların benlik saygısı puanlarından daha düşük olduğu, annelerin aşırı koruyucu tutum sergilemelerinin, DEHB tanısı almış çocukların benlik saygı düzeylerini olumsuz yönde etkilediği anlaşılmaktadır (Tablo 15).

Aşırı koruyuculuk duygusal alanlarda kendisini göstermektedir. Çocuğun üzüntü, korku, endişe ve acı veren hiçbir duyguyu yaşamasına izin verilmemektedir. Çocuk yapay bir dünyaya sokulmuş gibidir. Her şey aileler tarafından kolaylaştırıldığı için çocuk yaşama hazırlıksız bırakılmaktadır (Yavuzer, 2003).

İlgili literatüre bakıldığında, Hechtman ve arkadaşlarına göre (1984), tutarsız, otoriter ve aşırı koruyucu aile tutumları, akademik gidişi olumsuz etkilemektedir. Kontrolcü ve aşırı koruculuk ile polisiye suçlara katılma ilişkili bulunmamıştır. Ebeveyn-çocuk ilişkileri ve çocuk yetiştirme biçimleri uzun süreli gidişte önemli etkilere sahiptir. Genellikle tutarsız, aşırı müsaade edici, kontrol edilmeyen veya aşırı kısıtlayıcı çocuk yetiştirme tutumları olumsuz etki yapmaktadır. Bu bulgular araştırmanın sonucu ile paralellik göstermektedir.

Tahiroğlu' na göre, aşırı koruyucu veya hoşgörülü anne, sınırları çocuklarına iyi öğretememektedir. DEHB şiddetinin artmasına neden olan tutum çeşidi olduğu belirtilmiştir.

DEHB olan çocuklar olmayanlara oranla daha hareketli, anne babalarının sözlerine daha fazla karşı gelen ve daha inatçı oldukları bilinmektedir. Çocuğun bu tür davranışlarına karşı olarak ailelerin daha çok kontrol ettikleri ve korumak istedikleri görülmektedir. Annelerin aşırı hoşgörülü olmaları ile DEHB olması arasında doğrudan bir ilişki kurmak mümkün olmamaktadır (Ercan ve Aydın, 2007).

Vanlı'ya göre, çocukların dikkat sürelerinin kısa olması, düşünmeden hareket etmeleri, huzursuz ve dengesiz yapıları onların anne ve babaların alışa gelmiş terbiye yöntemlerine cevap vermesini engellemektedir. Bu durumda ise, ailelerin onların davranışlarına “boyun eğme” leri onları mutlu etmeyeceği gibi kaygılandırmaktadır. Ailenin aşırı hoşgörüsü ile kaygı yaşarlar ve bunu dile getirmezler ve yavaşça anne babalarına olan saygılarını ve güvenlerini kaybedebilmektedirler.

İzin verici ailede büyüyen çocuklar dürtüsel olarak tanımlanmaktadır. Bu da tam olarak DEHB' nun dürtüsel kategorisine girmektedir. Amaçsız olmak, aşırı izin verici ve hoşgörülü ebeveynlerine karşı çocukların özelliği olarak ortaya çıkmaktadır. Bu çocukların belirli bir amaca göre hareket etmemesi "Hiperaktivite" 'den kaynaklanmamaktadır (Baumrind,1978). Bu amaçsızlık sonucu aileleri ve sosyal çevresi ile iyi ilişkiler kuramamakta ve devam ettirememektedir. Bu sonuçlar araştırmamızın ki ile paralellik göstermektedir.

Alizadeh ve Andries (2002), İranlı aileler ile, DEHB olan çocukların, aile stilleri ile etkileşimini inceledikleri araştırmalarında, izin verici aile stili ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Bu bulgular bu araştırmanın sonucu ile çelişki göstermektedir.

Baumrind, DEHB ilişkili olarak, modern çocuk yetiştirme uygulamalarını, geleneksel tutum ve uygulamalara göre daha çok davranış üretmek için muhtemel olduğunu belirtmiştir. Aşırı hoşgörü ailelerin çocukları, dört temel davranışsal alanda zorluk göstermektedir: (1) "duygusal düzenleme" (kendini kontrol);(2) yetişkin otoritesine meydan okuma ve hırçınlık, özellikle de onların verilen yönergelerine karşı; (3) zorlu görevleri bitirme ve direnme yeteneği; ve (4) antisosyal davranış kalıplarıdır.

Birçok anne çocuklarını disiplin içine sokmak için en iyi yöntemlere karar vermede mücadele etmektedir, çocuklarının sorunlarından kendilerini suçlu hissederler ve çok fazla koruyucu ve sıkı olduklarında kendilerine adil ve tutarlı nasıl davranmaları gerektiğine dair sorular sormaya başlarlar (Barkley,1998).

Talay-Ongan(2000), aşırı koruyucu aile stiline, DEHB olan çocukların akademik başarılarında ve sosyal duygusal gelişiminde etkisi olmadığını bulmuşlardır. Bu bulgular bu araştırmanın sonucu ile çelişmektedir.

Çocuk gelişim araştırmaları, aşırı hoşgörülü ve otoriter yaklaşımlara göre demokratik çocuk yetiştirme uygulamaları (düşük kontrol, yüksek sevgi), daha az çatışma ve normal ergenler tarafından sorumlu bağımsız davranışların ediniminin

daha iyi olduğundan bahsetmişlerdir (Becker,1964;Conger,1977; Grotevant&Cooper, 1983; Robin ve Barkley:301-302).

Aşırı hoşgörülü anneler, çocuklarının yetenekleri ne olursa olsun kararlarını yerine getirmesine izin vermektedirler. Çocuklar tercih ettikleri gibi davranmaya izin verilen küçük bir yapıya sahiptirler. Bu çocuklar, davranışsal kontrolün dışında, dürtülerini kontrol etme, itaatsiz ve isyankar olmaya eğilim taşımaktadırlar (Ashley, 2005:s.207'deki alıntı).

Aşırı hoşgörülü ebeveynler, literatürde DEHB olan çocuk için risk faktörlerindedir (Robinson, 2004). Bu araştırmamıza paralellik gösteren sonuçlar içermektedir.

DEHB, iç kontrol eksikliği gibi çocuk tarafından gösterilebilmektedir. Aşırı hoşgörülü, izin verici çocuk yetiştirme ve biyolojik nedenler gerçekten önemli değildir. Dışsal davranışların belirlenmesi ve dış kontrol teşviki ile çocuk kendi davranışlarını değiştirebilir, kendini kontrol etmeyi özümseyebilmektedir.

Dış kontrol yapısı ve tutarlılık çevreden gelmektedir. Bu evde sürekli olarak her iki ebeveyn tarafından uyması gereken kural sistemi anlamına gelmektedir. DEHB olan çocuk nasıl uygun davranacağını, tutarlı bir ortamda yükselerek öğrenmektedir. Okul içinde de benzer bir tutarlılığa ihtiyaç duymaktadırlar.

Sonuç olarak, aşırı koruyucu anne tutumları, DEHB olan çocukların akademik düzeylerini, sosyal emosyonel duygu durumlarını ve benlik saygı düzeylerini olumsuz olarak etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda annelerin aşırı koruyucu olmaları DEHB nedenini oluşturmamakta ancak semptomlarını şiddetlendirdiği saptanmıştır. Bu çocuklarda aşırı kollayıcı aile sayesinde gitgide ebeveynine karşı güvenini yitirmekte sonuçta bu da benlik saygısını olumsuz olarak etkilemektedir. Elde edilen bu bulgular, araştırmamızın hipotezini (Hipotez 1) desteklemektedir. Benlik kavramı doğuştan getirilmemekte, sosyal ve fiziksel çevresi ile zamanla kazanılmaktadır. Ailelerin yaklaşımı ve tutumları DEHB olan çocuğun benlik kavramı oluşumunda önemlidir.

Çocukların benlik saygısı düzeylerinin annelerinin demokratik ve eşitlik tutumu gösterip göstermemesine göre de anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Annesi demokratik ve eşitçi bir tutum sergileyen çocukların benlik saygısı puanlarının, annesi demokratik ve eşitçi bir tutum sergilemeyen çocukların benlik saygısı puanlarından daha yüksek olduğu, annelerin demokratik tutumunun, DEHB tanısı almış olan çocukların benlik saygı düzeylerini olumlu yönde etkilediği görülmektedir (Tablo 16).

İlgili literatüre bakıldığında, Arı' a göre, DEHB olan çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları kaygı düzeyi, algıladıkları sosyal destek ve algıladıkları ana-baba tutumlarını incelediği çalışmasında, ana babaların çocukları ile olan ilişkilerinde, sevgi ve sıcaklık boyutunda yüksek oldukları bulunmuştur.

Çelik(1994), çocuk psikiyatrisinde tedavi gören 9-14 yaş çocuklarının benlik kavramlarını çeşitli değişkenlere göre incelemiş ve ailenin yapısının çocuğun benlik kavramı üzerine etkisinde, çekirdek ve geleneksel aile yapılarını incelemiş, geleneksel aile yapısındaki ailelerin kendi yetiştirilişlerindeki gibi, sıkı disiplin ve terbiye kurallarına göre yetiştirmede, aile arasındaki ilişkide, gelenekselliği korumadıkları görülmüştür. Benlik algısının, geleneksel aile yapısının çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre düşük olduğu saptanmıştır.

DEHB olan çocukların sorun içeren davranışlarında ki artış, küçük yaşlardan beri içinde buldukları engellenmeler, eleştirilere maruz kalmalar, yetersizliklerinin gösterilmesi, yaşlıları tarafından dışlanmalar, alay edilmeler, etiketlenmeler, başarısızlık duyguları, sosyal ilişkilerinde başarısızlık ve tabi ki biyolojik etkilerin bu sorunsal davranışların kaynağı olabilirliği bilinmektedir. Eğer aile yaklaşımı, aile işlevleri yeterli düzeyde ve demokratik tutumun benimsenmiş olması ile bu sorunlar ciddi bir tehlike oluşturmayabilmektedir. Çocuğun yaşadığı aile ortamının önemi bilinmektedir (Kanay, 2006). Bu bulgular araştırmanın sonucu ile paralellik göstermektedir.

Demokratik aileler, çocuğun faaliyetlerini yönlendirmek için rasyonel bir şekilde sorunlara yaklaşmaktadırlar. Aileler çocuklarını sözlü teşvikler göstererek, ebeveyn politikası arkasındaki mantığı açıklayarak, uyum sağlamayı reddeden

çocukların itirazlarına karşı ısrarla beklemekteydiler. İnatçılık ve disipline uygunluk her ikisi de özerk olarak kendinden değerlendirilmektedir. Bu nedenle aile çocuğun uymamasına karşı olarak git gide artan kontrol sağlayabilir, fakat bunu sıkı denetimle, yasaklayarak yapmamaktadırlar. Aileler yetişkin bakış açısında zorlanmaktadırlar, fakat çocuğun özel ilgi alanlarının ve özelliklerini unutmadan çocuğa tanımaktadırlar (Baumrind, 1978).

Demokratik tutum bazı durumlarda tam olarak kullanılmamaktadır. Çoğu zaman DEHB olan çocuklar için en etkili aile tutumudur. Davranışı geliştirmek için, net yapıları ve öğretimi takiben sonuçları içermektedir. Demokratik aileler tarafından kullanılan bu sonuçlar, kötü olabilmekte fakat ceza içermemektedir. Bunun yerine, “suç uydurma”, öğretme ve davranış sorununu çözmek için dikkatle tasarlanmaktadır (Sonna,2005).

Pekcanlar vd., (1999) göre, DEHB olan çocukların ailelerin işlevleri normal sınırlarda saptamıştır. Ancak büyük yaş çocukların (9-14 yaş) ailelerinin özellikle yönetimde katılık, belirsizlik, sorumsuzluk gibi kontrol alanında sorunlar yaşadığı bulunmuştur. 9-14 yaştan küçük olan çocukların ailelerinin normal sınırdaki bulunması, destekler niteliktedir. Öncü vd.’ne (2004) göre, özellikle DEHB olan ergenlerin(12 yaş ve üstü olanların), içe yönelim sorunları gösterme olasılığının çocuk DEHB olanlara göre yüksek olduğunu belirtmiştir. Bunun nedenleri tam olarak belirtilmemiştir. Ailenin yaklaşımında katı, belirsiz ve sorumsuz olması bu sorunların oluşumunu şiddetlendirebilmektedir. Davranım bozukluğunun eşlik ettiği DEHB olan çocukların ailelerinde, kontrol ve aile içerisindeki bireylerin ileti gönderiminin açık, doğrudan ve yeterli olmayışı gibi iletişim alanlarında belirgin olmak üzere sorunların arttığı belirlenmiştir.

Warren, Kaminski, Durrant ve Bayer(2004), DEHB olan çocukların uyumu, ailelerinin empatik yaklaşımı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çocukların akranlarının kabul etmesinde ailenin empatik yaklaşımının olumlu etkisi olduğu ve önemli olarak da DEHB olan çocukların ailelerinin müdahalelerinde, empatinin çeşitli formlarının artarak odaklanıldığını göstermişlerdir. Güçlendirilmiş olan ebeveyn empatisi DEHB olan çocukların saldırganlığını azalttığı ve çocukların benlik saygılarında ve akran ilişkilerinde olumlu etki yaptığı bulunmuştur.

Demokratik/destekleyici tutum ve davranışı sergileyen bireyler, empatik ilişki içinde olan bireylerdir. Ebeveyn empatisi özellikle duygusal ve davranışsal sorunlar deneyimleyen çocuklar için önemli bir ilişki şeklidir. DEHB olan çocuklar diğer çocuklara göre, genellikle bir çok davranış, öğrenme, kişilik, ve duygusal yönden sorunlar yaşamaktadırlar (Barkley& Fisher,1991;Befera & Barkley, 1985; Greene, Biederman, Faraone, 2001). Bu bulgular ile araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Empatik iletişimi gerçekleştiren ebeveynler, çocuklarına güven duygusunu kazanmış, onların duygu ve düşüncelerini anlatmasında dinleme becerisini geliştirmiş, çocuklarının yaşının getirdiği psiko-sosyal sorunlara çözüm bulmuş ailelerdir. Bu ailelerde demokratik tutum ve davranış kazanılmış olup, sağlıklı ve başarılı çocuklar yetiştirmektedirler.

Çocukların hayal kırıklıklarına, tekrarlayan aksiliklere rağmen bazı ebeveynler, çocuklarının güçlü yanlarını ısrarla görmektedirler. Çocuklarının plan ve davranışlarındaki kusurlar için makul sınırlar tanımakta ve dürüstçe geri bildirimler sağlarken bir taraftan da onlardaki ümit verici ve olumlu tavırları geliştirmekte beceriklidirler. Çocuklarının güçlü yanlarının farkına varmasını sağlarlar, çaba ile ulaşılabilecek fırsatların peşlerinden gitmeleri için teşvik ederler, hayalci beklentileri hüsrana yol açabileceklerini bildiklerinden dolayı desteklememektedirler.

Brown (2005), ebeveynlerin tüm çabalarına rağmen, bazı çocuklar, ergenler ve yetişkinler, kendi bozukluklarına tepki olarak geliştirdikleri, kendilerini aşağılayan kanaatlerini ve tavırlarını fark etmek ve onarmak için daha uzmanlaşmış bir yardıma ihtiyaç duymaktadırlar.

Araştırmaların birçoğunda demokratik tutumun, DEHB olan çocukların psikosoyal ve akademik gelişiminde ne kadar önemli olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, araştırmanın hipotezini (hipotez 2) destekler nitelikte görülmektedir. Bu sonuçlarda demokratik tutum gösteren aile bireylerinin çocuklarını doğru bir şekilde yönlendirdiği, etkili ve doğru iletişim, ilişki kurabildikleri ve bu durumda etiketleme ve yargılama görmeyen çocuğun hem akademik hem de sosyal becerilerinde yükselme olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çocukların benlik saygısı düzeylerinin, annelerinin ev kadınlığı rolünü reddetme tutumu gösterip göstermemesine göre de anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Annesi ev kadınlığı rolünü reddetmiş tutumu sergileyen çocukların benlik saygısı puanları, annesi ev kadınlığı rolünü reddetmeyen çocukların benlik saygısı puanlarından daha düşük olduğu ve annelerin ev kadınlığı rolünü reddediş tutumunun, DEHB tanısı olan çocukların benlik saygı düzeylerini düşürdüğü anlaşılmıştır (Tablo 17).

Ev kadınlığının reddedildiği bir tutumda, annenin çocukla ilgilenmesi söz konusu değildir. Çocuğuna yeterince zaman ayıramayan annenin, ona karşılaştığı güçlüklerin nasıl üstesinden geleceği ile ilgili örnekler sunması ve problem çözme becerisinin gelişimini destekleyici fırsatlar yaratması söz konusu olamaz. Çünkü anne sadece çocuk bakımını ve eğitimini değil tüm diğer aile ile ilgili sorumluluklarını da yerine getirmeyen bir tutum sergilemektedir.

Ev kadınlığı rolü, kadının evde oynadığı rolü göstermektedir. Kadınlardan genel olarak evlenmese bile bu rolü oynamaları beklenmektedir. Bu rolü gerektiği gibi oynamaması ya da başarılı olamaması rol çatışmasına girmesini ve bunun sonucunda yoğun bir kaygı yaşamalarına yol açabilmektedir.

Opprang ve Apu (1985;Gönüllü ve İçli, 2001: 81-100) kadının yedi temel rolünden bahsetmiş ve bunları annelik, eşlik, ev kadınlığı rolü, akrabalık, topluluk, mesleki ve bireylik rolleri olarak belirlemişlerdir. Ev kadınlığı rolü kadının evde oynadığı role işaret etmektedir. Yukarıda belirtilen bu rollerin oynanması bazen uyum, bazense çatışma içerisinde gerçekleşebilir. Gelenekler görenekler rol çatışmalarını engelleyici kurallar getirerek düzenin devamını sağlarken toplumsal değişme rol çatışmalarına yol açabilir. Ayrıca sosyalleşme sürecinde bu rollerin nasıl oynanacağını öğrenmemiş ya da yeterli öğrenememiş kadınlar bu yüzden de rol çatışması yaşayabilirler. Buna göre annenin ev kadınlığı rolünü reddetmesinin çocukların ahlaki kurallarla ilgili algılarında probleme yol açtığı söylenebilir.

Ev kadınlığı rolünü yerine getirmeyen annelerin sadece bu rolü reddetmedikleri bunun yanında kadın olmanın bir gereği olan annelik rolünü de benimsemedikleri için özellikle çocuklarının ahlaki kurallarla ilgili bilinç

oluşturmalarında uygun örnek oluşturamadıkları ileri sürülebilir. Kişiler arası etkileşimi vurgulayan Sullivan' a göre, benlik sistemi anne ve babanın etkisi ile şekillendiğini söylemektedir. Görevi ise gereksinimleri karşılamak ve güvenliği sağlamaktır. Eğer anne kaygı içinde görevini yerine getiremiyorsa çocukların gereksinimleri ve güvenliği sağlanamıyorsa, anksiyete ile birlikte çocuk, "kötü ben" yaşamaya başlamaktadır.

Bozukluğu olan çocuğa sahip olan aileler, çocuklarının farklı gelişim göstermesinin ve başkalarından farklı olmasının getirdiği duygusal tepkilerin yanı sıra, çocuğun yavaş gelişimi, fiziksel bakımı için gereken özel düzenlemeler, eğitim zorlukları gibi çok farklı nedenlerle olumsuz yönde etkilenmektedirler. Bu olumsuzluklara maddi problemler, çocuğun yaşıt grubundan izolasyonu, toplumun söz konusu bozukluğa bakışının getirdiği sorunlar ve bunların etkisiyle evlilik ilişkilerinde ortaya çıkan problemler de eklenir. Herhangi bir bozukluğa sahip çocuk ile ailesi arasındaki ilişkinin, sıradan bir aile çocuk ilişkisine oranla daha karmaşık, gergin ve dengesiz olduğu düşünülür (Robinson ve Robinson 1976; Duygun 2001; Randal ve Parker 1999: aktaran Görgü E.). Tablo 3'e bakıldığında, araştırmanın %82,5 ev hanımı olan, annelerin oluşturduğu görülmektedir. Özellikle zamanının çoğunu evde geçiren ve günün bir çoğunu çocuğu ile geçiren annelerin bozukluğu olan çocuklarla etkileşimleri gerginlik ve huzursuzluk içermektedir.

Çocukların davranışlarındaki sorunlar anne-babayı açıkça etkilemektedir. Olumsuz davranışların ailede sıkıntıyı arttırdığı görülmektedir. Aile içindeki sıkıntı ve stres çocuklardaki agresyonu arttırmaktadır. DEHB olan anneler özellikle bu dinamik döngüye daha yatkın olmaktadır (Nig ve Hindsaw,1998).

DEHB olan çocukların gereksinimleri çocukluk ve ergenlik döneminde artmaktadır. Artan gereksinimlerin karşılanması ebeveynlerin işlevlerinde aksamalar yol açmaktadır. Sağlıklı olan ebeveynlere göre daha olumsuz etkileşim içine girdikleri görülmektedir. Anne ve babaların yaşadığı bu stres, yetersiz anne ve baba olduğu duygusu uyandırmaya başlamaktadır. Ailelerin psikopatolojik bulgular taşıdıkları saptanmaktadır.

DEHB olan çocukların ailelerine karşı olan olumsuz tutum ve davranışları ailelerin uzmanlardan yardım istemesine daha çok psikiyatrik rahatsızlık göstermeye başlamalarına neden olmaktadır. DEHB olan çocukların anneleri, genel ve annelik rolüne göre psikolojik güçlükler yaşamaktadır. Bu da annelerde annelik rolünü yetersiz bulmalarını sağlamaktadır. Bu bulgular, araştırmamızla paralellik göstermektedir. Annelerdeki annelik rolünü reddetme kendilerindeki bu yetersizlik duygusuyla örtüşmektedir.

DEHB olan çocukla kurulan bozuk etkileşim, çocukların benlik saygılarını ve kendilerini güvenlerinin düşürmektedir (Hetchman,1996; Treacy ve Tripp, 2004; Mash ve Johnston, 1983, Durukan vd., 2008).

DEHB olmayan çocuklarda, ev kadınlığını reddeden annelerin, çocukların bilişsel işlevlerdeki performanslarına yönelik etki yapmadığı görülmüştür (Ucur,2005). DEHB olan çocuklar dürtüsel davranışlarını kontrol etmekte zorlanmaktadır. Annelerin bu olumsuz davranışları yönlendirmede yaşadıkları sıkıntı, onlara psikolojik güçlük olarak geri dönmekte bu da çocuklara yaklaşımlarında ve kendi annelik rolüne bakış açısında değişikliğe neden olabilmektedir. Annelerin yetersizliği çocuğa yanlış mesaj olarak aktarılmakta ve çocukta benlik saygısını düşürmekte olduğu yorumlanabilir. Araştırmamızın hipotezi (Hipotez 3) ile literatür bulguları örtüşmektedir.

Çocukların benlik saygısı düzeylerinin, annelerinin evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları yaşayıp yaşamadıklarına göre de anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur Annesi evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları yaşayan çocukların benlik saygısı puanlarının, annesi evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları yaşamayan çocukların benlik saygısı puanlarından daha düşük olduğu ve annelerin evlilik çatışması-geçimsizlik sorunları yaşamasının, DEHB tanısı olan çocukların benlik saygı düzeylerini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Tablo 18).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu çocukların ve ailelerin arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Çocuğun tepkisel davranışlarına aile de aynı şekilde tepki ile cevap vermektedir. Aileleri gittikçe daha olumsuz, emredici,

reddedici olmaktadır. Uzun dönemli çalışmalarda negatif aile ortamı ayırıcı faktör olarak gösterilmektedir (Marshall vd., 1990).

Bazı ebeveynler çocuklarının peşinden koşmaktan ve çocuğu denetleyebilme, kontrol edebilme çabası içinde yorgun düşerler. Bu durumda kendilerini umutsuz olarak hissetmektedirler. Anne ve babalar DEHB olan çocuklarına yaklaşımları farklılaşmaktadır. Phares ve Compas (1992)göre, DEHB olan çocuğa sahip babaların, normal çocuğa sahip kontrol grubundan farklılaştığı alanlar bulunmaktadır. Çocuklarından diğer gruba göre, geleceğe dönük olarak uysal davranış beklentileri az olarak saptanmıştır. DEHB olan annelerin ise, geleceğe dönük çocuklardan beklentilerinin fazla olduğu, buna göre, kendilerini suçlamakta ve depresyonun bir çok semptomunu göstermekte olduğu bulunmuştur.

Turgay ve Semerci (2007), DEHB olan babaların daha az sabırlı olduklarını, çocuklarına karşılık daha fazla tepki verdiklerini gözlemişlerdir. Babaların tanı ve tedaviye katılımları az ve annelerin tedaviyi onlardan habersiz olarak sürdürdüğü belirtilmiştir. Genellikle babalarda görülen çocuklarındaki DEHB kabullenme durumu aile de tedaviye yaklaşım sürecini olumsuz etkilemekte ve çatışmalara yol açtığı saptanmıştır.

Olumsuz aile etkileşimi, geçinemeyen ve bozulan eş ilişkilerine yol açmaktadır. Eşler arasındaki sorun, çocuğun gerçekleştirdiği negatif tutumlar ve yaşının ilerlemesi ile artmaktadır. Çocukları nedeniyle sürekli tartışan aile çocuklarındaki belirtilerin daha da artmasına neden olmaktadır. DEHB sahip çocukların aileleri, ailesel çatışma ve az miktarda olan aile bağları ile ilişkilerini sürdürmektedirler (Biederman, Faraone ve Monuteaux, 2002). Bu bulgular, araştırmamızdaki bulgular ile paralellik göstermektedir.

Weinstein vd., (1998; George Kapalka, 2009: 31-41) DEHB sahip olan erkek çocukların ailelerinde kendilik değerleri etkilenmekte ve çocuklarını suçlama eğiliminde veya tüm zorlukları onlarla deneyimlediklerine dair yargılamaktadırlar. Araştırmacılara göre, eğer aileler suçluluk duygularının üstesinden gelemezlerse, kendi değerlerini geliştiremezlerse, zamanla iç huzursuzluklara ve içe çekilmelere yatkın olabilmektedirler. Sonuçta kendilerindeki bu kaygı çocuklara sevilmediği ve

reddedildiğini hissettirebilmektedir. Aileleri tarafından bu duyguları hisseden çocuklarda da zaman içinde benlik saygılarında düşme görülebilmektedir (Cummings ve Cicchetti,1990).

Çocuklar, ailelerin çatışmalarının nedenini kendileri olarak algılamaları, çatışmadan dolayı sorumluluk ve suçluluk hissederek kendilerini anne ve babasının arasındaki çatışmada tehdit unsuru olarak hissetmeleri, düşük kendine güven duygusu, depresyon ve kaygı gibi problemlerle ilişkili olduğu saptanmıştır (Grych ve ark.,2003: akt. Ulu İ.,Fışiloğlu H.,2004).

Çocuklar, ailelerin çatışmalarının nedenini kendileri olarak algılamaları, çatışmadan dolayı sorumluluk ve suçluluk hissederek kendilerini anne ve babasının arasındaki çatışmada tehdit unsuru olarak hissetmeleri, düşük kendine güven duygusu, depresyon ve kaygı gibi problemlerle ilişkili olduğu saptanmıştır (Grych ve ark.,2003: akt. Ulu İ.,Fışiloğlu H.,2004).

İlgili literatüre bakıldığında, ailede çatışma ve geçimsizlik varsa, DEHB olan çocukların, çatışmaların nedeni ve sevilmediği yorumunu yapmasına sebep olmaktadır. Ve zaman içinde bu olumsuz aile ortamı, DEHB olan çocukların benlik saygılarını düşürdüğü yorumlanabilir. Bu bulgular araştırmamızın hipotezi (Hipotez 4) ile paralellik göstermektedir.

Çocukların benlik saygısı düzeylerinin, annelerinin sıkı disiplin uygulayıp uygulamamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı bulunmuştur. Annelerin sıkı disiplin uygulayıp uygulamamalarının, DEHB tanısı alan çocukların benlik saygı düzeylerini olumlu veya olumsuz yönde etkilemediği anlaşılmıştır (Tablo 19).

Hofman (1970), ailelerde uygulanan disiplin biçimleri konusunda yapmış olduğu araştırmada üç tip cezalandırmayı benimsediklerini belirtmiştir. Bunların ilki ebeveynin kullandığı fiziksel cezalandırma yöntemi olan “güç kullanma”dır. Bu disiplin yönteminde fiziksel şiddet ve çocuğun güçsüzlüğünden yaralanma söz konusudur. Ebeveynlerin kullandığı diğer cezalandırma tekniği ise psikolojik cezadır. Burada, ebeveyn çocuğa sevgisini kısıtlayarak çocuğu disipline etme yolunu seçmiştir. Çocuklarını yok farz etme, soyutlama ve çocuğuna karşı olan olumsuz

duygularını açıklama şeklinde olan bu disiplin biçimi, çocukların benliğini, benlik kavramını ve benlik saygısını örselemektedir. Sebep ve sonuç ilişkilerinin açıklandığı yaklaşım, çocuğun eğitiminde en yararlı olarak çocuğun kendi kararını vermesini sağlayan, ahlak gelişimini destekleyen disiplin biçimi olduğu saptanmıştır (Aydın, 2005).

Şenol, İşeri ve Koçkar (2006), DEHB olan çocuklarda benlik saygısının yaygınlık gösterdiğini, benlik saygısındaki düşüklüğün DEHB' nun önemli problemlerinden olduğunu belirtmişlerdir. Baumeister (1993)' a göre yüksek benlik saygı düzeyleri, DEHB olan çocukların akademik başarıları ve sosyal ilişkilerindeki olumlu sonuçları ile bağlantılıdır.

Çocuğun çevresi ile etkileşim ve deneyimleri ile şekillenen benlik saygısı, DEHB çocuklarda, yıkıcı davranışları ve sosyal ilişkilerindeki zorluklar nedeniyle aileleri ve okul ve diğer ortamdaki kişiler tarafından eleştiri ve cezaya maruz kalarak etkilenmektedir. Sonunda ise çocuklar kendilerine olan mutsuzluğu ve güvensizliği ifade edebilmektedirler. Araştırmamıza göre, bu bulgular çelişmektedir.

DEHB olan çocukların, annelerinin işlevsel olmayan disiplin biçimlerini uygulamaları sonucu davranış sorunları gösterdiği bulunmuştur (Arnold ve ark., 1993). Annelerin eğitim düzeyine göre, işlevsel olmayan disiplin biçimini gösterme değişmektedir. Annelerinin eğitim düzeyinin düşmesi ile çocuklardaki davranış problemlerinin arttığı bulunmuştur (Fox,Platz, Bentley,1995; Miller, Scarr,1989).

Karşıt gelme davranış bozukluğu eşlik eden DEHB olan çocukların anneleri, kontrol grubuna göre, etkileşimlerinde daha fazla komut ve yönerge veren sürekli çocuklarını denetleyen oldukları (Barkley ve Fischer, 1991),özerkliğe destek olmayan, çocuğun kendini düzenlemeye yardımın olmadığı(Winsler, 1998) davranışlara sahiptirler.

DEHB sahip çocukların annelerinin, normal çocuğa sahip annelere göre daha onaylamayan, kontrolü bırakmayan, daha talepkar ve kritik yaklaşımlar içinde olduğu bildirilmiştir (Hechtman,1996).

DEHB sahip ailelerin, diğere normal çocuğa sahip olan ailelere göre, çocuklarına karşı daha emredici, itaat ettirici, kontrol edici(hükmedici) oldukları görülmüştür. DEHB olan çocuklar ailelerinin isteklerine boyun eğmekte az da olsa olumsuz ve itaatlerini kabul edici olmaktadır (Barkley,1985). Aileler çocuklarının sorunlu olan davranışlarına karşı olumsuz, cezalandırıcı ve kontrol edici cevap vermektedirler (Johnston,1996).

Grolnick' e göre aileler çocuklarının zorlu ve uyumsuz olan tepkilerine karşılık kontrolü daha da artırmaktadırlar. Kontrol arttıkçada DEHB olan çocuklarda daha fazla uyumsuzluğa yol açmaktadır. Çocuğun bu davranışlarına karşı aşırı kontrol beklenen bir yanıt olarak görülmektedir. Ailelerin daha buyurucu olan otoriter tutumu benimsedikleri gösterilmiştir (Hinshaw, Zupan, Simmel, Nigg ve Melnick,1997).

DEHB olan çocuklara sahip olan ve sahip olmayan ailelerin çocuklarına karşı tutumları araştırıldığında, DEHB olan ailelerin diğere ailelere göre olumsuz bir görünüme sahip oldukları saptanmıştır. Bu tutum ailelerin içinde bulunduğu stres ve yabancılık çekmesi ile desteklenmektedir (Further, Baker ve Mccal, 1995).

DEHB olan çocukların, dikkatsiz, dürtüsel ve aşırı hareketli olan davranış kalıpları, sıklıkla ailelerin beklentileri ile uyuşmamaktadır. Beklentilerine göre, çocuklarına daha fazla emir, yönerge vermekte ve görevi tam olarak bitirebilmesi için sürekli olarak kontrol etmektedirler. Aileler zaman içinde kendilerinin, çocuklarını sıklıkla uyarmakta olduklarını fark etmişlerdir. DEHB olan çocuğu motive edebilmek bu yaklaşımlar ile mümkün olmamaktadır. Çocuklar, aileleri tarafından söylenenleri dinlememektedir ve istenilene uyum sağlamamaktadır. Ailelerde fiziksel disiplin ve diğere cezalandırma stillerini bu durumla baş edebilmek için kullanmaktadırlar (Fisher, 1997).

“Rogers'ın ifade ettiği gibi, gençler yaşantıları süresince, yapabildikleri veya yapamadıkları doğrultusunda aldıkları geri bildirimler ile yüklenmektedirler. Çocuklar, aile ve sosyal standartlara uyum sağlayabildikleri kadarı ile sevgi ve övgü görürler. Koşullu kabul durumu benlik saygısını zayıflatmaktadır” (Aydın, 2005).

DEHB olan çocuklar, sosyal ilişkilerindeki zorluklar ve sorunlu davranışları nedeniyle aile ve ev çevresinden sürekli olarak ceza ve eleştiriye mazur kalabilmektedir. Bu olumsuz davranışları ailelerinin verdikleri olumsuz cevaplar ile daha da pekişmektedir. Bu çocukların sosyal ve davranışsal sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Eleştirilere maruz kalan çocukların benlik saygıları düşmekte, kendilerini yalnız hissetmekte ve sosyal memnuniyetsizlik yaşamaktadırlar (Domitrovich ve Bierman, 2001:akt., Warren vd,2003; Şenol vd,2006: 54).

Ailelerin uyguladığı sıkı disiplin ve DEHB olan çocukların benlik saygı düzeyleri ile ilgili araştırmalara bakıldığında, emir ve kontrol içeren olumsuz aile ortamı çocuğun uyumsuz davranışlarını artırmaktadır. Araştırmamızda DEHB olan çocukların benlik saygı düzeylerini, annelerin katı, kontrol edici, çocuğu beklenen davranışlar için zorlama ve mutlak hakimiyeti ellerinde bulundurma isteklerine karşı anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Araştırmamızın hipotezi(Hipotez 5), ilgili literatürle örtüşmemektedir. DEHB olan çocukların annelerin sıkı denetim tutumundaki, kontrolü kısıtlayıcı olarak değil, işlevsel olarak yorumlamaları, zaman içinde sürekli olarak uyarı ve eleştirilere maruz kalmalarından dolayı zamanla artık bu etkiileşimin istenilen etkiyi yaratmayacağı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma grubu ile kontrol grubu anneleri arasında demokratik tutum, ev kadınlığını reddetme ve evlilik çatışması ve geçimsizlik sorunlarının algılanmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı, koruyuculuk tutumunun algılanmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu, sıkı disiplin tutumunun algılanmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur. Sıkı disiplin alt boyutuna verilen ortalama puanlar incelendiğinde, çalışma grubunda bulunan annelerin, kontrol grubunda bulunan annelere göre daha çok sıkı disiplin uygulama tutumunu benimsedikleri görülmektedir (Tablo 20).

Tablo 20' de, DEHB tanısı almış çocuklar ile DEHB tanısı almamış çocuklar arasında benlik saygısı puanlarının anlamlı şekilde farklılaştığı bulunmuştur ($t=3,52$ ve $p<,05$). Çocukların ortalama puanlarına bakıldığında, DEHB tanısı almamış çocukların benlik saygısı puanlarının, DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Çalışma}=29,33$; $\bar{X}_{Kontrol}=42,10$).

Slomkowski vd (1995), Barber vd(2005), Dumas ve Pelletier (1999) yaptıkları çalışmalarda, DEHB grubu çocukların belirgin derecede düşük benlik kavramına sahip olduklarını bulmuştur. Çevrelerinden olumsuz tepkiler alan, kabul görmeyen, uyumsuz davranışları nedeniyle damgalanan, akademik anlamda sorun yaşayan çocuklar kendileri hakkında olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olmaları olağan bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Benlik kavramında yaşanan düşüş, DEHB olan çocukların çözülmesi gereken önemli sorunları arasında yer almaktadır. Bu bulgular, araştırmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak, annelerin çocuklarını yetiştirme tutumları ve aile içi etkileşimleri, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu gösteren 8-12 yaş arasındaki çocukların benlik saygılarını, yükselterek ya da düşürerek etkileyebildiği görülmektedir. Araştırma bulguları, aile tutumları ve benlik saygısı ölçüldüğü ölçekler bazında ele alınmıştır.

Öneriler

Yapılan araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

1. 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.
2. Araştırmanın bütün gelişim evrelerindeki bireylere uygulanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.
3. Yapılacak araştırmalarda sadece çocuklara ya da anne-babalara değil, anne-baba, çocuk ve öğretmenin aynı durumu değerlendirebilecek ölçeklerin uygulanmasının, daha güvenilir ve çok boyutlu bir bakış kazandıracağı dikkate alınmalıdır.

Aileye yönelik Öneriler

1. DEHB olan çocuklara sahip ailelere, ana-baba eğitimi ve danışmanlığı verilmesi ve ailelerin bilgilendirilmesi sağlanabilir.
2. Yapılan anne-baba eğitim programlarında, aile tutumlarının, aile içi etkileşiminin çocuklarının benlik saygılarını da farklı olarak etkileyebileceği ve sosyal duygusal gelişimini etkileyebileceği üzerinde önemli olarak durulmalıdır.
3. Özellikle, DEHB' li olan çocukların benlik saygısının düşük olması, hem okul yaşamını hem de sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyebileceği dikkate alınarak, aile ve okuldaki eğitimci sürekli olarak iletişim içinde olmaları ve çocuk hakkındaki olumlu veya olumsuz olan gelişimleri paylaşımları gerektiği düşünülmektedir.
4. Çocuklarda, olumlu benlik saygısının geliştirilmesine yönelik okullarda rehberlik çalışmaları yapılmalı ve bu çalışmalara ailelerin katılmaları sağlanmalıdır.

5. Ailelerin, DEHB olan çocuklarını mutlu etmek ve özgüvenleri yükseltmeleri amacıyla, yetenekleri göz önünde bulundurularak, başarıyı sağlayacakları aktivitelere yönlendirmeleri sağlanmalıdır.

6. DEHB'li çocuğun takip ve tedavisinde, çocuğun yanında aile işlevlei özellikle annenin klinik değerlendirilmesi önemlidir. Klinik görüşmede annenin yetersiz ve sorunlu olduğu alanların desteklenmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Alizadeh H., Andries C. (2002), "Interaction of Parenting Styles and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Iranian Parents", *Child&Family Behavior Therapy*, 24(3):37-52.

Akman S. (2006). *Epileptik Nöbet Geçiren- Sağlıklı Çocuğu olan annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi*, Yayınlamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aktaş, G. (2006). *8-10 yaş çocuklarında DE/HB olgusunun zeka, kognitif ve kişilik dinamikleri açılarından incelenmesi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Amerikan Psikiyatri Birliği: *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı*, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Arı, R., Şahin S. Z. (2006) *Farklı ana baba tutumlarının çocukların psikososyal temelli problem çözme becerilerine etkisinin incelenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (10). pp. 451-464. ISSN 1302-1796.

Atkinson, R.& R. ve E. R. Hilgard. (1995), *psikolojiye giriş II*, İstanbul: Sosyal yayımlar.

Aydın, B. (2005). *Çocuk ve ergen psikolojisi*, 2. Baskı, İstanbul: Atlas yayın dağıtım.

Aysev, A. S., Öner, Ö.,(Ed.), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*,(399-417), Ankara: Golden Basım.

Aysev, A. S., Taner, I. T. (Ed.). (2007). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*, Bacanlı, H. (2004). *Sosyal İlişkilerde Benlik: Kendini Ayarlamının Psikolojisi* İstanbul: MEB Yayınları.

Bagwell, C.L., Molina, B.S.G., Koshdan, B., (2006). "Anxiety and Mood Disorders in Adolescents with Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder", *Journal of Emotional and Behavioral and Disorders* (Vol.14, No: 3), 178-187.

Banks vd., (2008), "Parenting Behavior and Cognitions in a Community Sample of Mothers with and without Symptoms of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder", *J Child Fam Stud*(17), 28-43.

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

Bohr vd., (2008), "Mapping Parent-Infant Interactions: A brief cognitive approach to the prevention of relationships ruptures and infant maltreatment (the MAP method)", *IMPrint*,(51), 2-7.

Bouden, E.& Halayem, M.B. (2001). "Attention Deficit and Hyperactivity in the Child." *Tunis Med.* 79 (6-7): 335-40.

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

Busch, B. , Biederman, J., Cohen, L.G. vd., (2002). "Correlates of ADHD Among Children in Pediatric and Psychiatric Clinics" *Psychiatr Serv.* 53:1103-1111.

Bussing R., Zima B.T., Perwien A.R., (2001). " Self-esteem in Special Education Children With ADHD: Relationship to Disorder Characteristics and Medication Use", *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*

Bussing, R., Zima, B.T. & Perwien, A.R. (2000). "Self-esteem in Special Education Children with ADHD: Relationship to Disorder Characteristics and Medication Use. ", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 39 (10):9-12.

Bussing, R., Zima, B.T. & Perwien, A.R. (2000). "Self-esteem in Special Education Children with ADHD: Relationship to Disorder Characteristics and Medication Use" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 39 (10):1260-9.

Büyükşahin A., Oral N., (2003), "Çocuk Sağlığı ve Ailenin Etkileri", *Türk Psikoloji Bülteni*, cilt 9, (sayı:30-31), 86-96.

Çakoloz, B., Akay, P.A., (2005). "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarında Doğum Öncesi, Doğum Sonrası Yaşanan Sorunların ve Anne Sütü Alış Sürelerinin Psikopatoloji Gelişimine Katkıları", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi:* 12(1), 1-8.

CHADD (2005), "When a Child Has AD/HD, What Can a Parent do to Help?", <http://www.chadd.org>, (24.10.2009)

Conner CK. (1980). *Food Additives and Hyperactive Children*. New York: Plenum; Aktaran; Faraone S, Biederman J (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 44:951-958.

Cristopher Mruk J.(2006). *Self –esteem Research, Theory and Practice: toward a positive psychology of self-esteem*, Springer Publishing Company, New York.

Çelik A., (2005). “Ankara Hastanesi Çocuk Psikiyatri Servisine Başvuran 9-14 yaş arasındaki çocukların benlik kavramlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi” *Kriz Dergisi* 2(1):240-246

Duncan, M.H., (1979). “Attention Deficit Disorder (ADD) 1980: Unnecessary Mistakes in Diagnosis and Treatment of Learning and Behavior Problems of MBD/Hyperactivity Syndrome”, *Journal of Clinical Child Psychology*, 180-188.

Duran, Ş. (2007). *9.10.11 yaşındaki çocukların zihinsel gelişim ve benlik saygısına ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Durrant, S., (2003), *Parent Behaviours as predictors of peer acceptance in children with and without Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*, Yayınlanmış Doktora Tezi, University Of North Texas.

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

Erkan, Z., Güçray, S., Çam, S., (2002). “Ergenlerin Sosyal Kaygı Düzeylerinin Ana-Baba Tutumları ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi”, Yayınlanmış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Erman, Ö., Turgay, A., Öncü, B. ve Urdarivic, V. (1999). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Yas ve Cinsiyet Farklılıkları” *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 6(1):12-18.

Faraone S, Biederman J., (1998), “Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, *Biol Psychiatry*, 44:951-958.

Faraone SB, Doyle AE, Mick E vd.,(2001), “Meta- Analysis of the association between the 7 repeat allele of the dopamin D4 receptor gene and ADHD” *Am J Psychiatry*, 158:1052-1057.

Fettahoğlu, Ç., Özatalay, E., (2006). “Çocuklarda Hareketlilik ve/veya Dikkatsizlik Yakınmaları ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 13(1).

Furman, W. (1993). “Contemporary themes in research on siblings relationships of nondisabled children”, *The Effects of Mental Retardation, Disability and Illness on Sibling Relationships: Research Issues and Challenges*. Derl: Z.Stoneman ve P.W. Berman (Baltimore: Paul H. Brooks Pub.)

Furman, W. ve Buhrmester, D. (1985), “Children’s perceptions of the qualities of sibling relationships”, *Child Development*, 56: 448-461.

Geçtan, E. (2000). *Psikanaliz ve sonrası*, 9.Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Gerdes, A.C., Hoza, B., & Pelham, W. (2003). Development and Psychopathology, *Attention-deficit hyperactivity disorder boys' relationships with their mothers and fathers: Child, mother and father perceptions.*, 15, 363-382.

Goldstein, S. ve Goldstein M. (1992), *Hyperactivity : Why Won't My Child Pay Attention*, John Wiley & Sons Inc. , New York.

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

Gönüllü, İ. ve İçli G. (2001). "Çalışma Yaşamında Kadınlar: Aile ve İlişkileri" *C.Ü Sosyal Bilimler Dergisi* 25(1):81-100

Guindon, M. (2009), *Self-Esteem Across the Lifespan: Issues and Interventions*, Taylor & Francis Group, United States of America, *Children of Families Affected by a Parental Mental Illness*, (79-105). Taylor ve Francis Group, New York.

Güler, Ö. (2007). *Tanrı'ya yönelik atıflar, Benlik Algısı ve Günahkarlık Duygusu*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Hsieh, C. L. (1998), *Relating Parenting Styles and Children's Temperament to Behavioral Adjustment and Academic Achievement of Taiwanese Children*. Published Doctoral Dissertation, Texas Tech University.

İnal, A. K. (2004) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranış Bozukluğu Tanılı Çocukların Yalnızca İlaç Tedavisi ve İlaç Tedavisi+Ebeveyn Eğitimi Tedavi Seçeneklerine Verdikleri Yanıtların On Sekiz Ay Süreli İzlem Çalışmasıyla Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.

Jensen, P.S., Shervette, R.E., Xenakis, S.N. & Richters, J. (1993). "Anxiety and Depressive Disorders in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: New Findings." *Am J Psychiatry*. 150 (8):1203-9.

Kaidar, I., Wiener, J. & Tannock, R. (2003). "The Attributions of Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder for Their Problem Behaviors". *J Atten Disord*. 6 (3):99-109.

Kapalka G., (2009). *Counseling Boys and Men With ADHD*, Taylor and Francis Group: United States of America.

Karaman, D., Türkbay, T., Gökçe, F. S., (2006). " Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Binişliğinin Bilişsel Özellikleri" , *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 13(2), 60-68.

Karasar, N.(2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları,

Kazemi vd., (2008), "Relationship between mothers' parenting style in female students of guidance schools in Isfahan and background factors", *IJNMR*, 13(3), 116-119.

Kılıç, B.G., Bilgiç, A., Gürkan, K., Aysev, A. (2007). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Metilfenidat Tedavisine Uyumda Etkili Olan Sosyodemografik ve Klinik Etmenler", *Türk Psikiyatri Dergisi*: 18(3), 207-214.

Kılıç, B.G., Şener, Ş., (2005). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişikliklerin Karşılaştırılması", *Türk Psikiyatri Dergisi*: 16(1), 21-28.

Kılıç, B.G., Şener, Ş., (2006). "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Alt Gruplarında Conners Öğretmen ve Ana-Baba Ölçeklerinin Ayırıcı Özellikleri", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 10(2).

Kim BN, Lee JS, Cho SC vd., (2001). "Methylphenidate increased regional cerebral blood flow in subjects with attention deficit/hyperactivity disorder" *Yonsei Med J*, 42:19-29.

Kulaksızoğlu, A. (Ed.). (2003). *Farklı Gelişen Çocuklar*, İstanbul: Epsilon Yayınları

Lawrence, D. (2000). Self- Esteem, *Building Self-esteem With Adult Learners*, 1. published,1(1-15), Paul Chapman Publishing, Great Britain.

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

Mash, E. J. & Wolfe, D.A. (2002). *Abnormal Child Psychology*. 2nd edi. USA:Wadsworth .

Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). "Parental perceptions of child behaviour problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 86-99.

Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). "Determinants of parenting stress, illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children" *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 313-328.

Minuchin, S.(1974). A Family model, *Families and Family Therapy*,(46-67), Harvard University Pres.

Moharreri vd., (2008). "Efficacy of the Positive Parenting Program (Triple P) for Parents of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder", *Iran J Psychiatry*,(3), 59-63

Navaro, L.(1998). "Çocukla İletişim Nasıl Kurulur?", *Ana-Baba Okulu*, Yedinci Basım, İstanbul: Remzi Kitapevi.

Nelson, R. W. & Israel, A. C. (2003). *Behavior Disorder of Childhood*. 5th edi. New Jersey: Pearson Education.

Neophytou, K. (2004). *ADHD, a Social Construct: The Experience of Families who have a child diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Unpublished Master of Social Science, Australian Catholic University.

Nichols, M.P. ve Schwartz, R.C. (2004). *Family Therapy : Concepts and Methods*, 6.Baskı, Pearson Education Inc., Boston.

Nigg JT. Hinshaw SP. (1998). "Parent personality and psychiatric history in relation to child antisocial behaviors in childhood ADHD" *J Child Psychol Psychiatry*; 39:145-160.

Öncü B, Öner O, Öner P, Erol N, Aysev A, Canat S. (2004)" Symptoms defined by parents' and teachers' ratings in attention-deficit hyperactivity disorder: changes with age" *Can J Psychiatry* ,49,487-491.

Öner, N. (1997). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler*. (3. baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları

Özcan, C., Oflaz, F., Türkbay, T., (2003). "Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve Binişik Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu Olan Anne Babalarının Empati Düzeylerinin Karşılaştırılması", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 10(3), 108-113.

Özşenol F. vd. (2003). "Engelli çocuğa sahip ailelerin aile üyelerinin değerlendirilmesi" *Gülhane Tıp Dergisi*, 45 (2) : 156 - 164

Öztürk, M., Kemal, S., Tüzün, Ü., Kandil, S.T., (2000). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı", *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*: 10, 139-143.

Öztürk, M.O.(2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (9.baskı). Ankara:Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk C., Şanlı D. (2007). "Annelerin Eğitim Durumunun Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi" *Ege Psikiyatri Bülteni*, 14(3):145-150

Pekcanlar, A., Turgay, A., Miral, S. ve Baykara, A. (1999). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aile İşlevleri" *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(2): 99-107.

Phares, V., Compas, B. E. (1992). " The role of fathers in child and adolescent psychopathology:make room for daddy" *Psychological Bulletin*, 111(3), 387-412.

Pineda, D.A., Palacio, G.L., Puerta, C.I., (2007). "Environmental Influences that Affect Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Study of a Genetic Isolate", *Eur Child Adolesc. Psychiatry* (No: 16), 337-347.

Portakal, H. (1994). *Çocuk Eğitiminde Özgürlük ve Saldırganlık*, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi

Purper-Ouakil, D., Fournier, P., Wohl, M. & Reneric, J.P., (2005), "Atomoxetine: A New Treatment for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents", *Encephale*. 31(3), 337-48.

Roizen, N.J., Blondis, T.A., Irwin, M. & Stein, M. (1994). "Adaptive Functioning in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder" *Arch Pediatrics Med*.148(11):1137-42.

Sayal K & Taylor E. (2005). "Parent ratings of school behaviour in children at risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 11:460-465.

Schachar, R., Tanrock, R., (2002). *Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. Child and Adolescent Psychiatry*, (4. baskı). M. Rutter, E. Taylor (Ed.). Oxford, Blackwell Publishing Ltd., 399-416.

Semerci, B., Turgay, A. (2008). *Bebeklikten Erişkinliğim Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu*. (3. baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.

Semrud-Clikeman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminster, S. vd., (1992). "Comorbidity Between ADDH and Learning Disability: A Review and Report in a Clinically Referred Sample" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 31(3):439-48.

Sonna, L. (2005), *The everything parent's guide to children with ADD/ADHD: a reassuring guide to children with ADD/ADHD*, Adams media, Canada.

Stein, D.B. (2002). *Ritalin Çözüm Değil*, İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.

Steinhausen, H.C., Drechsler, R., Földenyi, M., Imhof, K. & Brandeis, D. (2003). "Clinical Course of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder from Childhood Toward Early Adolescence" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 42(9):85-92.

Sürücü, Ö. (2003). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ana-Baba -Öğretmen El Kitabı*, İstanbul: Yapa Yayınları.

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

Talay A., Ongan.(2000). "Developmental and Transactional factors in ADHD in the early years" *72(2):625-638*.

Tarren-Sweeney, M.J., Hazell, P.L. & Carr, V.J. (2004). "Are Foster Parents Reliable Informants of Children's Behaviour Problems?" *Child Care Health Dev*.30(2):167-75.

Tahiroğlu, A., elik G., Avcı A., & Seydaoğlu G.(2009). ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Ergen Hastaların zellikleri, Türk Psikiyatri Dizini. 47(3):142-146.

Thakar, D., (2008), *Parenting Style Discrepancies: a Comparison of Inter Ethnic and Intra-Ethnic Couples*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, University of Massachusetts.

Ucur, E. (2005). *Farklı Aile tutumlarının okul öncesi dönem 5 yaş çocuklarının bilişsel performans düzeylerine etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ulu İ. ve Fışlıoğlu H. (2004). “ocukların Evlilik atışmasını Algılaması leği'nin Geçerlik ve Güvenirlik alışması.” *Türk Psikoloji Yazıları*. 7 (14) 61-75.

Ülgen, G. ve Fidan, E. (1997). *ocuk gelişimi*, İstanbul: Meb Yayınları.

Vanlı, L. (2006). *Hiperaktif ocuklar Tanı ve Tedavi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Warren M., Kaminski P., Durrant S.,& Bayer N. (2004). *Parent- child interactions with ADHD children: Parental empathy and child adjustment*, University of North Texas

Wender, P. H. & Garfinkel, B.D. (1989). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (Ed.). *Comprehansive Textbook of Psychiatry/V 5th edi*. Baltimore: Williams& Wilkınıs.

Yaşar, F. (2009). *İlköğretim devam eden öğrencilerin anne-ocuk ilişkisini kabul ve reddedici algılama düzeyinin annenin evlilik doyumunu ve evlilik uyumu düzeyiyle ilişkisi*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yavuzer, H. (1996). *ocuk Psikolojisi*. (İstanbul: Remzi Kitabevi

Yavuzer, H. (1998). Yaygın Ana-Baba Tutumları, *Ana-Baba Okulu*, 7.bs, (115-130). İstanbul: Remzi Kitabevi

Yazgan, Y. (2003). *Hiperaktif ocuk Okulda*. (2. baskı). İstanbul: Evrim Yayınevi.

Yrkoğlu, A. (1997). Ailede ocuk, *Değişen Toplumda Aile ve ocuk* , 5. bs, (39-55). İstanbul: Özgür Yayınları.

EKLER

EK 1 SOSYO-DEMOGRAFİK VE PSİKO- SOSYAL GÖRÜŞME FORMU

EK 2 AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

EK 3 COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

EK 4 CONNERS EBEVEYN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

EK 5 VALİLİK MAKAMI ONAYI

EK 1 SOSYO- DEMOGRAFİK VE PSİKO- SOSYAL GÖRÜŞME FORMU

YÖNERGE: Aşağıda, sizleri ve çocuğunuzu tanımamıza yardımcı olacak bir takım bilgiler istenmektedir. Lütfen dikkatli okuyunuz ve uygun cevabı işaretleyerek boşlukları doldurunuz.

1. ANNENİN

ADI SOYADI :

YAŞI :

DOĞUM YERİNİZ :

EĞİTİM DURUMUNUZ :

- a. Okur- yazar değil
- b. İlkokul
- c. Ortaokul
- d. Lise
- e. Üniversite
- f. Üniversite üstü

MESLEKİ DURUMUNUZ ? :

- a. Memur
- b. İşçi
- c. Serbest Meslek
- d. Ev hanımı
- e. Emekli
- f. Vasıfsız
- g. Çalışmıyor

KAÇ YILDIR EVLİSİNİZ ? :

- a. 1-5
- b. 6-10
- c. 11-15
- d. 16-20
- e. 20+

EŞİNİZİN EĞİTİMİ VE MESLEKİ DURUMU NEDİR?

: Eğitimi Mesleki Durumu

.....
.....

EVİLİĞİNİZDEN MEMNUN MUSUNUZ?

- a. Çok Memnunum
- b. Memnunum
- c. Memnun değilim
- d. Hiç Memnun değilim

KAÇ ÇOCUĞUNUZ VAR, YAŞLARI
VE EĞİTİM DURUMLARI NEDİR?

: Çocuk Sayısı Yaşı Eğitimi
..... 1.

2.
3.
4.
5.

AYLIK GELİRİNİZ?
(Eve giren toplam gelir)

- a. Düşük
- b. Orta
- c. Yüksek

GELİRİNİZ ÇOCUĞUNUZUN
SAĞLIK MASRAFLARINI KARŐILAMAYA
YETERLİ Mİ?

- a. Evet
- b. Hayır

AİLENİZİN GELECEĞİNE DAİR EKONOMİK
GÜVENCENİZ VAR MI?

- a. Evet
- b. Hayır

ÇOCUĞUNUZDAKİ BOZUKLUK YAŞAMINIZDA
DEĞİŞİKLİKLERE NEDEN OLDU MU?

- a. Evet
- b. Hayır

AİLEDE DAHA ÖNCESİNDE PSİKİYATRİK
BOZUKLUK GEÇİREN VAR MI?

- a. Evet
- b. Hayır

CEVABINIZ EVET İSE BELİRTİNİZ

.....
.....
..
ÇOCUĞUNUZDAKİ BOZUKLUĞU ÖĞRENENE
KADAR OLAN YAŞAM DÜZEYİNİZİ NASIL
DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?

- a. Çok iyi
- b. İyi
- c. Orta
- d. Kötü
- e. Çok kötü

YAŞAMINIZDA DEĞİŞİKLİKLERE NEDEN
OLDUYSA BUNLAR NELERDİR?

Değişiklikler

-
-
-
-

ÇOCUĞUNUZUN BOZUKLUĞU İLE
İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİNİZ?

- a. Yeterli
- b. Yetersiz

ANNE VE BABA OLARAK ÇOCUĞUNUZA
KARŞI İŞBİRLİK İÇİNDE MİSİNİZ?

- a. Evet
- b. Hayır

ÇOCUĞUNUZ EVDE EN ÇOK KİMİN
OTORİTESİNİ KABULLENİR?

- a. Anne
- b. Baba
- c. Hiç kimse
- d. Diğer(lütfen belirtiniz).....

ÇOCUĞUNUZ YAPAMADIĞI İŞLERDE SİZİN
TARAFINIZDAN ZORLANIR MI?

Çok ()
Az()
Hiç()

ÇOCUĞUNUZUN HER İSTEDİĞİ SİZİN
TARAFINIZDAN YAPILIR MI?

Çok ()
Az()
Hiç ()

ÇOCUĞUNUZUN HER YAPTIĞI SİZİN
TARAFINIZDAN ELEŞTİRİLİR Mİ?

Çok ()
Az ()
Hiç ()

ÇOCUĞUNUZU SEVDİĞİNİZİ VE GÜVEN
DUYDUĞUNUZU İFADE EDEBİLDİĞİNİZE
İNANİYORMUSUNUZ?

a. Evet
b. Hayır

ÇOCUĞUNUZUN EĞİTİMİNDE ÖDÜL
VE CEZA DAVRANIŞINI UYGULUYOR MUSUNUZ?
CEVABINIZ EVET İSE BUNLAR NELERDİR?

Ödül

Ceza

-
-
-

ÇOCUĞUN

ADI SOYADI

:

YAŞI

:

CİNSİYETİ

:

Kız()
Erkek()

DOĞUM TARİHİ

:

OKULU

:

OKUL BAŞARISI

:

Başarısız ()
Orta seviyede ()
İyi seviyede(orta seviyenin

üstünde) ()

İLAÇ BİLGİLERİ

:

İlaç kullanıyor mu?

.....

Niçin verildi?

.....

Ne kadar zamandır kullanıyor?

.....

EK 2 AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun Buluyorum	Oldukça Uygun Buluyorum	Biraz Uygun Buluyorum	Hiç Uygun Bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

Faktör I: Aşırı Koruyuculuk

- 1- Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
- 3- Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
- 4- Bir anne çocuğun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
- 7- Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki, zamanın boşa geçirmesi affedilmez.
- 11- Bir anne çocuğun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
- 12- Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk ileride herhalde mutlu bir kişi olacaktır.
- 14- Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
- 26- Bir annenin çocuğun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü, çocuğu onun bir parçasıdır.
- 27- Uyanık bir anne-baba çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
- 28- Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
- 32- Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
- 34- İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
- 36- Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
- 46- Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
- 51- Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için (hep bir şeyler yapmaları ve) boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.
- 57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün işlerden sakınmalıdırlar.

Faktör II: Demokratik ve Eşitlik

- 2- Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
- 13- Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha akıcı olur.
- 18- Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklemeli, biraz da kendilerini çocuklarına uymalıdır.
- 22- Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne ve babalarına söyleyebilmelidirler.
- 29- Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse, büsbütün şikayetçi olurlar.
- 37- Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
- 44- Çocukların sorunlarına eğilerseniz sizi oyalamak için türlü masallar uydururlar.
- 45- Eğer anne ve babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler.
- 59- Çocukların toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.

Faktör III: Annenin Ev Kadınlığını Ret Etmesi

- 6- Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
- 9- Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır.
- 16- Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olacaklarından korkarlar.
- 17- Bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalan bir annenin, sonunda çocuklar sinirine dokunur.
- 21- Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
- 23- Genç bir kadın yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olmak onu tutuklanmış duygusuna kaptırır.
- 31- Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
- 38- Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendi evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.
- 41- Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
- 42- Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
- 49- Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
- 52- Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir.
- 55- Çocuklar bencil olduklarından hep birşeyler isterler. Bu durumlarda da annesinin tepesinin atması normaldir.

Faktör IV: Karı – Koca Geçimsizliği

- 8- Babalar, biraz daha Şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
- 19- Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayıŐılı olmalarını dilerlerdi.
- 33- Babalar daha az bencil olsalar kendilerine dűŐen görevi yaparlardı.
- 40- Anne-baba arasındaki bazı sorunlar küçük bir tartışma ile çözümlenemez.
- 48- Eđer bir anne çocuklarını iyi yetiŐtirmiyorsa belki de bu, babanın kendine dűŐen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
- 54- Kendi haklarına sahip olabilmesi için bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.

Faktör V: Sıkı Disiplin

5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, döğüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
58. Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
60. Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.

EK 3 COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda her insanın zaman zaman hissedebileceği birtakım durumlar maddeler halinde verilmiştir. Eğer bu ifadeler sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlıyor ise **EVET**, tanımlamıyor ise **HAYIR** sütununa çarpı işareti (X) koyunuz. Bu maddelerin doğru veya yanlış cevapları yoktur. Bu nedenle soruları cevaplarken mantığınızdan çok duygularınıza kulak verin. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

	EVET	HAYIR
1. Olanlara genellikle bozulmam.		
2. Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça zor gelir.		
3. Eğer gücüm yetse değiştirmek isteyeceğim pek çok özelliğim var.		
4. Fazla zorlanmadan karar verebilirim.		
5. Benimle birlikte olmak zevkli ve eğlencelidir.		
6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur.		
7. Yeni bir şeye alışmam çok zaman alır.		
8. Yaşıtlarım arasında popülerim.		
9. Annem ve babam genellikle duygularımı dikkate alır.		
10. Genellikle pek direnmeden kolayca vazgeçme gibi bir huyum var.		
11. Ailemin benden beklentisi çok fazla.		
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur .		
13. Hayatımdaki her şey karmakarışık.		
14. Arkadaşlarım genellikle benim fikirlerimi izler.		
15. Kendime ilişkin olumsuz bir imajım var.		
16. Pek çok kere evden ayrı ılmayı (kaçmayı) düşündüm .		
17. Okuldayken sık sık canım sıkılır.		
18. Çoğu insan kadar güzel görünümlü biri değilim .		
19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda genellikle onu çekinmeden söylerim.		
20. Annem ve babam beni anlayabiliyor.		
21. İnsanların çoğu benden daha çok seviyor .		
22. Çoğu zaman anne ve babamın beni sanki zorladıklarını hissediyorum.		
23. Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor.		
24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım.		
25. Güvenilir biri değilim (Bana bel bağlanmaz).		

EK 4 CONNERS EBEVEYN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

	Hiçbir		Her	
	Zaman	Nadiren	Sıklıkla	Zaman
1. Eli boş durmaz, sürekli bir şeylerle oynar. (Tırnak, parmak gibi)	()	()	()	()
2. Büyüklere arsız ve küstah davranır.	()	()	()	()
3. Arkadaşlık kurmada ve sürdürmede zorlanır.	()	()	()	()
4. Çabuk heyecanlanır, ataktır.	()	()	()	()
5. Her şeye karışır ve yönetmek ister.	()	()	()	()
6. Bir şeyler çiğner veya emer. (parmak, giysi gibi)	()	()	()	()
7. Sık sık ve kolay ağlar.	()	()	()	()
8. Her an sataşmaya hazırdır.	()	()	()	()
9. Hayallere dalar.	()	()	()	()
10. Zor öğrenir.	()	()	()	()
11. Kıpır kıpırdır, tez canlıdır.	()	()	()	()
12. Ürkektir (yeni durum, insan ve yerlerden)	()	()	()	()
13. Yerinde duramaz, her an harekete hazırdır.	()	()	()	()
14. Zarar verir.	()	()	()	()
15. Yalan söyler, masallar anlatır.	()	()	()	()
16. Utangaçtır.	()	()	()	()
17. Yaşlılarından daha sık başım derde sokar.	()	()	()	()
18. Yaşlılarından farklı konuşur (Çocuksu konuşma, kekeleme, zor anlaşılma gibi).	()	()	()	()
19. Hatalarını kabullenmez, başkalarını suçlar.	()	()	()	()
20. Kavgacıdır.	()	()	()	()
21. Somurtkan ve asık suratlıdır.	()	()	()	()
22. Çalma huyu vardır.	()	()	()	()
23. Söz dinlemez	()	()	()	()
24. Başkalarına göre endişelidir (Yalnız kalma, hastalanma, ölüm konusunda).	()	()	()	()
25. Başladığı işin sonunu getiremez.	()	()	()	()
26. Hassastır, kolay incinir.	()	()	()	()
27. Kabadayılık taslar, başkalarını rahatsız eder.	()	()	()	()
28. Tekrarlayıcı, durduramadığı hareketleri vardır.	()	()	()	()
29. Kaba ve acımasızdır.	()	()	()	()
30. Yaşma göre çocuksudur.	()	()	()	()
31. Dikkati kolay dağılır ya da uzun süre dikkatini toplayamaz	()	()	()	()
32. Baş ağrıları olur.	()	()	()	()
33. Ruh halinde ani ve göze batan değişiklikler olur.	()	()	()	()
34. Kurallar ve kısıtlamalardan hoşlanmaz ve uymaz.	()	()	()	()
35. Sürekli kavg eder.	()	()	()	()
36. Kardeşleri ile iyi geçinemez.	()	()	()	()
37. Zora gelemmez.	()	()	()	()
38. Diğer çocukları rahatsız eder.	()	()	()	()
39. Genelde hoşnutsuz bir çocuktur	()	()	()	()
40. Yeme sorunları vardır (İştahsızdır, yemek sırasında sofradan sık kalkar).	()	()	()	()
41. Karın ağrıları olur.	()	()	()	()
42. Uyku sorunları vardır (Uykuya kolay dalamaz geceleri kalkar).	()	()	()	()
43. Çeşitli ağrı ve sancıları olur.	()	()	()	()
44. Bulantı kusmaları olur.	()	()	()	()
45. Aile içinde daha az kayırıldığı düşünür.	()	()	()	()
46. Övünür, böbürlenir.	()	()	()	()
47. İtilip kakılmaya müsaittir.	()	()	()	()
48. Dışkılama sorunları vardır (Sık ishaller, kabızlık ve düzensiz tuvalet alışkanlığı gibi).	()	()	()	()

Sayı B.08.4.MEM.4.34.00.18.580 /37&2V/2&P^5
Anket
(F. Sergün TÜRE)

21/112/2008

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: a)Maltepe Üniversitesi'nin 01/12/2008 tarih 2557 sayılı yazısı.
b)Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma
Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi. c)Milli Eğitim Bakanlığı Eğitimi
Araştırma Geliştirme Dairesi Başkanlığı'nın 11/04/2007
tarih ve 1950 sayılı emri. d)Milli Eğitim Müdürlüğü Anket Komisyonu'nun
2312/2008 tarihli tutanağı.

Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Eğitim Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi F. Sergün TÜRE'nin ilimizde ekte adları verilen okullarda uygulanmak üzere "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeyleri" konulu anket çalışmalarını yapma istekleri hakkındaki İlgi (a) yazı ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Eğitim Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi F. Sergün TÜRE'nin ilimizde ekte adları verilen okullarda uygulanmak üzere "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeyleri" konulu anket çalışmalarını yapması, bilimsel amaç dışında kullanılmaması

M. Ata ÖZER
Milli Eğitim Müdürü

EKLER :

Ek-1. İlgi (a) yazı ve ekleri

O L U R
/t ^12/2007-

Hikmet DİNÇ
Vali a.
Vali Yardımcı



NOT : Verilecek cevapta tarih, kayıt numarası, dosya numarası yazılması rica olunur. **Adres** İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü A.Blok Ankara cad. No:2 Cağaloğlu 526 13 82 **E-Mail:** kultur34@meb.gov.tr **Web:** <http://İstanbul.meb.gov.tr/bölimler/kultur>

4440632