

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI, MÜKEMMELİYETÇİLİK VE MANEVİ
GELİŞİM KAVRAMLARI AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Hande ZENGİN

İSTANBUL, 2017

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI, MÜKEMMELİYETÇİLİK VE MANEVİ
GELİŞİM KAVRAMLARI AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Hande ZENGİN

Öğrenci No:
140790161

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Kerem DOKSAT

İSTANBUL, 2017

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı, mükemmeliyetçilik ve manevi gelişim kavramları açısından karşılaştırılması**” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 14.04.2017

Hande ZENGİN



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

14.04.2017

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140790161** numaralı **Hande ZENGİN**'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı, Mükemmeliyetçilik Ve Manevi Gelişim Kavramları Açısından Karşılaştırılması**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 11.04.2017 tarih ve 2017/14 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN

Prof. Dr. Mehmet Kerem DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR
(FSM Vakıf Üniversitesi)

ÖNSÖZ

Tez yazım sürecimde bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren değerli danışmanım Prof. Dr. Mehmet Kerem Doksat'a, sevgisi, bilgisi ve desteğiyle yanımda olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Neslim Güvendeğer Doksat'a, verilerimin analizi sürecinde bilgi ve önerilerinden yararlandığım Adli Psikolog Gül Apar'a çok teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi manevi her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen, bana inanmaktan hiçbir zaman vazgeçmeyen, fedakârlıklarıyla beni bugünlere getiren sevgili annem Belgin Balkanlı'ya ve babam Ertuğrul Balkanlı'ya,

Benim ilk oyun arkadaşım, ilk sırdaşım, hayatta kendimi şanslı hissetmemi sağlayan ve tez sürecinde olduğu gibi hayatımın her anında en büyük destekçim olan ağabeyim Toygan Balkanlı'ya, abimin değerli eşi, benim canım ablam Didem Balkanlı'ya ve tüm bu süreçteki yorgunluğumu küçücük bir gülümsemesiyle yerle bir eden canımdan çok sevdiğim birtanecik yeğenim Almila Balkanlı'ya,

Tez yazım sürecimde her zaman yanımda olan, pes ettiğim anlarda beni motive eden, hayatıma girdiği günden beri etrafımdaki her şeyi güzelleştiren sevgili eşim, hayat arkadaşım Ahmet Can Zengin'e,

Ve son olarak, tüm süreç boyunca çalışmamın gerçekleşmesine katkıda bulunan ve emeği geçenlere

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nisan, 2017

Hande ZENGİN

Adı-Soyadı : Hande ZENGİN
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Kerem DOKSAT
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2017
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu,
Mükemmeliyetçilik, Manevi Gelişim

ÖZ

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI, MÜKEMMELİYETÇİLİK VE MANEVİ GELİŞİM KAVRAMLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu araştırma ile 7-18 yaş arasında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuklar ile almamış çocukların ebeveynlerinin DEHB tanısı, manevi gelişim ve mükemmeliyetçilik kavramları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini; Bursa ilinde ikamet eden 7-18 yaş arasında çocuğu olup, çocuklarında DEHB tanısı olan 135 ebeveyn ile çocuklarında DEHB tanısı olmayan 135 ebeveyn oluşturmaktadır. Katılımcılar; Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Manevi Gelişim Alt Ölçeği ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada toplanan verilerin istatistiksel analizleri için SPSS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiler için Perarson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farkı anlamlılığı için ki-kare analizi, normal dağılım gösteren iki grup arasındaki karşılaştırmalar için bağımsız örnekler t-testi, ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi tek yönlü varyans analizinde farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek içinde Tukey post hoc analizi uygulanmıştır.

Araştırmanın sonucunda; DEHB olan çocukların ebeveynlerinde DEHB'nin daha sık görüldüğü, yaş ve cinsiyet değişkenleri ile DEHB aralarında anlamlı bir ilişki bulunduğu, DEHB ile mükemmeliyetçilik kavramları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. DEHB ve manevi gelişim arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Bu bulgular güncel yayınlar eşliğinde tartışılmıştır.



Name and Surname : Hande ZENGİN
Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Kerem Doksat
Degree and Date : Master, 2017
Major : Clinical Psychology
Key Words : Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Perfectionism,
Spiritual Development

ABSTRACT

THE COMPARISON OF THE PARENT'S OF THE CHILDREN WHO ARE AND ARE NOT DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY DISORDER IN TERMS OF ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY DISORDER DIAGNOSIS, PERFECTIONISM AND SPIRITUAL DEVELOPMENT CONCEPTS

The goal of this research was to compare the parents of the children between 7-18 years of age with and without Attention Defici and Hyperactivity Disorder diagnosis, in terms of Perfectionism and Spiritual Growth concepts.

The sample of the research was composed of 135 parents residing in Bursa province, who had children between the ages of 7 to 18, who were diognised with ADHD and 135 parents whose children did not have a diagnosis of ADHD.

The participants were evaluated with Personal Information Form, Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS), Healthy Lifestyle Behaviour II, Spiritual Growth Subscale and Multidimensional Perfectionism Scale. SPSS v21 (Statistical Package for Social Sciences) programme was used to analyze the data.

SPSS v21 (Statistical Package for Social Sciences) programme was used for statistical analysis of the data collected in the research. Pearson Correlation Analysis was used for evaluating the relation between the data.

Chi-square analysis was used to determine the significance of the differences between the categorical variables, independent samples t-test for the comparison between the two groups with normal distribution, one way ANOVA variance analysis for more than two groups, and Tukey post hoc analysis to determine which group caused the differences in unidirectional variance analysis.

As a result of the research it was detected that ADHD was seen more frequently in the parents of the children with ADHD. There was a significant relation between ADHD and age and gender variables, and there was a significant relationship between ADHD and perfectionism concepts. Any relations between ADHD and spiritual development had not been determined.

These findings were discussed with recent literature

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NA İLİŞKİN

KURUMSAL ÇERÇEVE

1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)	3
1.1.1. DEHB'nin Tarihçesi.....	4
1.1.2. DEHB' nin Yaygınlığı	5
1.1.3. DEHB'nin Etiyolojisi.....	6
1.1.4. Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri	7

İKİNCİ BÖLÜM

MANEVİ GELİŞİM VE MÜKEMMELİYETÇİLİK KAVRAMLARINA

İLİŞKİN KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Manevi Gelişim.....	10
2.2. Mükemmeliyetçilik	10

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı.....	12
3.2. Araştırmanın Önemi	12
3.3. Problem.....	13
3.3.1. Alt Problemler	13
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.5. Araştırmanın Sayıltıları.....	14
3.6. Araştırmanın Modeli.....	15
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	15
3.8. Veri Toplama Araçları	16

3.8.1. Kişisel Bilgi Formu	16
3.8.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	16
3.8.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Manevi Gelişim Alt Ölçeği	17
3.8.4. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ).....	18
3.9. İşlem.....	18

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Dağılımlar	19
4.2. Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması	23
4.2.1. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği	23
4.2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Manevi Gelişim.....	35
4.2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	38
4.2.3.1. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyleri	38
4.3. Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiler.....	49

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma	58
5.2. Öneriler	61
5.3. Sonuç	62

KAYNAKÇA	63
-----------------------	----

EKLER	68
--------------------	----

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	68
--	----

Ek-2: Kişisel Bilgi Formu	69
--	----

Ek-3: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	72
--	----

Ek-4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Manevi Gelişim Alt Ölçeği	73
---	----

Ek-5: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği	74
---	----

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	20
Tablo 2. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ve Ailelerinin Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımları	22
Tablo 3. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları .	23
Tablo 4. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Cinsiyetlerine Göre Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları.....	25
Tablo 5. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Medeni Durumlarına Göre Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	27
Tablo 6. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Bulunup Bulunmamasına Göre Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	29
Tablo 7. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Akrabalarında Psikiyatrik Tanı Bulunup Bulunmamasına Göre Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	31
Tablo 8. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	32
Tablo 9. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ve Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri ile Mükemmeliyetçilik Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	33
Tablo 10. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Manevi Gelişim Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	35
Tablo 11. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Bulunup Bulunmamasına Göre Ebeveynlerinin Manevi Gelişim Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları.....	36

Tablo 12. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Akrabalarında Psikiyatrik Tanı Bulunup Bulunmamasına Göre Ebeveynlerinin Manevi Gelişim Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları.....	37
Tablo 13. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ve Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri ile Manevi Gelişim Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	38
Tablo 14. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	39
Tablo 15. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anne ve Babalarının DEHB Olasılıklarına Göre Dağılımı ve K-Kare Bulguları	40
Tablo 16. Ebeveynlerin DEHB Olasılıklarına Göre Mükemmeliyetçilik ve Manevi Gelişim Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Bulguları...	42
Tablo 17. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Cinsiyetlerine Göre DEHB Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	44
Tablo 18. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Medeni Durumlarına Göre DEHB Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları	45
Tablo 19. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Gelir Durumlarına Göre DEHB Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Bulguları	47
Tablo 20. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların ve Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri ile Ebeveynlerin DEHB Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	48
Tablo 21. DEHB Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	52
Tablo 22. DEHB Tanısı Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi	54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 1. Araştırma Modeli 15



KISALTMALAR

APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: (International Statistical Classification of Diseases-Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)
ASRS	: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
ÇBMÖ	: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği
F	: Frekans
N	: Denek Sayısı
X	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
p	: Anlamlılık Düzeyi
χ^2	: Ki Kare

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) son yıllarda adını daha sık duymaya başladığımız; çocukluk döneminde başlayıp, ergenlikte devam edebilen, kişinin odaklanamama, dikkatsizlik, normalden yoğun hareketlilik ve dürtüsellik davranışlarıyla tanımlanan bir bozukluktur. DEHB teşhisi almış kişinin akademik, iş ve sosyal işlevselliği olumsuz yönde etkilenir (aktaran Şeref ve ark., 2012). Bu problemlerin; zihinsel bozukluk, gelişimsel gerilik veya fiziksel yetersizlikten kaynaklanmaması gerekir.

DEHB üç temel tipten oluşur. Bunlar; dikkat ve odaklanma süresinin kısa olarak görüldüğü tip, aşırı hareketlilikle kendini gösteren tip ve bunların bir arada görüldüğü birleşik tiptir (APA, 2000). DEHB genellikle üç yaş civarında ilk belirtilerini vermeye başlar. Fakat çocuğun daha çok yoğunlaşmaya ve dikkatini sürdürmeye ihtiyaç duyduğu ilk yıllar olan ilkökul ile birlikte tanı konulmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002).

DEHB ile ilgili literatürde birçok araştırma bulunmaktadır. Bazı çalışmalar genetik etkisini vurgularken, bazı çalışmalar çevresel faktörlerin önemine dikkat çekmektedir. Çalışmaların genel çıkarımlarına bakıldığında DEHB de genetik ve çevresel etkenlerin yanı sıra birçok faktörün rol aldığı görülmektedir. Bu nedenle DEHB ile ilgili yapılacak çalışmalar bu bozuklukla ilgili yeni nedenlerin keşfedilmesini sağlayacaktır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişimdir. Birey kendi sağlığını kontrol etmek, egzersiz planını yapmak, dengeli ve yeterli beslenmek, sağlıklı ilişkiler kurmak ve bunları yönetmekten sorumludur. Sağlıklı yaşam biçimini oluşturan bu altı maddenin birey tarafından düzenlenmesi ve bu davranışların edinilmesi; hastalıkların tanınmasını, erken teşhisin konulmasını ve sağlığını sürdürebilmesini sağlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan manevi gelişim; aşılma ve ilişki kurma üzerine temellendirilir. Aşılma; kişinin kim olduğunu ve yaptığı şeylerin dışında yeni deneyimler edinmesini sağlar. İlişki kurma ise; evrenle uyum ve iletişim içinde olmaktır. Kişi bunlar sayesinde iç kaynaklarının

gelişimini sağlar (Bahar ve ark., 2008). Değişen koşullar, hayat standartları, yeni hedefler ile her gün karşı karşıya kalan birey bu süreçlere uyum sağlamaya çalışır. Uyum sağlama sürecinde de en iyiye, en güzel olana ulaşma arzusunu taşırlar. Bireylerin en iyi ve en güzele sahip olma, en iyiyi başarma arzuları mükemmeliyetçiliği doğurur.

Mükemmeliyetçilik; kişinin kusursuzluk için çaba sarf etmesi, kendini değerlendirirken aşırı eleştirel olması ve yüksek performans standartları oluşturması olarak tanımlanmaktadır (Flett and Hewitt, 2002). Mükemmeliyetçiliğin olumlu ve olumsuz sonuçları olabilmektedir. Önceki araştırmalarda mükemmeliyetçiliğin olumlu ve olumsuz olmak üzere iki boyutunun olduğunu göstermektedir.

DEHB tanısı almış çocukların ailelerinin mükemmel olma isteğinin ve manevi gelişimlerini tamamlama arzularının daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırma, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri ile ilgili yapılan çalışmalara farklı bir bakış açısı kazandıracaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin; DEHB sıklığı, manevi gelişim puanları ve mükemmeliyetçilik skorları sosyodemografik değişkenler açısından incelenmektedir.

Tanımlar

DEHB nedir

Manevi Gelişim

Mükemmeliyetçilik

BİRİNCİ BÖLÜM

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NA İLİŞKİN KURUMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde; araştırmada söz edilen temel kavramlardan olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)

DEHB; çocukken ilk kıvılcımlarını veren, ergenlikte süregelebilen, kişinin yaş ve gelişim standartlarına aykırı olan, dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik gibi belirtilerle ortaya çıkan nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000). DEHB, benzer yaş grubu içinde ve benzer gelişim özellikleri gösteren kişilere kıyasla, dikkat süresinin kısa oluşu ve dürtüsellik belirtilerinin daha şiddetli, sık ve devamlı yaşanmasıyla kendini belli eder (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Nöropsikiyatrik bir bozukluk olan DEHB; çocukluk döneminde daha sık görülmektedir. Çocuk psikiyatrisinde en fazla görülen ve en fazla araştırılan rahatsızlıklar arasındadır. Okul başarısı ve sosyal ilişkiler gibi psiko-sosyal fonksiyonlarda aksaklık yaratmaktadır. DEHB; dikkat bozukluğu, hiperaktivite, dürtüsellik ve yürütücü fonksiyonlardaki eksikliği içeren bir bozukluktur. DEHB olan çocuklar; sosyal ilişkilerde güçlük, arkadaşlık kuramama, akranları tarafından dışlanma, saldırgan davranışlarda bulunma ya da saldırgan davranışlara maruz kalma gibi problemler yaşayabilmektedir (Guevremont ve Dumas, 1994). DEHB yaşayan çocukların zorba davranışlara yatkınlığı daha fazladır (Taylor ve ark., 2010).

DEHB'si olan kişinin hareketlilik problemleri zamanla azalabilirken, dikkat ile ilgili problemler yetişkinlik hayatında da sürece kalıcılıkta olabilmektedir. Çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerin, yetişkinliklerinde % 30-80 oranında DEHB belirtilerinden bazılarını yaşadıkları belirtilmiştir (Still, 1902). Aile tutumlarındaki bozukluklar, akran zorbalığı, genetik bozukluklar gibi etmenler

negatif süreci tetikler niteliktedir (Weis ve Weis, 2002). Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan çevresel koşullar DEHB'nin seyrinde genetik kadar etkilidir (Curran ve ark., 2001).

DEHB bireylerde farklı seyirler gösterebilir. Bunlar;

- Ergenlik döneminin sonlanmasıyla birlikte DEHB belirtileri ortadan kalkabilir.
- Sosyal, iletişimsel ve ruhsal sorunlar devam edebilir.
- Çeşitli ruhsal bozukluklar ya da bağımlılıklar gözlemlenebilir (APA 2000).

1.1.1. DEHB'nin Tarihçesi

19. yüzyılın sonlarına doğru DEHB “impulsive insanity” (delice dürtüsellik), “mad idiots” (çılgın aptallık), “defective inhibition” (yetersiz engellenme) gibi isimlendirmelerle açıklanmaya çalışılmıştır. DEHB ile ilgili ilk betimleme Frankfurt'taki ilk akıl hastanesinin kurucusu Alman doktor Heinrich Hoffman tarafından “Kıprır Kıprır Philip” (The Story of Fidgety Phil) isimli çocuk kitabında yapılmıştır.

DEHB ile ilgili günümüzdeki tarifine benzer ilk tanımlama, 1902 yılında George Still tarafından aşırı hareketli, konsantrasyon bozukluğu, aşırı saldırganlık, kurallara itaat etmekte güçlük yaşayan, öğrenme güçlükleri ve davranım problemleri yaşayan çocuklarda “Ahlaki Kontrol Eksikliği” olarak yapılmıştır. Still, organik ve sosyal nedenler üzerinde durmuştur (Weis ve Weis, 2002).

I. Dünya Savaşı'nın ardından görülen salgın nedeniyle beyin dokusu iltihabı geçirmiş çocukların DEHB belirtilerine benzer davranışlar sergilediği görülmüştür. 1937 yılında viral ensefalit sonrası ortaya çıkan davranış bozukluklarını “Organically Driven” (organic hareketlilik) diye tanımlamıştır. Viral ensefalit sonrası ortaya çıkan davranışların DEHB ile benzerliğinden yola çıkarak; DEHB'ye beyinde oluşan bir hasarın neden olduğu fikri öne sürülmüştür. Strauss 1947 senesinde, kavramsal eksikliği olan, dürtüsel ve fazla hareketli görülen çocukların beyininde hasar

görüldüğünü tespit etmiş. Akabinde bu rahatsızlığı “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak adlandırmıştır. 1960’lı yıllarda yapılan araştırmalar sonucunda kişilerin tespit edilmiş herhangi bir beyin hasarının olmaması ve hiperaktif belirtilerin genetik bozukluk olmadan da görülebildiğinin tespit edilmesiyle bu bozukluğa “Minimal Beyin Disfonksiyonu” denilmiştir (Weis ve Weis, 2002).

DSM-I’de DEHB tanı ve belirtilerine yer verilmemiştir. DSM-II’de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) DEHB’nin alt tipi olan Hiperaktivite belirtilerine ilk kez “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu” isimlendirilmesiyle yer verilmiştir. DSM-III’de (1980) DEHB, “Hiperaktivitenin Kapsanmadığı Dikkat Eksikliği” ve “Hiperaktiviteninde Kapsandığı Dikkat Eksikliği” olarak tanımlanmıştır ve DEHB çocukluk tanısı olarak gruplanmıştır. DSM-III-R’de DEHB; “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” olarak tanımlanmış, çocukların %30’unda DEHB belirtilerin erişkinlikte de devam ettiği belirtilmiştir (Weis ve Weis, 2002). DSM-IV’te (2000) DEHB; “Dikkatsizliği Baskın Olduğu Görünüm”, “Hareketliliğin ve İmpulsivitenin Baskın Olduğu Görünüm” ve her iki gruptanda belirtileri kapsayan “Bileşik Görünüm” ile birlikte üç kategoriye bölünmüştür.

ICD-10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması) DEHB’yi psikiyatrik bozuklukların çocukluk dönemi kısmında ele almıştır. Motor ve dil gelişiminin gecikmesi, kısa dikkat süresi ve aşırı hareketlilik belirtilerinin 5 yaşından önce başlaması gerektiği belirtilmiştir.

DSM-V’te DEHB, DSM-IV’ten farklı olarak “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır.

1.1.2. DEHB’ nin Yaygınlığı

DEHB, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biridir. Dünyada yapılan araştırmalara göre, DEHB’nin görülme sıklığı % 3-12 arasındadır (Faraone ve Biederman, 1994). Yapılan bir başka çalışmaya göre; okul öncesi dönemde DEHB görülme sıklığı % 3-4 oranındayken, ilköğretim sevisinde bu oran %3-10 arasındadır (Castellanos ve ark., 2002).

Dünyanın farklı yerlerinde yapılan araştırmalarda; çocukların %8-10'unda, gençlerin %6-8'inde, erişkinlerin %4-5'inde DEHB görüldüğü tespit edilmiştir. Erişkin DEHB yaygınlığı tanı ölçütlerinin tartışmalı olması nedeniyle net değildir (Turgay, 2009).

Türkiye'de yürütölen farklı epidemiyolojik çalışmalar bulunmaktadır. Özcan ve arkadaşlarının 1998 yılında Malatya'da yaptığı araştırmaya göre, ilköğretim seviyesindeki çocuklarda DEHB görölme oranı %9,5'tir. Yapılan başka bir araştırmaya göre; Türkiye'de 6-15 yaş arasındaki çocuklarda DEHB görölme sıklığı %8,1'dir (Erşan ve ark., 2004).

Erkek çocuklarda DEHB görölme sıklığı kız çocuklara oranla daha yüksektir (Faraone,ve ark., 2001). Kız çocuklarında DEHB depresyon ile birlikte seyreder. Erkek çocuklarda ise, saldırganlık ve aşırı hareketlilik ile birlikte seyretmesi nedeniyle klinik vaka haline gelmeleri daha kolaydır (Fisher ve ark., 2002).

1.1.3. DEHB'nin Etiyolojisi

DEHB özellikle çocuklarda sıklıkla görölen çok boyutlu bir bozukluktur. Kesin sebepleri henüz saptanamamış olsa da; kalıtsal, psikososyal, nörogelişimsel, nörofizyolojik ve nörokimyasal sebepler DEHB nedenleri olarak bilinmektedir.

DEHB'nin ile ilgili birçok hipotez kabul görür niteliktedir. Yalnız hiç biri kendi başına ele alınmaz. Fakat bu hipotezlerin çoğunda ortak bulgular barınır. Bu hipotezlere göre DEHB; genetik, doğum anı ya da sonrasında çeşitli nedenlerle beyinde oluşan bozuklar ve sosyoekonomik düzey, ihmal ve istismara uğrama, travmatik ve olumsuz yaşam koşulları nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Taylor 1995; Weiss, 1996)

Dünyanın birçok yerinde yapılan çalışmalarda DEHB; çocuklarda %8-10, gençlerde %6-8, erişkinlerde %4-5 oranındadır. Erişkinlerde DEHB yaygınlığı tanı kriterlerinin farklılık göstermesi nedeniyle net değildir (Turgay, 2009).

Yapılan çalışmalar ebeveyninde DEHB tanısı olan çocukların DEHB tanısı almasına daha sık rastlandığını göstermektedir. İkiz çocukların birinde DEHB tanısı

varsa diğ erinde gör ü lme sıklığı daha fazladır. Ç ift yumurta ikizlerinde bu oran %30-35 iken, tek yumurta ikizlerinde %80’ dir (Abalı, 2010).

DEHB’ nin etiyo lojine ilişkin yapılan incelemelerde edinilen bilgiler; de ğ iş ik faktörlerin bozuklukla ilgili olabilece ğ i, fakat herhangi bir faktör ile neden sonuç ilişkisi kurulamayacağı yönündedir (Irmak, 2014)

1.1.4. Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselli ğ i bozan, gelişimi engelleyen, devam eden, bir aşırı hareketlilik-dürtüsellik ya da dikkatsizlik durumu:

1. Dikkatsizlik: Kişilerin gelişim seviyelerine uyumlu olmayan ve toplumsal etkinlikleri ve süreçleri direkt olarak olumsuz yönde etkileyen, aşağıda belirtilmiş altı (ya da daha çok) madde en az altı aydır süregelmektedir:

a. Bir çok defa, ayrıntılara gerekli özeni gösteremez ya da işte, okul çalışmalarında ya da etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar (örn. Yanlış işler yapar, ayrıntıları gözden geçirir).

b. Ço ğ u kez, oyun oynadığında ya da bir görevi yaparken dikkatini devam ettirmekte zorluk yaş ar.

c. Ço ğ u defa dikkat ve odaklanması dış etkiler ile dağılıbilir.

d. Ço ğ u kez, kendisine verilen görevleri, günlük rutinlerini, sorumluluklarını tamamlayamaz, verilen basit yönergeleri izleyemez (örn. Verilmiş olan iş e baş lar fazla ç abucak oda ğ ını kaybeder).

e. Ço ğ u kez, günlük işlerini yaparken unutkanlık yaş ar (örn. sıradan günlük işler, telefona geri dönüş yapma, randevuları hatırlama, fatura ödeme). f. Ço ğ u kez, fiziksel çaba sarf edeceği görevlerden kaçınır, bu tür işlere girmek istemez (örn. Ödevler; İleri yaş lar için raporlama yapmak).

g. Çoğu kez, gerekli olan eşyaları (örn. okul eşyaları, kitaplar, kalemler ya da gündelik eşyalar, anahtar, cüzdan, cep telefonu).

h. Çoğu defa, kendisi il konuşulduğunda karşısındakini duymuyor ya da dinlemiyor gibi görünür.

i. İşlerini düzenlemekte zorluk yaşar (örn. Düzensiz bir şekilde çalışır, zamanını kaliteli kullanamaz, kişisel eşyalarının düzenini sağlayamaz).

2. Dürtüsellik ve Aşırı Hareketlilik: Yaşının gelişim seviyesine aykırı, okul/iş ve toplumla ve ilgili süreçlerini olumsuz yönde etkileyen, altı ya da daha fazla belirtinin minimum altı aydır görülmesidir.

a. Çoğu kez, ellerini ve ayaklarını oynatır, kıpır kıpırdır, oturduğu yerde duramaz.

b. Çoğu kez, bir yerlere tırmanır ya da uygun olmayan ortamlarda konuşur. (Not: İleri yaşta ki gençlerde ve erişkinlerde, huzursuz hissi ile sınırlı olabilir.)

c. Çoğu defa, oturması gereken yerde oturamaz. (örn. sınıfta ya da işyerinde yerinden kalkar).

d. Çoğu kez, sessizce oyun oynamakta güçlük çeker ve etkinliklere sessizce katılamaz.

e. Çoğu kez, sürekli hareket halinde olduğu görülür, kendine sanki bir motor takılmışçasına hareket eder (örn. uzun süre sakin durmaktan rahatsızlık duyar, toplantı ve restoranlarda durmakta güçlük çekerler).

f. Birçok kes kuyrukta sırasını bekleyemediği görülür.

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

h. Aşırı konuştuğu görülür.

i. Çoğu kez, konuşan kişilerin lafını keser ve konuşmanın arasına girmeye çalışır (örn. etkinliklerin ve oyunların arasına girer, izinsiz başkalarının eşyalarını kullanır)

B. On iki yaşından evvel birkaç hareketlilik ya da dikkatsizlik belirtisi görülmüştür.

C. Dürtüsellik-aşırı hareketlilik ya da dikkatsizlik belirtileri minimum iki farklı yerde vardır. (örn. okul, iş yeri, ev, sosyal etkinlikler).

D. Bu durumların, okulla, işle ya da toplumsal olarak işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ve bozduğuna dair belirtiler vardır.

E. Bu belirtiler, herhangi bir başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (örn. çözülme bozukluğu, duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, madde esrikliği-yoksunluğu, kişilik bozukluğu).

DEHB'nin üç alt tipi vardır:

Dikkatsizliğin hakim olduğu tip: Son altı aylık dönemde, A1 (dikkatsizlik) tanı kriteri görülmüş, ancak A2 (dürtüsellik-aşırı hareketlilik) tanı kriteri görülmemiştir.

Dürtüsellik-aşırı hareketliliğin baskın hakim tip: Son altı aylık dönemde, A2 (dürtüsellik-aşırı hareketlilik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Bileşik tip: Son altı aylık dönemde, hem A1 (dikkatsizlik) hem de A2 (dürtüsellik-aşırı hareketlilik) tanı kriterleri karşılanmıştır (APA, 2013).

İKİNCİ BÖLÜM

MANEVİ GELİŞİM VE MÜKEMMELİYETÇİLİK KAVRAMLARINA İLİŞKİN KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Manevi Gelişim

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) sağlığı; kişinin yalnızca sakatlık durumunun ya da herhangi bir hastalık halinin olmaması değil, kişinin bir bütün olarak ruhsal, bedensel sosyal yönlerden iyi olması olarak tanımlamıştır (Keskin ve Topuzoğlu, 2010).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin kendi sağlığını geliştirmesi, kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırması ve günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlığını düzenlemesidir. Toplumdaki tüm bireyler; kendi iyilik seviyelerini yükseltmek, kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmekle sorumludur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlıkla ilgili sorumluluklar, manevi gelişim beslenme, egzersiz, stres yönetimi ve diğer kişiler ile arasındaki ilişkiler olmak üzere altı alt boyutu kapsar (Pender, 1992. Akt., Bahar ve ark., 2008). Yaşam biçimlerinden kaynaklanan hastalıkları ve ölümleri önlemek için bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması gerekir. Bu davranışların kazanılması; hastalıklardan korunma, erken tanı ve sağlığın sürdürülmesinden önemli rol oynar (Owens, 2006. akt., Öztürk ve ark., 2012).

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimine odaklanır. Aşılma ve ilişki kurma üzerine temellendirilir. Aşılma; kişinin kendi yaptıklarına yenilerini eklemesi, yeni tecrübeler edinmesidir (Walker ve ark., 1987. akt., Bahar ve ark., 2008)

2.2. Mükemmeliyetçilik

Değişen koşullarla insan her geçen gün mükemmel olana ulaşmak ister. Mükemmel olma isteği kişinin doğaya karşı verdiği bir mücadeledir. Mükemmeliyetçilik, kişinin kusursuzluk için mücadele etmesi, aşırı yüksek

performans standartları oluşturması, kendi davranışlarını değerlendirirken aşırı eleştirel olmasıdır (Hewitt ve Flet, 2004).

Mükemmeliyetçilikle ilgili farklı çalışmalar vardır. Bu çalışmaları iki başlık altında toplamak mümkündür. Bu çalışmaların bir kısmı mükemmeliyetçiliği tek boyutlu olarak ele alan çalışmalardır, diğer kısmı ise çok boyutlu olarak değerlendiren çalışmalardır. Çok boyutlu olduğunu savunan çalışmalarda mükemmeliyetçiliğin üç boyutu olduğunu savunurlar. Bunlar; sosyal odaklı mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve kendi odaklı mükemmeliyetçiliktir. Sosyal odaklı mükemmeliyetçi kişiler, başkaları tarafından belirlenmiş olan amaçlara uğraşmaya çalışırlar. Başarısızlık durumunda suçu kendilerinde ararlar. Kendine yönelik mükemmeliyetçi kişiler hedeflerine ulaşamadıklarında, başarısızlık ve olumsuzluk durumlarında suçu kendilerinde ararlar, başarısızlıktan dolayı kendilerini suçlarlar. Başkalarına yönelik mükemmeliyetçi kişiler, başkaları için belirledikleri amaçlara o kişilerin ulaşmasını beklerler. Başarısızlığın nedenini başkalarında ararlar. (Hewitt ve Flett,1991)

Mükemmeliyetçilik doğasında iki farklı boyut barınır. Bunlar olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçiliktir. Olumlu mükemmeliyetçilikte kişiler gerçekçi hedefle belirler. Bu hedeflere ulaşmak için çalışırlar, herhangi bir başarısızlık durumunda hedeflerini değiştirirler. Olumsuz mükemmeliyetçilikte ise kişiler gerçekçi olmayan hedefler belirler. Başarısızlık durumunda; yetersizlik, kaygı ve depresyon gibi olumsuz süreçler yaşarlar (Hewitt ve Flett,1991).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, türü, evreni ve örnekleme, modeli, kullanılan veri toplama araçları, veri toplama araçlarının geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları, verilerin toplanması ve istatistiksel analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

7-18 yaş arası DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin DEHB sıklığı, mükemmeliyetçilik ve manevi gelişim kavramları bağlamında karşılaştırılmasıdır.

3.2. Araştırmanın Önemi

20. yüzyılın başlarından itibaren DEHB ile ilgili araştırmalara yoğun ilgi gösterilmektedir. Tıp, eğitim ve sosyal bilimler gibi alanlarda DEHB farklı açılardan ele alınmıştır. DEHB'li çocukların aileleriyle ilgili yapılan birçok araştırma bulunmasına rağmen çalışmaların sonuçlarındaki istikrarsızlık bize ebeveyn-çocuk ilişkisinin farklı faktörlerden etkilenebileceğini, bu nedenle bu faktörlerinin her birinin incelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Son yıllarda bu DEHB'nin etiyolojisi hakkında moleküler ve davranışsal alanda birçok önemli çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların bir kısmı genetik faktörün öneminden bahsederken, bir kısmı da çevresel faktörlerin önemine dikkat çekmektedir. Bazı olgularda genlerin etkisi söz konusu iken; bazı olgularda çevresel faktörler etkin olup, genlerin etkisi ya hiç yoktur ya da çok azdır. Yapılan çalışmaların ışığında DEHB'nin genetik ve çevresel birçok faktörü içinde barındıran bir bozukluk olduğu söylenebilir (Faraone ve Doyle, 2001. akt., Voeller,2004).

Her geçen gün insanlar değişen koşullara uyum sağlamak için mükemmel olana ulaşma eğilimi göstermektedir. Mükemmel olana ulaşma isteği, insanın doğaya karşı verdiği bir mücadeledir. İnsanların mükemmel olma arzusunun hem olumlu hem olumsuz sonuçları vardır (Parker, 2000).

Bireyin sağlıklı yaşam biçimini sağlayabilmesi için önemli yapı taşlarından biri manevi gelişimdir. Manevi gelişim; evrenle ilişki içinde olma ve gelişmeyle iç içedir (Bahar ve ark., 2008).

DEHB tanısı almış çocukların ailelerinin mükemmel olma isteğinin ve manevi gelişimlerini tamamlama arzularının daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırma, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri ile ilgili yapılan çalışmalara farklı bir bakış açısı kazandıracaktır.

3.3. Problem

DEHB tanısı olan çocukların ebeveynleri ile DEHB tanısı olmayan çocukların ebeveynlerinin; DEHB görülme sıklığı, mükemmeliyetçilik ölçeği puanları ve manevi gelişim alt ölçeği puanları arasındaki farkların tespit edilmesidir.

3.3.1. Alt Problemler

1. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri ile DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin DEHB tanı sıklığı arasında fark var mıdır?
2. DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ölçeği puanları arasında anlamlı fark var mıdır?
3. Manevi gelişim puanları; DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynleri arasında farklılık göstermekte midir?
4. Cinsiyet ile DEHB tanısı almış olmak arasında bir ilişki var mıdır?

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Bursa ilinde yaşayan DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleridir. Örneklem ise; Bursa ilinde yaşayan, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, rastgele yöntemle seçilmiş, DEHB tanısı almış ve almamış 7-18 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinden oluşmaktadır. Bu araştırma deney ve kontrol gruplarından oluşan, karşılaştırmalı, kontrollü deneysel bir araştırmadır. Deney ve kontrol grupları, cinsiyet, yas ve eğitim değişkenleri açısından eşleştirilerek oluşturulmuştur.

Deney grubu; 7-18 yaş arasında olup DEHB tanısı almış olan çocukların ebeveynlerinden oluşmuştur. Kontrol grubu; 7-18 yaş arasında olup DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinden oluşmuştur.

Çalışmada, DEHB tanısı almış çocukların 135 ebeveyni ve DEHB tanısı almamış çocukların 135 ebeveyni olmak üzere toplamda 270 ebeveyn değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri;

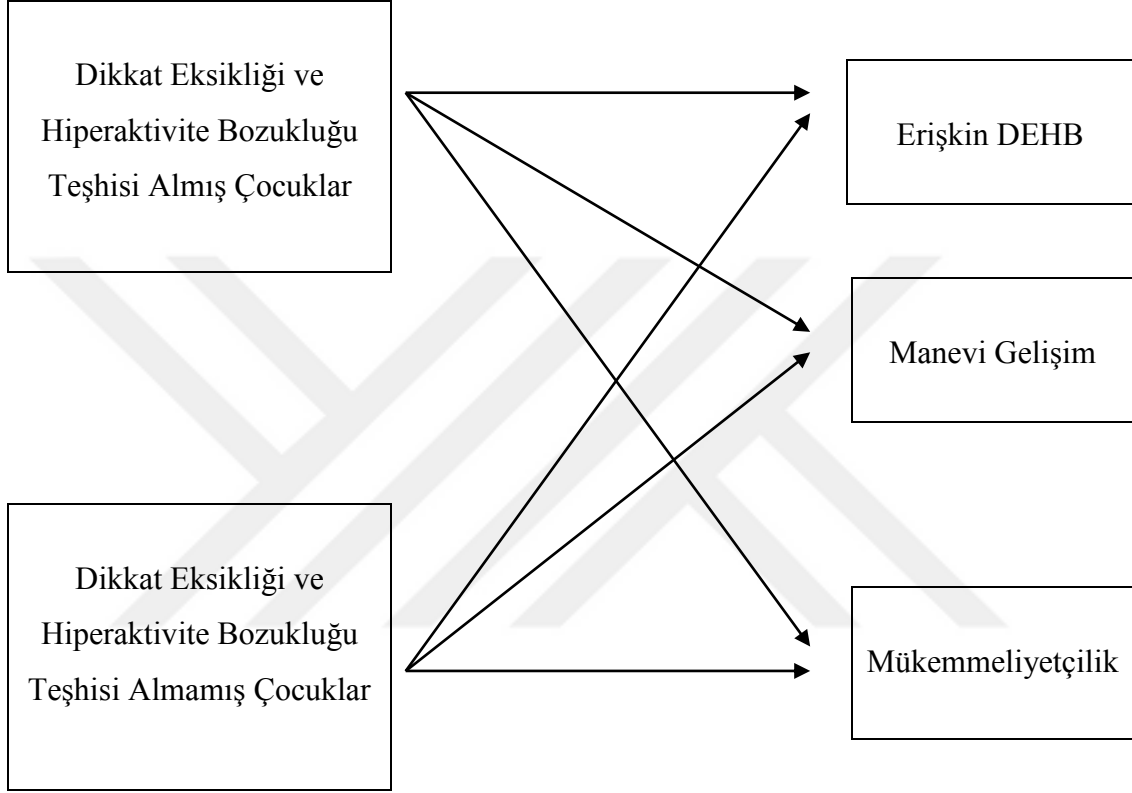
1. Okuma yazma bilmeme
2. Çocuğun DEHB dışında psikiyatrik tanısı olması
3. Çocuğun 7-18 yaş aralığı dışında olması
4. Çalışmaya katılmayı reddetme

3.5. Araştırmanın Sayılıları

1. Örneklem grubunun yeterli sayıya sahip olduğu ve evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Katılımcıların soruları objektif ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.
3. Katılımcılardan çocukları adına alınan bilgilerin objektif ve doğru olduğu varsayılmıştır.

3.6. Araştırmanın Modeli

Araştırma modelinde bağımsız değişken; çocuklarda DEHB'dir. Bağımlı değişkenler ise; ebeveynlerde DEHB, manevi gelişim ve mükemmeliyetçiliktir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma Bursa ilinde yaşayan gönüllü katılımcılar ile sınırlıdır.
2. Araştırmadan elde edilen bulgular 2016 yılı ile sınırlıdır.
3. Araştırmada kullanılan demografik değişkenler katılımcıların verdikleri bilgiler ile sınırlıdır.
4. Bu araştırmadan elde edilen tüm bulgular, katılımcıların ölçeklere verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Veriler, katılımcılara araştırma hakkında yüz yüze bilgi verildikten sonra çalışmaya gönüllü katılmak isteyen kişilerden toplanmıştır. Bireyin kişisel bilgilerini toplamak için; Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II- Manevi Gelişim Alt Faktörü ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği kullanılmıştır.

3.8.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hazırlanan kişisel bilgi formuyla; çalışmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik tanı geçmişi, birinci derece akrabalarında psikiyatrik tanı geçmişi, çocuk sayısı, doğum şekli, çocuğun yaşı, devam ettiği sınıf, psikiyatrik tanı geçmişi ile ilgili bilgilerin elde edilmesi amaçlanmıştır.

3.8.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafında geliştirilmiş, erişkinlerde DEHB'nin tanınması için kullanılan bir ölçektir. Ölçek, A bölümü-dikkat eksikliği ve B bölümü-hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. A bölümünde 6, B bölümünde 12 soru bulunmaktadır. Her bir ölçekte 0 ve 4 arası puanlama yapılır. Ölçek beşli Likert tipi derecelendirme ölçeği olup, derecelendirme; asla yanıtı için 0, nadiren cevabı için 1, bazen cevabı için 2, sık cevabı için 3, çok sık cevabı için 4 olarak puanlanmaktadır.

Doğan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizinde iç tutarlılığı ,88 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler için bulunan Cronbach Alfa değerleri; dikkat eksikliği alt ölçeği için ,82, dürtüsellik alt ölçeği için ,78'dir. Test-tekrar test tutarlılığı toplam puanlar için ,85, alt ölçekler için ,73 ve ,89 olarak bulunmuştur (Doğan ve ark., 2009)

Ölçekten 24 puan ve üzeri alanların “yüksek olasılıkla DEHB”, 17-23 puan alanların “olası DEHB”, 0-16 puan arası alanların DEHB olmadıkları kabul edilmektedir (Pazvantoğlu ve ark., 2014)

3.8.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Manevi Gelişim Alt Ölçeği

Ölçeğin ilk versiyonu 1987 yılında Walker tarafından geliştirilmiştir. 6 alt ölçek ve 48 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekler; kişiler arası destek, kendini gerçekleştirme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimidir. 1996 yılında ölçek Walker ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir. Ölçeğin son hali 6 ölçekten ve 52 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; kişiler arası ilişkiler, beslenme, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimidir. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişiler arası destek alt ölçeği kişiler arası ilişkiler, egzersiz alt ölçeği fiziksel aktivite ve kendini gerçekleştirme alt faktörü manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır. Sağlık sorumluluğu alt ölçeğinin madde numaraları; 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, fiziksel aktivite alt ölçeğinin maddeleri; 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, beslenme alt ölçeği maddeleri; 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, manevi gelişim alt ölçeği madde numaraları; 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52, kişilerarası ilişkiler alt ölçeği maddeleri; 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49 ve stres yönetimi alt ölçeği maddeleri; 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47’dir.

Her alt ölçek için puanlama 1-4 arasında yapılır. Ölçek dördümlü Likert tipi derecelendirme ölçeği olup derecelendirme; hiçbir zaman cevabı için 1, bazen cevabı için 2, sık sık cevabı için 3, düzenli olarak cevabı için 4 olarak puanlanmaktadır.

Bahar ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonu ,30-,50 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için ,92’dir. Alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları; fiziksel aktivite ,79, sağlık sorumluluğu ,77, kişiler arası ilişkiler ,80, beslenme ,68, manevi gelişim ,79, , stres yönetimi ,64’tür.

Manevi gelişim alt ölçeği; aşılma ve ilişki kurma üzerine temellendirilir. Aşılma; kişinin yaptığı şeylerin dışında yeni deneyimler edinmesini sağlar. İlişki

kurma ise; evrenle uyum ve iletişim içinde olmayı kapsar. Kişi aşılma ve ilişki kurma sayesinde iç kaynaklarının gelişimini sağlar (Bahar ve ark., 2008)

3.8.4. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ)

Hewitt ve Flett tarafından kişilerin mükemmeliyetçilik ile ilgilim tutumlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek 45 soru ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; sosyal odaklı mükemmeliyetçilik, kendi odaklı mükemmeliyetçilik, başkaları odaklı mükemmeliyetçiliktir. Kendi odaklı mükemmeliyetçilik alt ölçeği maddeleri; 1, 6, 8, 12, 14, 15, 17, 20, 23, 28, 33, 34, 36, 40, 42, başkaları odaklı mükemmeliyetçilik alt ölçeği maddeleri; 2, 3, 4, 7, 10, 16, 19, 22, 24, 26, 27, 29, 38, 43, 45 ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik alt ölçeği maddeleri; 5, 9, 11, 13, 18, 21, 25, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 44'tür. Ölçek yedili Likert tipinde sorulardan oluşmaktadır. İçerikteki her soru için 1 - 7 aralığında puanlama yapılır.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Oral tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı tamamı için ,91 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler için bulunan Cronbach Alfa değerleri; sosyal mükemmeliyetçilik için ,80, kendi yönelik mükemmeliyetçilik için ,91, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik için ,73'tür (Oral, 1999)

3.9. İşlem

Araştırmada toplanan verilerin istatistiksel analizleri SPSS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile yürütülmüştür. Kategorik değişkenlerin dağılımları arasındaki farkın anlamlılığının tespiti için ki-kare analizi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin iki grup arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi ve ikiden fazla gruplararası karşılaştırmalarda da tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. İki den fazla grubun karşılaştırıldığı tek yönlü varyans analizlerinde farkın hangi gruplar arasında anlamlı olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey post hoc analizi yürütülmüştür. Veriler arasındaki korelasyonların tespiti için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. Birinci bölümde demografik değişkenlere ilişkin dağılımlar ve ki-kare bulguları verilmiştir. İkinci bölümde ölçeklerden alınan puanların karşılaştırıldığı varyans analizi ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir. Üçüncü bölümde ölçeklerden alınan puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizlerine ilişkin bulgular verilmiştir.

4.1. Demografik Değişkenlere İlişkin Dağılımlar

Tablo 1’de DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerin yaşlarına göre dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=16,776$; $p<0,05$]. 24-33 yaşındaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%22,6) DEHB tanısı almamış (%13,1) çocuklara oranla yüksek bulunmuştur. 44-53 yaşındaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%6) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%22,6) düşük bulunmuştur

DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=19,936$; $p<0,05$]. Evli ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%92,5) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%71,5) yüksek bulunmuştur. Boşanmış ebeveynlerde DHEB tanısı almış çocukların oranı (%7,5) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%28,5) düşük bulunmuştur.

DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin eğitim durumlarına göre dağılımları arasındaki fark bulunmuştur [$\chi^2_{(3)}=20,834$; $p<0,05$]. Lise mezunu ebeveynlerde DEHB tanısı almamış çocukların oranı (%25,6) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%10,2) yüksek bulunmuştur. Lisansüstü mezunu ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%2,3) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%10,2) düşük bulunmuştur.

Tablo 1. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişken	Kategori		ÇOCUK		Toplam	χ^2	sd	p
			DEHB VAR	DEHB YOK				
Ebeveyn Yaş	24-33 Yaş	n	30_a	18_b	48	16,776	2	,000
		%	22,6	13,1	17,8			
	34-43 Yaş	n	95 _a	88 _a	183			
		%	71,4	64,2	67,8			
	44-53 Yaş	n	8_a	31_b	39			
		%	6,0	22,6	14,4			
Ebeveyn Cinsiyet	Kadın	n	67 _a	67 _a	134	,058	1	,809
		%	50,4	48,9	49,6			
	Erkek	n	66 _a	70 _a	136			
		%	49,6	51,1	50,4			
Ebeveyn Medeni Durum	Evli	n	123_a	98_b	221	19,936	1	,000
		%	92,5	71,5	81,9			
	Boşanmış	n	10_a	39_b	49			
		%	7,5	28,5	18,1			
Ebeveyn Eğitim	Okuryazar değil	n	4_a	0_b	4	20,834	3	,000
		%	3,0	0,0	1,5			
	Lise	n	34_a	14_b	48			
		%	25,6	10,2	17,8			
	Üniversite	n	92 _a	109 _a	201			
		%	69,2	79,6	74,4			
	Lisansüstü	n	3_a	14_b	17			
		%	2,3	10,2	6,3			
Ebeveyn Gelir Durumu	Düşük (1000 TL ALTI)	n	21_a	0_b	21	26,531	2	,000
		%	15,8	0,0	7,8			
	Orta (1000 TL -5000 TL)	n	93 _a	101 _a	194			
		%	69,9	73,7	71,9			
	Yüksek (5000 TL ÜSTÜ)	n	19_a	36_b	55			
		%	14,3	26,3	20,4			

Harfler (a,b) DEHB'ye göre oranlar arasındaki farkın $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Biri a diğeri b ise fark $0,05$ düzeyinde anlamlıdır.

DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin gelir durumlarına göre dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=26,531$; $p < 0,05$]. Düşük gelir durumundaki ebeveynlerde DEHB tanısı almamış çocukların oranı (%15,8) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%0,0) yüksek bulunmuştur. Yüksek gelir durumundaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı (%14,3) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%26,3) düşük bulunmuştur.

Tablo 2’de DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ve ailelerinin demografik ve klinik özelliklerine ilişkin dağılımlar verilmiştir.

Ailede psikiyatrik tanı bulunduğunu bildirenlerde DEHB tanısı olan çocukların oranı (%3,8) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%15,3) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=10,379$; $p<0,05$].

Ebeveynin çocuk sayısına göre DEHB tanısı alan ve almayan çocukların dağılımı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=49,527$; $p<0,05$]. İki çocuklu ebeveynlerde DEHB tanısı alan çocukların oranı (%30,1) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%50,4) daha düşük bulunmuştur. Üç çocuklu ebeveynlerde DEHB tanısı alan çocukların oranı (%30,1) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%0,0) daha yüksek bulunmuştur.

DEHB tanısı alan çocuklarda devam edilen okula göre dağılıma bakıldığında liseye devam eden DEHB tanısı almış çocukların oranı (%6) DEHB tanısı almamış çocuklara oranla (%16,1) düşük bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=7,153$; $p<0,05$].

DEHB tanısı alan çocuklarda cinsiyete göre dağılıma bakıldığında erkek çocukların oranı (%72,9) kız çocuklara oranla (%27,1) yüksek bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=24,676$; $p<0,05$].

Tablo 2. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ve Ailelerinin Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişken	Kategori	ÇOCUK		Toplam	χ^2	sd	p	
		DEHB VAR	DEHB YOK					
Aile Psikiyatrik Tanı	Evet	n	5_a	21_b	26	10,389	1	,001
		%	3,8	15,3	9,6			
	Hayır	n	128_a	116_b	244			
		%	96,2	84,7	90,4			
Akraba Psikiyatrik Tanı	Evet	n	50 _a	45 _a	95	,667	1	,414
		%	37,6	32,8	35,2			
	Hayır	n	83 _a	92 _a	175			
		%	62,4	67,2	64,8			
Ebeveyn Çocuk Sayısı	Tek çocuk	n	53 _a	68 _a	121	49,527	2	,000
		%	39,8	49,6	44,8			
	İki çocuk	n	40_a	69_b	109			
		%	30,1	50,4	40,4			
Üç çocuk ve üzeri	n	40_a	0_b	40				
	%	30,1	0,0	14,8				
Çocuk Cinsiyet	Kız	n	36_{a (a)}	78_b	114	24,676	1	,000
		%	27,1	56,9	42,2			
	Erkek	n	97_{a (b)}	59_b	156			
		%	72,9	43,1	57,8			
Çocuk Okul	İlkokul	n	65 _a	56 _a	121	7,153	2	,028
		%	48,9	40,9	44,8			
	Ortaokul	n	60 _a	59 _a	119			
		%	45,1	43,1	44,1			
	Lise	n	8_a	22_b	30			
		%	6,0	16,1	11,1			
Doğum Şekli	Normal	n	54_{a (a)}	32_b	86	9,245	1	,002
		%	40,6	23,4	31,9			
	Sezaryen	n	79_{a (b)}	105_b	184			
		%	59,4	76,6	68,1			

Harfler (a,b) DEHB'ye göre oranlar arasındaki farkın $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Biri a diğeri b ise fark $0,05$ düzeyinde anlamlıdır.

DEHB tanısı alan çocuklarda doğum şekline bakıldığında, doğum şekli sezaryen olanların oranı (%59,4) normal doğanlara oranla (%40,6) yüksek bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=9,245$; $p < 0,05$].

4.2. Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması

4.2.1. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Tablo 3'te DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin "Sosyal Odaklı" mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$t=9,035$; $p<0,05$]. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin "Sosyal Odaklı" mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=64,48$) tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından ($\bar{X}=53,76$) anlamlı şekilde yüksektir. DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$t=2,935$; $p<0,05$]. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=192,45$) tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından ($\bar{X}=177,78$) anlamlı şekilde yüksektir. Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 3. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

	Çocuk DEHB	N	ORT	SS	t	p
Başkaları Odaklı	Evet	132	60,85	15,790	,796	,427
	Hayır	137	59,40	14,005		
Kendi Odaklı	Evet	132	67,13	22,721	1,108	,269
	Hayır	137	64,47	16,267		
Sosyal Odaklı	Evet	132	64,48	8,142	9,035	,000
	Hayır	136	53,76	11,022		
Mükemmeliyetçilik TP	Evet	132	192,45	45,221	2,935	,004
	Hayır	136	177,78	36,278		

Tablo 4'te DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre, ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre “Başkaları Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=7,104; p<0,05]. Kadın ebeveynlerin başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =69,17) erkek ebeveynlerin ortalamalarından (\bar{X} =52,53) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=7,992; p<0,05]. Kadın ebeveynlerin kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =80,12) erkek ebeveynlerin ortalamalarından (\bar{X} =54,14) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre “Sosyal Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=6,610; p<0,05]. Kadın ebeveynlerin sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =68,55) erkek ebeveynlerin ortalamalarından (\bar{X} =60,41) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre toplam mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=7,774; p<0,05]. Kadın ebeveynlerin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =217,83) erkek ebeveynlerin ortalamalarından (\bar{X} =167,08) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre “Sosyal Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2,725; p<0,05]. Kadın ebeveynlerin sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =56,35) erkek ebeveynlerin ortalamalarından (\bar{X} =51,31) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre toplam mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=2,254; p<0,05]. Kadın ebeveynlerin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =184,89) erkek ebeveynlerin ortalamalarından (\bar{X} =171,07) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocuklarda diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Cinsiyetlerine Göre Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB	Ebeveyn Cinsiyet	N	ORT	SS	t	p		
Var	Başkaları Odaklı	Kadın	66	69,17	12,053	7,104	,000	
		Erkek	66	52,53	14,720			
	Kendi Odaklı	Kadın	66	80,12	18,293	7,992	,000	
		Erkek	66	54,14	19,054			
	Sosyal Odaklı	Kadın	66	68,55	6,018	6,610	,000	
		Erkek	66	60,41	7,986			
	Mükemmeliyetçilik TP	Kadın	66	217,83	34,323	7,774	,000	
		Erkek	66	167,08	40,438			
	Yok	Başkaları Odaklı	Kadın	67	61,54	14,735	1,760	,081
			Erkek	70	57,36	13,048		
Kendi Odaklı		Kadın	67	66,63	15,899	1,528	,129	
		Erkek	70	62,40	16,458			
Sosyal Odaklı		Kadın	66	56,35	10,328	2,725	,007	
		Erkek	70	51,31	11,169			
Mükemmeliyetçilik TP		Kadın	66	184,89	36,267	2,254	,026	
		Erkek	70	171,07	35,239			
Toplam		Başkaları Odaklı	Kadın	133	65,32	13,956	6,038	,000
			Erkek	136	55,01	14,043		
	Kendi Odaklı	Kadın	133	73,32	18,359	6,704	,000	
		Erkek	136	58,39	18,178			
	Sosyal Odaklı	Kadın	133	62,45	10,410	5,199	,000	
		Erkek	136	55,73	10,737			
	Mükemmeliyetçilik TP	Kadın	133	201,36	38,865	6,886	,000	
		Erkek	136	169,13	37,763			

Tablo 5’te DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre mükemmeliyetçilik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre “Başkaları Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3,647$; $p<0,05$]. Boşanmış ebeveynlerin başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=60,46$) evli ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=65,60$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t= -3,710$; $p<0,05$]. Boşanmış ebeveynlerin kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=61,36$) evli ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=72,28$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre “Sosyal Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t= -2,425$; $p<0,05$]. Boşanmış ebeveynlerin sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=57,31$) evli ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=52,33$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3,814$; $p<0,05$]. Boşanmış ebeveynlerin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=195,62$) evli ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=170,61$) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 5. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerinin Medeni Durumlarına Göre Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB		Medeni Durum	N	ORT	SS	t	p	
Var	Başkaları Odaklı	Evli	122	60,46	15,625	-,990	,324	
		Boşanmış	10	65,60	17,877			
	Kendi Odaklı	Evli	122	66,61	22,557	-,907	,366	
		Boşanmış	10	73,40	25,030			
	Sosyal Odaklı	Evli	122	64,26	8,234	-1,060	,291	
		Boşanmış	10	67,10	6,724			
	Mükemmeliyetçilik TP	Evli	122	191,34	44,964	-,993	,323	
		Boşanmış	10	206,10	48,572			
	Yok	Başkaları Odaklı	Evli	98	56,77	14,038	-3,647	,000
			Boşanmış	39	66,03	11,663		
Kendi Odaklı		Evli	98	61,36	16,346	-3,710	,000	
		Boşanmış	39	72,28	13,316			
Sosyal Odaklı		Evli	97	52,33	10,369	-2,425	,017	
		Boşanmış	39	57,31	11,910			
Mükemmeliyetçilik TP		Evli	97	170,61	35,845	-3,814	,000	
		Boşanmış	39	195,62	31,172			
Toplam		Başkaları Odaklı	Evli	220	58,81	15,019	-3,075	,002
			Boşanmış	49	65,94	12,948		
	Kendi Odaklı	Evli	220	64,27	20,158	-2,676	,008	
		Boşanmış	49	72,51	16,064			
	Sosyal Odaklı	Evli	219	58,98	10,967	-,188	,851	
		Boşanmış	49	59,31	11,691			
	Mükemmeliyetçilik TP	Evli	219	182,16	42,362	-2,399	,017	
		Boşanmış	49	197,76	35,069			

Tablo 6’da DEHB tanısı almış ve alamamış çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre mükemmeliyetçilik ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı almış çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB tanısı almamış çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre “Başkaları Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2,348$; $p<0,05$]. Ailesinde psikiyatrik tanı bulunmayan çocukların ebeveynlerinin başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=60,58$) psikiyatrik tanı bulunan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=52,90$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3,853$; $p<0,05$]. Ailesinde psikiyatrik tanı bulunmayan çocukların ebeveynlerinin kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=66,64$) psikiyatrik tanı bulunan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=52,48$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre toplam mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3,223$; $p<0,05$]. Ailesinde psikiyatrik tanı bulunmayan çocukların ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=181,92$) psikiyatrik tanı bulunan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=155,10$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre “Sosyal Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Bulunup Bulunmamasına Göre Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB	Aile Psikiyatrik Tanı		N	ORT	SS	t	p	
Var	Başkaları Odaklı	Evet	5	71,80	6,834	1,590	,114	
		Hayır	127	60,42	15,899			
	Kendi Odaklı	Evet	5	80,00	13,620	1,295	,198	
		Hayır	127	66,62	22,892			
	Sosyal Odaklı	Evet	5	69,00	2,000	1,269	,207	
		Hayır	127	64,30	8,244			
	Mükemmeliyetçilik TP	Evet	5	220,80	20,584	1,435	,154	
		Hayır	127	191,34	45,601			
	Yok	Başkaları Odaklı	Evet	21	52,90	12,984	-2,348	,020
			Hayır	116	60,58	13,912		
Kendi Odaklı		Evet	21	52,48	16,058	-3,853	,000	
		Hayır	116	66,64	15,397			
Sosyal Odaklı		Evet	21	49,71	11,739	-1,844	,067	
		Hayır	115	54,50	10,776			
Mükemmeliyetçilik TP		Evet	21	155,10	37,279	-3,223	,002	
		Hayır	115	181,92	34,679			
Toplam		Başkaları Odaklı	Evet	26	56,54	14,143	-1,288	,199
			Hayır	243	60,49	14,953		
	Kendi Odaklı	Evet	26	57,77	18,930	-2,194	,029	
		Hayır	243	66,63	19,634			
	Sosyal Odaklı	Evet	26	53,42	13,076	-2,752	,006	
		Hayır	242	59,64	10,702			
	Mükemmeliyetçilik TP	Evet	26	167,73	43,323	-2,250	,025	
		Hayır	242	186,86	40,967			

Tablo 7’de DEHB tanısı almış ve almamış çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre mükemmeliyetçik ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı almış çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2,143$; $p<0,05$]. Akrabalarında psikiyatrik tanı bulunan ebeveynlerin kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=72,57$) tanı bulunmayanların ortalamalarından ($\bar{X}=63,92$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almış çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin diğer ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB tanısı almamış çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin “Başkaları Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$t=-3,650$; $p<0,05$]. Akrabalarında psikiyatrik tanı bulunmayanların başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=62,33$) bulunanların ortalamalarından ($\bar{X}=53,42$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$t=-3,427$; $p<0,05$]. Akrabalarında psikiyatrik tanı bulunmayanların kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=67,67$) bulunanların ortalamalarından ($\bar{X}=57,91$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$t=-2,944$; $p<0,05$]. Akrabalarında psikiyatrik tanı bulunmayanların toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=184,04$) bulunanların ortalamalarından ($\bar{X}=165,11$) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 7. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Akrabalarında Psikiyatrik Tanı Bulunup Bulunmamasına Göre Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB	Akraba Psikiyatrik Tanı	N	ORT	SS	t	p	
Var	Başkaları Odaklı	Evet	49	61,18	15,963	,187	,852
		Hayır	83	60,65	15,781		
	Kendi Odaklı	Evet	49	72,57	24,325	2,143	,034
		Hayır	83	63,92	21,219		
	Sosyal Odaklı	Evet	49	65,06	7,728	,632	,529
		Hayır	83	64,13	8,404		
	Mükemmeliyetçilik TP	Evet	49	198,82	47,160	1,244	,216
		Hayır	83	188,70	43,892		
Yok	Başkaları Odaklı	Evet	45	53,42	13,003	-3,650	,000
		Hayır	92	62,33	13,604		
	Kendi Odaklı	Evet	45	57,91	15,188	-3,427	,001
		Hayır	92	67,67	15,883		
	Sosyal Odaklı	Evet	45	53,78	8,599	,015	,988
		Hayır	91	53,75	12,086		
	Mükemmeliyetçilik TP	Evet	45	165,11	31,715	-2,944	,004
		Hayır	91	184,04	36,911		
Toplam	Başkaları Odaklı	Evet	94	57,47	15,057	-2,147	,033
		Hayır	175	61,53	14,658		
	Kendi Odaklı	Evet	94	65,55	21,651	-,134	,894
		Hayır	175	65,89	18,646		
	Sosyal Odaklı	Evet	94	59,66	9,896	,675	,500
		Hayır	174	58,70	11,685		
	Mükemmeliyetçilik TP	Evet	94	182,68	43,708	-,674	,501
		Hayır	174	186,26	40,341		

Tablo 8’de DEHB tanısı almış ve almamış çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı almış çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerinin mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 8. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Cinsiyetlerine Göre Ebeveynlerinin Mükemmeliyetçilik Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB	Çocuk Cinsiyet	N	ORT	SS	t	p	
Var	Başkaları	Kız	36	60,61	14,889	-,105	,916
	Odaklı	Erkek	96	60,94	16,190		
	Kendi Odaklı	Kız	36	65,81	23,109	-,408	,684
		Erkek	96	67,63	22,677		
	Sosyal Odaklı	Kız	36	65,67	7,495	1,028	,306
		Erkek	96	64,03	8,366		
	Mükemmeliye tçilik TP	Kız	36	192,08	44,629	-,058	,954
		Erkek	96	192,59	45,672		
Yok	Başkaları	Kız	78	57,26	13,536	-2,086	,039
	Odaklı	Erkek	59	62,24	14,224		
	Kendi Odaklı	Kız	78	61,56	16,278	-2,445	,016
		Erkek	59	68,31	15,568		
	Sosyal Odaklı	Kız	77	52,84	10,934	-1,105	,271
		Erkek	59	54,95	11,116		
	Mükemmeliye tçilik TP	Kız	77	171,87	35,078	-2,201	,029
		Erkek	59	185,49	36,661		
Toplam	Başkaları	Kız	114	58,32	13,999	-1,701	,090
	Odaklı	Erkek	155	61,43	15,437		
	Kendi Odaklı	Kız	114	62,90	18,705	-2,061	,040
		Erkek	155	67,88	20,214		
	Sosyal Odaklı	Kız	113	56,93	11,606	-2,690	,008
		Erkek	155	60,57	10,454		
	Mükemmeliye tçilik TP	Kız	113	178,31	39,330	-2,273	,024
		Erkek	155	189,89	42,485		

DEHB tanısı almamış çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerinin “Başkaları Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t= -2,086; p<0,05]. Erkek çocuğu olanların başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =62,24) kız çocuğu olanların ortalamalarından (\bar{X} =57,26) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerinin “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t= -2,445; p<0,05]. Erkek çocuğu olanların kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =68,31) kız çocuğu olanların ortalamalarından (\bar{X} =61,56) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almamış çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t= -2,201; p<0,05]. Erkek çocuğu olanların toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları (\bar{X} =185,49) kız çocuğu olanların ortalamalarından (\bar{X} =171,87) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 9. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ve Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri ile Mükemmeliyetçilik Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

Çocuk DEHB	Mükemmeliyetçilik	Başkaları Odaklı	Kendi Odaklı	Sosyal Odaklı	Toplam
Var	Ebeveyn Yaş	,087	,001	,107	,050
	Çocuk Sayısı	,018	,154	,108	,103
	Çocuk Yaşı	-,052	-,028	-,038	-,039
Yok	Ebeveyn Yaş	,032	,052	-,009	,025
	Çocuk Sayısı	,553**	,465**	,467**	,571**
	Çocuk Yaşı	,316**	,255**	,283**	,319**
Toplam	Ebeveyn Yaş	,045	,007	-,085	-,007
	Çocuk Sayısı	,211**	,258**	,346**	,292**
	Çocuk Yaşı	,126*	,088	,073	,105

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 9’da DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ebeveynlerinin demografik özellikleri ile mükemmeliyetçilik puanları arasındaki Pearson Korelasyon bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı almış çocuklarda, ebeveynin yaşı, çocuk sayısı ve çocuğun yaşı değişkenleri ile Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlardan alınan puanlar arasında $p<0,05$ ve $p<0,01$ düzeyinde anlamlı ilişki bulunmamıştır.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinde çocuk sayısı ile “Başkaları Odaklı” mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,553$; $p<0,01$). Çocuk sayısı arttıkça başkaları odaklı mükemmeliyetçilik düzeyleri artmaktadır.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin çocuk sayısı ile “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,465$; $p<0,01$). Çocuk sayısı arttıkça kendi odaklı mükemmeliyetçilik düzeyleri artmaktadır.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin çocuk sayısı ile “Sosyal Odaklı” mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,467$; $p<0,01$). Çocuk sayısı arttıkça kendi odaklı mükemmeliyetçilik düzeyleri artmaktadır.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin çocuk sayısı ile toplam mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,571$; $p<0,01$). Çocuk sayısı arttıkça toplam mükemmeliyetçilik düzeyleri de artmaktadır.

DEHB tanısı almamış çocukların yaşları ile ebeveynlerinin “Başkaları Odaklı” mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,316$; $p<0,01$). Çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerinin başkaları odaklı mükemmeliyetçilik düzeyleri de artmaktadır.

DEHB tanısı almamış çocukların yaşları ile ebeveynlerinin “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,255$; $p<0,01$). Çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerinin kendi odaklı mükemmeliyetçilik düzeyleri de artmaktadır.

DEHB tanısı almamış çocukların yaşları ile ebeveynlerinin “Sosyal Odaklı” mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,283$; $p<0,01$). Çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerinin sosyal odaklı mükemmeliyetçilik düzeyleri de artmaktadır.

DEHB tanısı almamış çocukların yaşları ile ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,319$; $p<0,01$). Çocuğun yaşı arttıkça ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik düzeyleri de artmaktadır.

Diğer demografik ve klinik değişkenlere göre ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Manevi Gelişim

Tablo 10’da DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim alt boyutu ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$t=4,955$; $p<0,01$]. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları ($\bar{X}=26,29$) tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından ($\bar{X}=24,45$) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 10. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Manevi Gelişim Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

	Çocuk DEHB	N	ORT	SS	t	p
Manevi Gelişim	Evet	133	26,29	2,155	4,955	,000
	Hayır	137	24,45	3,700		

Tablo 11’de DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim alt boyutu ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB tanısı almayan çocukların ailelerinde psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-3,072$; $p<0,05$]. Ailelerinde psikiyatrik tanı bulunmayan ebeveynlerin manevi gelişim ortalamaları ($\bar{X}=24,85$) bulunan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=22,24$) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 11. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Bulunup Bulunmamasına Göre Ebeveynlerinin Manevi Gelişim Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB	Aile Psikiyatrik Tanı		N	ORT	SS	t	p
Var	Manevi Gelişim	Evet	5	25,00	1,000	-1,364	,175
		Hayır	128	26,34	2,175		
Yok	Manevi Gelişim	Evet	21	22,24	3,032	-3,072	,003
		Hayır	116	24,85	3,679		
Toplam	Manevi Gelişim	Evet	26	22,77	2,957	-4,534	,000
		Hayır	244	25,63	3,070		

Tablo 12’de DEHB tanısı alan ve almayan çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları arasındaki fark

anlamli bulunmüstür [t=-2,928; p<0,05]. Akrabalarında psikiyatrik hastalık bulunmayanların manevi gelişim ortalamaları (\bar{X} =26,70) bulunanların ortalamalarından (\bar{X} =25,60) anlamli şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almayan çocukların akrabalarında psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları arasındaki fark anlamli bulunmüstür [t=-2,109; p<0,05]. Akrabalarında psikiyatrik hastalık bulunmayanların manevi gelişim ortalamaları (\bar{X} =24,91) bulunanların ortalamalarından (\bar{X} =23,51) anlamli şekilde yüksektir.

Tablo 12. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Akrabalarında Psikiyatrik Tanı Bulunup Bulunmamasına Göre Ebeveynlerinin Manevi Gelişim Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB	Akraba Psikiyatrik Tanı		N	ORT	SS	t	p
Var	Manevi Gelişim	Evet	50	25,60	1,591	-2,928	,004
		Hayır	83	26,70	2,346		
Yok	Manevi Gelişim	Evet	45	23,51	3,628	-2,109	,037
		Hayır	92	24,91	3,666		
Toplam	Manevi Gelişim	Evet	95	24,61	2,929	-2,885	,004
		Hayır	175	25,76	3,229		

Tablo 13’de DEHB tanısı almış ve almamış çocukların ve ebeveynlerinin demografik özellikleri ile manevi gelişim puanları arasındaki Pearson Korelasyon bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı almış çocuklarda, ebeveyn yaşı, çocuk sayısı ve çocuğun yaşı değişkenleri ile ebeveynlerin manevi gelişim puanları arasında anlamli ilişki bulunmamıştır.

DEHB tanısı almamış çocukların ebeveynlerinin çocuk sayıları ile manevi gelişim düzeyleri arasında pozitif yönde anlamli ilişki bulunmüstür (r=0,288;

p<0,01). Çocuk sayısı arttıkça ebeveynin manevi gelişim düzeyi de artmaktadır. Diğer değişkenlerle manevi gelişim arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 13. DEHB Tanısı Almış ve Almamış Çocukların ve Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri ile Manevi Gelişim Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

Çocuk DEHB		Ebeveyn Yaş	Çocuk Sayısı	Çocuk Yaşı
Var	Manevi Gelişim	,147	,028	-,010
Yok	Manevi Gelişim	,021	,288**	-,004
Toplam	Manevi Gelişim	-,010	,212**	-,042

*p<0,05

**p<0,01

4.2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Bu bölümde DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin DikkatEksikliği ve Hiperaktivite skorları karşılaştırılmıştır.

4.2.3.1. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyleri

Tablo 14’te DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeylerine ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=7,950; p<0,05]. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalamaları ($\bar{X} = 18,31$) tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından ($\bar{X} = 13,80$) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 14. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

	Çocuk DEHB	N	ORT	SS	t	p
Dikkat Eksikliği	Evet	133	18,31	4,213	7,950	,000
	Hayır	137	13,80	5,048		
Hiperaktivite / Dürtüsellik	Evet	133	17,01	3,779	1,361	,175
	Hayır	137	16,38	3,800		
DEHB	Evet	133	35,32	7,589	6,206	,000
	Hayır	137	30,18	5,923		

DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin DEHB toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=6,206$; $p<0,05$]. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin DEHB toplam puan ortalamaları ($\bar{X} = 35,32$) tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından ($\bar{X} = 30,18$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin Hiperaktivite / Dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$t=1,361$; $p>0,05$].

Tablo 15'te DEHB tanısı alan ve almayan çocukların anne ve babalarının DEHB olasılıklarına göre dağılımları ve ki-kare bulguları verilmiştir. Hem DEHB tanısı alan hem de tanı almayan çocuklarda ebeveynlerin DEHB olasılıklarına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=21,354$; $p<0,05$]. Ebeveyninde DEHB bulunmayan DEHB tanılı çocukların oranı (%41,4) ebeveyninde DEHB olasılığı yüksek olanlara (%13,5) oranla daha yüksektir. Ebeveyninde DEHB bulunmayan DEHB tanılı çocukların oranı (%41,4) ebeveyninde DEHB olasılığı orta olanlarla (%45,1) denk dağılmıştır.

Tablo 15. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Anne ve Babalarının DEHB Olasılıklarına Göre Dağılımı ve K-Kare Bulguları

		DEHB Olasılığı			Toplam	χ^2	sd	p	
		Yüksek	Orta	Yok					
Çocuk DEHB	Evet	n	18_a	60 _b	55 _b	133	21,354	1	0,000
		%	13,5	45,1	41,4	100,0			
	Hayır	n	0 _a	82 _b	55 _b	137			
		%	0,0	59,9	40,1	100,0			
Toplam	n	18	142	110	270				
	%	6,7	52,6	40,7	100,0				

Harfler (a,b) Ebeveyn DEHB olasılığı kategorilerine göre DEHB’li ve DEHB’li olmayan çocukların dağılımları arasındaki farkın $p<0,05$ düzeyinde anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Biri a diğeri b ise fark 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

DEHB tanısı bulunmayan çocuklarda ebeveynlerin hiç birinde yüksek DEHB olasılığı tespit edilmemiştir. Orta DEHB (%59,9) ve DEHB olasılığı bulunmayan (%40,1) ebeveynlerin dağılımı birbirine denktir.

Tablo 16’da ebeveynlerin DEHB olasılıklarına göre Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Ebeveynlerin DEHB olasılıklarına göre “Başkaları Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur [$F(2-266)=9,819$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda, DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=63,98$) yüksek olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=49,33$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=63,98$) olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=58,51$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,009$).

Olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=58,51$) yüksek olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=49,33$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,031$).

Ebeveynlerin DEHB olasılıklarına göre “Kendi Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur [$F(2-266)=30,480$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda, DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=75,59$) yüksek olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=49,78$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=75,59$) olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=60,27$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Ebeveynlerin DEHB olasılıklarına göre toplam mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur [$F(2-266)=13,232$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda, DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=198,97$) yüksek olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=158,33$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları ($\bar{X}=198,97$) olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=177,62$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Ebeveynlerin DEHB olasılıklarına göre “Sosyal Odaklı” mükemmeliyetçilik ortalama puanları arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Ebeveynlerin DEHB olasılıklarına göre manevi gelişim ortalama puanları arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur [$F(2-266)=14,804$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda, DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin manevi gelişim ortalamaları ($\bar{X}=26,25$) olasılıkla DEHB ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=24,43$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Yüksek olasılıkla DEHB ebeveynlerin manevi gelişim

ortalamaları ($\bar{X}=27,17$) olasılıkla DEHB ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=26,25$) anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,001$).

Tablo 16. Ebeveynlerin DEHB Olasılıklarına Göre Mükemmeliyetçilik ve Manevi Gelişim Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Bulguları

	Ebeveyn DEHB	N	ORT	SS	F	sd	p
Başkaları Odaklı	Yüksek olasılıkla	18	49,33	11,246	9,819	2	,000
	Olasılıkla	142	58,51	15,793			
	Değil	109	63,98	12,935			
Kendi Odaklı	Yüksek olasılıkla	18	49,78	16,861	30,480	2	,000
	Olasılıkla	142	60,27	17,977			
	Değil	109	75,59	17,818			
Sosyal Odaklı	Yüksek olasılıkla	18	59,22	7,503	,115	2	,891
	Olasılıkla	141	58,73	9,207			
	Değil	109	59,40	13,585			
Mükemmeliyetçilik	Yüksek olasılıkla	18	158,33	33,523	13,232	2	,000
	Olasılıkla	141	177,62	40,478			
	Değil	109	198,97	39,643			
Manevi Gelişim	Yüksek olasılıkla	18	27,17	1,295	14,804	2	,000
	Olasılıkla	142	24,43	3,093			
	Değil	110	26,25	3,111			

Tablo 17’de DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre DEHB ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı alan çocuklarda ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Dikkat Eksikliği ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-7,691$; $p<0,05$].

Erkek ebeveynlerin dikkat eksikliği ortalamaları ($\bar{X} = 20,67$) kadın ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X} = 15,99$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı alan çocuklarda ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Hiperaktivite / Dürtüsellik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t = -6,992$; $p < 0,05$]. Erkek ebeveynlerin hiperaktivite / dürtüsellik ortalamaları ($\bar{X} = 18,98$) kadın ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X} = 15,06$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı alan çocuklarda ebeveynlerin cinsiyetlerine göre DEHB ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t = -7,923$; $p < 0,05$]. Erkek ebeveynlerin DEHB ortalamaları ($\bar{X} = 39,65$) kadın ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X} = 31,04$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almayan çocuklarda ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Dikkat Eksikliği ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t = -3,517$; $p < 0,05$]. Erkek ebeveynlerin dikkat eksikliği ortalamaları ($\bar{X} = 15,23$) kadın ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X} = 12,31$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almayan çocuklarda ebeveynlerin cinsiyetlerine göre DEHB ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t = -3,522$; $p < 0,05$]. Erkek ebeveynlerin DEHB ortalamaları ($\bar{X} = 31,86$) kadın ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X} = 28,43$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almayan çocuklarda ebeveynlerin cinsiyetlerine göre Hiperaktivite / Dürtüsellik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 17. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Cinsiyetlerine Göre DEHB Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB	Ebeveyn Cinsiyet	N	ORT	SS	t	P	
Var	Dikkat Eksikliği	Kadın	67	15,99	2,626	-	,000
		Erkek	66	20,67	4,222	7,691	
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Kadın	67	15,06	2,860	-	,000
		Erkek	66	18,98	3,580	6,992	
	DEHB	Kadın	67	31,04	5,197	-	,000
		Erkek	66	39,65	7,187	7,923	
Yok	Dikkat Eksikliği	Kadın	67	12,31	4,659	-	,001
		Erkek	70	15,23	5,025	3,517	
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Kadın	67	16,12	3,887	-	,435
		Erkek	70	16,63	3,727	-,783	
	DEHB	Kadın	67	28,43	5,249	-	,001
		Erkek	70	31,86	6,080	3,522	
Toplam	Dikkat Eksikliği	Kadın	134	14,15	4,194	-	,000
		Erkek	136	17,87	5,379	6,329	
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Kadın	134	15,59	3,441	-	,000
		Erkek	136	17,77	3,830	4,924	
	DEHB	Kadın	134	29,74	5,366	-	,000
		Erkek	136	35,64	7,684	7,306	

Tablo 18’de DEHB Tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre DEHB ortalamaları, standart sapmaları ve Bağımsız Örneklem t Testi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre Dikkat Eksikliği ortalamaları arasında, Hiperaktivite / Dürtüsellik ortalamaları arasında ve DEHB ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 18. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Medeni Durumlarına Göre DEHB Ortalamaları, Standart Sapmaları ve t testi Bulguları

Çocuk DEHB		Medeni Durum	N	ORT	SS	t	P
Var	Dikkat Eksikliği	Evli	123	18,50	4,165	1,898	,060
		Boşanmış	10	15,90	4,254		
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Evli	123	17,11	3,714	1,139	,257
		Boşanmış	10	15,70	4,523		
	DEHB	Evli	123	35,62	7,474	1,620	,108
		Boşanmış	10	31,60	8,422		
Yok	Dikkat Eksikliği	Evli	98	14,77	4,814	3,698	,000
		Boşanmış	39	11,38	4,865		
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Evli	98	16,22	3,973	-,756	,451
		Boşanmış	39	16,77	3,344		
	DEHB	Evli	98	30,99	6,411	2,581	,011
		Boşanmış	39	28,15	3,836		
Toplam	Dikkat Eksikliği	Evli	134	221	16,85	5,906	,000
		Boşanmış	136	49	12,31		
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Evli	134	221	16,72	,281	,779
		Boşanmış	136	49	16,55		
	DEHB	Evli	134	221	33,57	4,239	,000
		Boşanmış	136	49	28,86		

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre Dikkat Eksikliği ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3,698$; $p<0,05$]. Evli ebeveynlerin dikkat eksikliği ortalamaları ($\bar{X}=14,77$) boşanmış ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=11,38$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin DEHB ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2,581$; $p<0,05$]. Evli ebeveynlerin DEHB

ortalamları ($\bar{X}=30,99$) boşanmış ebeveynlerin ortalamalarından ($\bar{X}=28,15$) anlamlı şekilde yüksektir.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin medeni durumlarına göre Hiperaktivite / Dürtüsellik ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 19’da DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerin gelir durumlarına göre DEHB ortalamaları, standart sapmaları ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin, gelir durumlarına göre Dikkat Eksikliği ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur [$F(2-130)=24,133$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda Orta gelire sahip ebeveynlerin dikkat eksikliği ortalamaları ($\bar{X}=19,73$) yüksek gelire sahip olanların ortalamalarından ($\bar{X}=15,47$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Orta gelire sahip ebeveynlerin dikkat eksikliği ortalamaları ($\bar{X}=19,73$) düşük gelire sahip olanların ortalamalarından ($\bar{X}=14,57$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin, gelir durumlarına göre Hiperaktivite / Dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur [$F(2-130)=20,638$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda Orta gelire sahip ebeveynlerin hiperaktivite / dürtüsellik ortalamaları ($\bar{X}=18,22$) yüksek gelire sahip olanların ortalamalarından ($\bar{X}=13,89$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Orta gelire sahip ebeveynlerin hiperaktivite / dürtüsellik ortalamaları ($\bar{X}=18,22$) düşük gelire sahip olanların ortalamalarından ($\bar{X}=14,48$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin, gelir durumlarına göre DEHB ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur [$F(2-130)=25,474$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda Orta gelire sahip ebeveynlerin DEHB ortalamaları ($\bar{X}=37,95$) yüksek gelire sahip olanların ortalamalarından ($\bar{X}=29,37$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Orta

gelire sahip ebeveynlerin DEHB ortalamaları (\bar{X} =37,95) düşük gelire sahip olanların ortalamalarından (\bar{X} =29,05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,000).

Tablo 19. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Gelir Durumlarına Göre DEHB Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Bulguları

Çocuk DEHB	Ebeveyn Gelir	N	ORT	SS	F	sd	p	
Evet	Dikkat Eksikliği	Düşük	21	14,57	,811	24,133	2	,000
		Orta	93	19,73	4,086			
		Yüksek	19	15,47	2,970			
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Düşük	21	14,48	,981	20,638	2	,000
		Orta	93	18,22	3,724			
		Yüksek	19	13,89	2,747			
	DEHB	Düşük	21	29,05	1,359	25,474	2	,000
		Orta	93	37,95	7,468			
		Yüksek	19	29,37	4,044			
Hayır	Dikkat Eksikliği	Orta	101	13,97	5,421	,421	1	,518
		Yüksek	36	13,33	3,840			
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Orta	101	16,44	4,160	,083	1	,774
		Yüksek	36	16,22	2,576			
	DEHB	Orta	101	30,41	6,668	,545	1	,462
		Yüksek	36	29,56	2,951			
Toplam	Dikkat Eksikliği	Düşük	21	14,57	,811	6,863	2	,001
		Orta	194	16,73	5,614			
		Yüksek	55	14,07	3,681			
	Hiperaktivite / Dürtüsellik	Düşük	21	14,48	,981	9,655	2	,000
		Orta	194	17,29	4,046			
		Yüksek	55	15,42	2,839			
	DEHB	Düşük	21	29,05	1,359	12,199	2	,000
		Orta	194	34,02	7,993			
		Yüksek	55	29,49	3,333			

DEHB tanısı almayan çocuklarda düşük gelirli grup yoktur. Orta gelirli ve yüksek gelirli ebeveynlerin DEHB, Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite / Dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Diğer demografik ve klinik değişkenlere göre ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 20’de DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ve ebeveynlerinin demografik özellikleri ile ebeveynlerinin DEHB puanları arasındaki Pearson Korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı alan çocuklarda, ebeveynlerin yaşı, çocuk sayısı ve çocuğun yaşı ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 20. DEHB Tanısı Alan ve Almayan Çocukların ve Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri ile Ebeveynlerin DEHB Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

ÇOCUK DEHB		Dikkat Eksikliği	Hiperaktivite / Dürtüsellik	ASRS TP
Var	Ebeveyn Yaş	-,015	-,098	-,057
	Çocuk Sayısı	-,011	,039	,013
	Çocuk Yaşı	-,032	,055	,009
Yok	Ebeveyn Yaş	,075	-,127	-,018
	Çocuk Sayısı	-,361**	,173*	-,197*
	Çocuk Yaşı	-,334**	,023	-,270**
Toplam	Ebeveyn Yaş	-,067	-,129*	-,115
	Çocuk Sayısı	-,008	,107	,050
	Çocuk Yaşı	-,239**	,027	-,157**

*p<0,05

**p<0,01

DEHB tanısı almayan çocuklarda, ebeveynlerin çocuk sayısı ile Dikkat Eksikliği puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,361$; $p<0,01$). Çocuk sayısı arttıkça ebeveynin dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocuklarda, ebeveynlerin çocuk sayısı ile Hiperaktivite / Dürtüsellik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,173$; $p<0,05$). Çocuk sayısı arttıkça ebeveynin hiperaktivite / dürtüselligi de artmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocuklarda, ebeveynlerin çocuk sayısı ile DEHB puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,197$; $p<0,05$). Ebeveynin çocuk sayısı arttıkça DEHB azalmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocuklarda, çocuğun yaşı ile ebeveynin Dikkat Eksikliği puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,334$; $p<0,01$). Çocuğun yaşı arttıkça ebeveynin dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocuklarda, çocuğun yaşı ile ebeveynin DEHB puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,270$; $p<0,01$). Çocuğun yaşı arttıkça DEHB azalmaktadır.

4.3. Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiler

Tablo 21’de DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde dikkat eksikliği puanları ile manevi gelişim puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,333$; $p<0,01$). Manevi gelişim düzeyi düşükçe dikkat eksikliği düzeyi artmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde dikkat eksikliği puanları ile başkaları odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,697$; $p<0,01$). Başkaları odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde dikkat eksikliği puanları ile kendi odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,693$; $p<0,01$). Kendi odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde dikkat eksikliği puanları ile sosyal odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,739$; $p<0,01$). Sosyal odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde dikkat eksikliği puanları ile toplam mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,725$; $p<0,01$). Toplam mükemmeliyetçilik arttıkça dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde hiperaktivite / dürtüsellik puanları ile manevi gelişim puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,202$; $p<0,05$). Manevi gelişim arttıkça hiperaktivite / dürtüsellik azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde hiperaktivite / dürtüsellik puanları ile başkaları odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,739$; $p<0,01$). Başkaları odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça hiperaktivite / dürtüsellik azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde hiperaktivite / dürtüsellik puanları ile kendi odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,720$; $p<0,01$). Kendi odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça hiperaktivite / dürtüsellik azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde hiperaktivite / dürtüsellik puanları ile sosyal odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,737$; $p<0,01$). Sosyal odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça hiperaktivite / dürtüsellik azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde hiperaktivite / dürtüsellik puanları ile toplam mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,752$; $p<0,01$). Toplam mükemmeliyetçilik arttıkça hiperaktivite / dürtüsellik azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde DEHB puanları ile manevi gelişim puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,285$; $p<0,05$). Manevi gelişim arttıkça DEHB azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde DEHB puanları ile başkaları odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,755$; $p<0,01$). Başkaları odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça DEHB azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde DEHB puanları ile kendi odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,743$; $p<0,01$). Kendi odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça DEHB azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde DEHB puanları ile sosyal odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,777$; $p<0,01$). Sosyal odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça DEHB azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde DEHB puanları ile toplam mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,777$; $p<0,01$). Toplam mükemmeliyetçilik arttıkça DEHB azalmaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde manevi gelişim ile Mükemmeliyetçilik ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 21. DEHB Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

DEHB Tanılı	1	2	3	4	5	6	7
1. Dikkat Eksikliği	-						
2. Hiperaktivite / Dürtüsellik	,803*	-					
3. DEHB	,955*	,944*	-				
4. Manevi Gelişim	,333*	,202*	,285*	-			
5. Başkaları Odaklı M.	,697*	,739*	,755*	-,072	-		
6. Kendi Odaklı M.	,693*	,720*	,743*	-,056	,919*	-	
7. Sosyal Odaklı M.	,739*	,737*	,777*	,076	,881*	,884*	-
8. Mükemmeliyetçilik	,725*	,752*	,777*	-,040	,969*	,982*	,932*

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 22’de DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği puanları ile manevi gelişim puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği puanları ile başkaları odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,544$; $p<0,01$). Başkaları odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği puanları ile kendi odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki

bulunmuştur ($r=-0,438$; $p<0,01$). Kendi odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça dikkat eksikliği azaltmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği puanları ile sosyal odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,434$; $p<0,01$). Sosyal odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği puanları ile toplam mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,538$; $p<0,01$). Toplam mükemmeliyetçilik arttıkça dikkat eksikliği azalmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin hiperaktivite / dürtüsellik puanları ile sosyal odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,411$; $p<0,01$). Sosyal odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça hiperaktivite / dürtüsellik artmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin DEHB puanları ile başkaları odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,415$; $p<0,01$). Başkaları odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça DEHB puanları azalmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin DEHB puanları ile kendi odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,454$; $p<0,01$). Kendi odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça DEHB puanları azalmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin DEHB puanları ile sosyal odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin DEHB puanları ile toplam mükemmeliyetçilik puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,395$; $p<0,01$). Toplam mükemmeliyetçilik arttıkça DEHB azalmaktadır.

Tablo 22. DEHB Tanısı Almayan Çocukların Ebeveynlerinin Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Matrisi

DEHB Tanısı Yok	1	2	3	4	5	6	7
1. Dikkat Eksikliği	-						
2. Hiperaktivite / Dürtüsellik	-,126	-					
3. DEHB	,771*	,534*	-				
4. Manevi Gelişim	-,118	-,092	-,160	-			
5. Başkaları Odaklı M.	-,544*	,077	-,415*	,251*	-		
6. Kendi Odaklı M.	-,438*	-,126	-,454*	,452*	,912*	-	
7. Sosyal Odaklı M.	-,434*	,411*	-,108	-,010	,575*	,381*	-
8. Mükemmeliyetçilik	-,538*	,104	-,395*	,296*	,972*	,918*	,697*

*p<0,05

**p<0,01

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim puanları ile başkaları odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,251$; $p<0,01$). Manevi gelişim arttıkça başkaları odaklı mükemmeliyetçilik artmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim puanları ile kendi odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,452$; $p<0,01$). Manevi gelişim arttıkça kendi odaklı mükemmeliyetçilik artmaktadır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim puanları ile sosyal odaklı mükemmeliyetçilik puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

DEHB tanısı almayan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim puanları ile toplam mükemmeliyetçilik puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,296$; $p<0,01$). Manevi gelişim arttıkça toplam mükemmeliyetçilik artma

Sonuç olarak;

- ✓ DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin gelir durumları göre dağılımları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Düşük gelir durumundaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı, DEHB tanısı almamış çocuklara oranla yüksek bulunmuştur. Yüksek gelir durumundaki ebeveynlerde ise; DEHB tanısı almış çocukların oranı, DEHB tanısı almamış çocuklara oranla düşüktür.
- ✓ DEHB tanısı alan çocuklarda cinsiyete faktörüne göre dağılıma bakıldığında; erkek çocukların oranı, kız çocuklara oranla anlamlı şekilde yüksektir.
- ✓ DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.
- ✓ DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.
- ✓ DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre; toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları, kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları, başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalama puanları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Kadın ebeveynlerin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları, kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları, başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ve

sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları erkek ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.

- ✓ DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları, tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.
- ✓ DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin; DEHB toplam puan ortalamaları ve dikkat eksiliği ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalamaları tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksekken; DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin hiperaktivite/dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- ✓ DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları, kendi odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları, başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları, sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları; olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından ve yüksek olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
- ✓ DEHB olasılığı bulunmayan ebeveynlerin manevi gelişim ortalamaları, olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yüksek olasılıkla DEHB olan ebeveynlerin manevi gelişim ortalamaları olasılıkla DEHB ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.
- ✓ DEHB tanısı alan çocukların erkek ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalamaları ve hiperaktivite/dürtüsellik ortalamaları kadın ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.

- ✓ DEHB tanısı alan çocukların erkek ebeveynlerinin DEHB ortalamaları kadın ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.
- ✓ Orta gelire sahip ebeveynlerin DEHB ortalamaları, dikkat eksikliği ortalamaları ve hiperaktivite/dürtüsellik ortalamaları; yüksek gelire sahip olanların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.
- ✓ Orta gelire sahip ebeveynlerin DEHB ortalamaları, dikkat eksikliği ortalamaları ve hiperaktivite/dürtüsellik ortalamaları; düşük gelire sahip olanların ortalamalarından ($\bar{X}=14,57$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
- ✓ DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim düzeyi azaldıkça, dikkat eksikliği düzeyi artmaktadır.
- ✓ DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin kendi odaklı mükemmeliyetçilik, başkaları odaklı mükemmeliyetçilik, sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ve toplam mükemmeliyetçilik puanları arttıkça, dikkat eksikliği düzeyi azalmaktadır.
- ✓ DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim puanları arttıkça hiperaktivite/dürtüsellik azalmaktadır.
- ✓ Başkaları odaklı mükemmeliyetçilik, kendi odaklı mükemmeliyetçilik ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik arttıkça; DEHB ve hiperaktivite / dürtüsellik azalmaktadır.
- ✓ Manevi gelişim arttıkça kendi odaklı mükemmeliyetçilik, başkaları odaklı mükemmeliyetçilik ve toplam mükemmeliyetçilik artmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Bu çalışmada, DEHB tanısı olan çocuklarla olmayan çocukların ebeveynleri DEHB sıklığı, manevi gelişim ve mükemmeliyetçilik kavramları bağlamında karşılaştırılmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda istatistiksel analizler yapılmıştır. İstatistiksel analizlerin sonucunda elde edilen bulgular, bu bölümde konuyla ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Çalışmanın sosyodemografik verileri incelendiğinde araştırma, çocuklarında DEHB tanısı olan ebeveynlerden oluşan deney grubu (N=135) ve çocuklarında DEHB tanısı olmayan ebeveynlerden oluşan kontrol grubundan (N=135) oluşmaktadır.

Cinsiyet değişkeni ile DEHB arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalara bakıldığında; erkeklerde kızlara oranla daha sık DEHB görüldüğü tespit edilmiştir. Öktem ve Sonuvar (1993) tarafından yapılan araştırmada DEHB görülme sıklığı erkek ve kızlar arasında 1/3.15 olarak saptanmıştır. Toros ve Tataroğlu (2002) tarafından yapılan çalışmada ise erkek ve kızlar arasındaki DEHB oranı 1/3.65 olarak bulunmuştur. Aydın ve Ercan'ın (2005) yaptığı araştırmaya göre, erkeklerde kızlara oranla 4-8 kat daha sık DEHB görülmektedir. Yazgan (2012) tarafından yapılan başka bir araştırmaya göre; erkekler kızlardan 4-6 kat daha fazla DEHB tanısı almaktadır.

Yapılan çalışmada DEHB sıklığı cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Elde edilen bulgulara göre, erkek çocuklarda DEHB görülme sıklığı kız çocuklara oranla daha yüksektir. Bunun nedeni olarak Aydın ve Ercan'ın 2005' de yaptığı çalışmada da ifade edildiği gibi; DEHB'nin erkekler de aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri gösteren tipi fazlayken, kızların dikkatsizlik belirtileri gösteren tipinin fazla olması erkek çocuklarda DEHB görülme sıklığının fazla olmasının nedeni olarak açıklanabilir. Araştırmadan elde edilen bulgular Öktem

ve Sonuvar'ın (1993); Toros ve Tataroğlu'nun (2002); Aydın ve Ercan'ın (2005) ve Yazgan'ın (2012) daha önce konuyla ilgili yapmış oldukları çalışmaları destekler niteliktedir.

DEHB ve gelir seviyesi değişkeni ile ilgili literatür taraması yapıldığında; gelir seviyesinin DEHB'nin seyrinde etkili olduğuna ilişkin çalışmalara rastlanmıştır. Şenol ve Şener'in 1997'de yaptığı araştırmaya göre sosyoekonomik düzeyin DEHB gelişiminde etkili olduğu ifade edilmiştir. Çak ve Gökler'in 2013 yılında yaptığı araştırmada sosyoekonomik düzeyi yüksek ebeveynlerin çocuklarında daha az DEHB görülmektedir.

Yapılan araştırmada, gelir seviyesine bağlı olarak DEHB sıklığı anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Düşük gelir durumundaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB tanısı alma oranı, yüksek gelir durumundaki ebeveynlerin çocuklarına oranla daha yüksektir. Yüksek gelir durumundaki ebeveynlerde DEHB tanısı almış çocukların oranı, DEHB tanısı almamış çocuklara oranla daha düşüktür. Bunun nedeni olarak; düşük sosyoekonomik durumda olan kişilerin tedavi için yeterli olanaklarının olmaması gösterilebilir. Ayrıca DEHB büyük oranla kalıtsal bir bozukluktur. DEHB'si olan kişilerin eğitim ve iş hayatında çoğunlukla yaşadıkları başarısızlıklar düşünöldüğünde, ekonomik durumu kötü olan ebeveynlerin çocukları da aynı sosyoekonomik duruma doğarlar, kalıtsal aktarım ve çevresel koşullarında etkisiyle çocuklarında DEHB görölme ihtimali daha yüksektir. Elde edilen bulguların Şenol ve Şener'in (1997); Çak ve Gökler'in (2013) yılında yaptıkları çalışmaları benzerlik gösterdiği görölmüştür.

DEHB'nin mükemmeliyetçilik üzerindeki etkisinin araştırılmıştır. Yapılan araştırmada elde edilen bulgulara göre; DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ortalamaları ve toplam mükemmeliyetçilik ortalamaları, tanı almayan çocukların ebeveynlerinden daha yüksektir. Her iki grupta da kadın ebeveynlerin mükemmeliyetçilik ortalamaları erkek ebeveynlerden daha yüksek çıkmıştır. Literatürde DEHB ve mükemmeliyetçilik ile ilgili yeterli bilgiye rastlanılmamıştır. Menkes (1967) ve Mendelson (1971) yaptıkları çalışmalarda, mükemmeliyetçilik beklentisi içindeki ebeveynlerin yetiştirdiği çocuklarda minimal beyin disfiksasyonu göröldüğü belirtilmiştir (aktaran Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010).

Minimal beyin disfiksasyonu 1960'lı yıllarda DEHB belirtileri gösteren çocuklar için kullanılan ilk terimlerden biridir. DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinde mükemmeliyetçilik puanlarının yüksek olması; ebeveynlerin eksik hissettikleri şeyleri ortadan kaldırma ve başarıya ulaşma arzuları olarak açıklanabilir.

DEHB tanısı ile ebeveynlerdeki manevi gelişim araştırıldığında; DEHB tanısına bağlı olarak manevi gelişim ortalamalarının anlamlı şekilde farklılaştığı görülmektedir. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinin manevi gelişim ortalamaları, tanı almamış çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından daha yüksektir. Literatürde konuyla ilgili araştırmaya rastlanmamıştır.

DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite düzeyleri incelendiğinde literatürde konuyla ilgili yapılmış pek çok araştırma bulunmaktadır. DEHB %60-94 oranında genetik geçişlidir (Tuğlu, 2004). Anne ya da babasında DEHB olan çocuklarda DEHB yaşlılarına oranla daha sık görülmektedir (Abalı, 2009; Ercan, 2015). DEHB, genetik olarak aktarılan özelliklerle biyolojik ve çevresel etmenlerin etkileşimi sonucunda beyinde ortaya çıkan bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (Ercan ve Aydın, 2009; Perçinel ve Yazıcı, 2015; Akgün ve ark., 2011). Yapılan çalışmada; DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin DEHB toplam puan ortalamaları, tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Elde edilen bulgular Ercan ve Aydın(2009); Perçinel ve Yazıcı (2015); Akgün ve arkadaşlarının (2011) önceki çalışmalarıyla uyumludur. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; DEHB tanısı bulunmayan çocukların ebeveynlerinin hiçbirinde yüksek DEHB olasılığı tespit edilmemiştir. Bu bulgu genetikle ilgili Tuğlu, Abalı ve Ercan'ın farklı yıllarda yapmış oldukları çalışmaları destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmada; DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalamaları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalamaları tanı almayan çocukların ebeveynlerinin ortalamalarından yüksekken; DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin hiperaktivite/dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. DEHB'nin dikkat eksikliği boyutu değişim göstermezken,

hiperaktivite/dürtüsellik boyutu az bir oranla da olsa yaş ile birlikte azalma gösterebilir.

DEHB tanısı olan çocukların ve ebeveynlerinin cinsiyetlerine göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/Dürtüsellik düzeyleri incelendiğinde ortalama puanlar arasında anlamlı tespit edilmiştir. DEHB tanısı alan çocukların erkek ebeveynlerinin dikkat eksikliği ortalamaları ve hiperaktivite/dürtüsellik ortalamaları kadın ebeveynlerin ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Literatüre göre; erkeklerde kızlara oranla daha sık DEHB görülmektedir. Bunun nedeni olarak önceki çalışmalarda da belirtildiği gibi; DEHB'nin erkekler de aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri gösteren tipinin fazla, kızlarında dikkatsizlik belirtileri gösteren tipinin fazla olması nedeniyle erkek çocuklarda DEHB görülme ve teşhis edilmesi daha kolay olmaktadır.

5.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgular Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Manevi Gelişim Alt Ölçeği, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır. Araştırma katılımcı sayısı ile sınırlıdır. Ölçek sayısının fazla olması nedeniyle araştırmaya katılmak istemeyenler ve ölçekleri yarıda bırakanlar olmuştur. Katılımcı kaybını önlemek için aynı kavramları ölçen daha kısa formlu ölçekler tercih edilebilir.

Araştırma, anket, ölçeklerin uygulanması, uygulamalardan elde edilen sonuçlar, istatistiksel değerlendirmeler ve literatür taraması yüksek lisans tezi için ayrılan süre ile sınırlıdır. Daha geniş kapsamda çalışmalar yapabilmek için daha uzun süreli bir çalışma yapılabilir.

Araştırma Bursa ilinde yaşayan ebeveynlerle sınırlıdır. Başka şehirlerde yaşayan ebeveynlerinde dahil olduğu, daha geniş örneklem grubu ile benzer bir çalışma yapılabilir.

DEHB tanısı alan çocuklara DEHB raporlarını görerek çalışmaya katılmalarına karar verilmiştir. Bu çocukların herhangi bir başka problemlerinin olmadığı kabul edilmiştir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda ek tanılar için klinik görüşme ve tarama yapılarak başka problemleri olan kişilerin dışlanması daha kesin sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır.

5.3. Sonuç

Bu çalışmada DEHB olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin DEHB, manevi gelişim ve mükemmeliyetçilik düzeyleri incelenmiştir. 270 katılımcının demografik özellikleri; hazırlanan kişisel bilgi formuyla, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Manevi Gelişim Alt Ölçeği ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ile ölçülmüştür.

Araştırmanın sonucuna göre; cinsiyet ve gelir seviyesi değişkenlerinde DEHB sıklığı açısından önemli farklar saptanmıştır. Erkek çocukların DEHB sıklığı kız çocuklardan anlamlı şekilde yüksektir. Gelir seviyesi düşük olan ebeveynlerin çocuklarının DEHB tanı sıklığının gelir seviyesi yüksek olan ebeveynlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. DEHB tanısı alan ve almayan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği skorları arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği sıklığı, tanı almamış çocukların ebeveynlerinden yüksektir. DEHB tanısı almış çocuklarla almamış çocukların ebeveynlerinde hiperaktivite/dürtüsellik skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. DEHB tanısı almış çocukların sosyal odaklı mükemmeliyetçilik ve toplam mükemmeliyetçilik puanları DEHB tanısı almamış çocukların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. DEHB tanısı ile manevi gelişim skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

KAYNAKÇA

- Abalı, O. (2010). Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği. İstanbul: Adeda, (2.Baskı).
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM V-TR) (Çev. E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, (4. Baskı), Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM IV-R). Çev. E. Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, (Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı) Ankara.
- Atılğan, E. (2009). “İlköğretim Sekizinci Sınıf Öğrencilerinde Depresyonun Yordayıcıları.” İlköğretim Online 8.2 334-345.
- Aydın, C., Ercan, E. S. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri. Gendaş Kültür, (Genişletilmiş 12. Baskı), İstanbul
- Bahar, Z., Beşer, A., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). “Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması.” C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12.1
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., et al. (2002). “Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.” JAMA 288.14 , 1740-1748.
- Curran, S., Mill, J., Tahir, E., et al. (2001). “Association Study of a Dopamine Transporter Polymorphism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in UK and Turkish Samples.” Mol Psychiatry 6.4, 425–428.
- Çak, H. T., Gökler, B. (2013). “Erken doğan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ilişkili doğum öncesi risk etkenleri.” Türk Ped Arş. s., 315-22.

- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G., Küçükgöncü, S.(2009). “Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği.” *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 10, s., 77-87.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., et al., (1990). “Family-genetic and Psychosocial Risk Factors in DSM-III Attention Deficit Disorder”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(4): pp. 526-533.
- Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S., (2004). “The Distribution of symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional defiant Disorder in School Age Children in Turkey.” *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13, s., 354-361.
- Faraone, S. V. and Doyle, A. E. (2001). “The Nature and Heritability of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder.” *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 10. s., 299-316.
- Faraone, S. V. ve Biederman, J. (1994). “Is attention deficit hyperactivity disorder familial?” *Harvard Review of Psychiatry* 1. s., 271-287.
- Fisher, S. E., Francks, C., McCracken, J. T., et al (202). “A Genomewide Scan for Loci Involved in ADHD.” *Am J Hum Gen.* 70. 5. s., 1183-1196.
- Flett, G. and Hewitt, P. L.(2002). “Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional and treatment issues. Perfectionism: Theory, research, and treatment”. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*, Washington DC: American Psychological Association, s., 5-13.
- Guevremont, D. C. and Dumas, M. C. (1994). “Peer relationship problems and disruptive behavior disorders.” *Journal of Emotional an Behavioral Disorders* 2.3 s., 164-172.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. (1991). “Dimension of perfectionism in unipolar depression.” *Journal of Abnormal Psychology* 100.1 s., 98-101.

Hewitt, P. L., Flett, G. L. (2004).“The cognitive and treatment aspects of perfectionism: Introduction to the special issue.” Journal of Rational Emotive and Cognitive Behaviour Therapy 22.4 s., 229-236.

http://germanstories.vcu.edu/struwwel/philipp_e.html kıpır kıpır phil (28.03.2016).

<https://tr.wikipedia.org/wiki/ICD-10> (30.03.2016).

Irmak, M. Y. (2014). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerde Sadece Anne Sütü Alım Sürelerinin Yürütücü İşlevlere ve Bilişsel Düzeye Etkisinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi.

İlhan, M., Sünkür, Ö. M. (2012). “Matematik Kaygısı ile Olumlu ve Olumsuz Mükemmeliyetçiliğin Matematik Başarısını Yordama Gücü.” Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 8.1. s., 178-188.

Keskin, C., Topuzoğlu, A. (2010). “Sağlığın Tanımı: Başa Çıkma.” Journal Of İstanbul Kültür University 3. s., 47-49.

Kılıç, B. G. (2005). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nöropsikolojisine İlişkin Kuramlar ve Araştırmalar.” Türk Psikiyatri Dergisi 16. 2. s., 113-123.

Oral, M.(1999). The Relationship Between Dimensions of Perfectionism, Stressful Life Events and Depressive Symptoms in University Students: a Test of Diathesis-stress Model of Depression, Unpublished Master Thesis, Middle East Technical University.

Owens, L. (2006). The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults. Unpublished PhD. dissertation, University of Memphis.

Öktem, F., Sonuvar, B. (1993). “Dikkat Eksikliği Tanısı Alan Çocukların Özellikleri”, Türk Psikiyatri Dergisi 4.4 (1993): 267-272.

- Öncü S., Şenol, B. S. (2002). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım.” Klinik Psikiyatri 5. s., 111-119.
- Öztürk, M., Ataman Yancı, H. B., Türksoy, A., Yıldız, E., Saçaklı, H. (2015). “İstanbul Üniversitesi Öğrencilerinin Fakülterele Göre Kişilik Özelliklerinin ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi.” İÜ Spor Bilimleri Dergisi 4.1 s., 32- 38.
- Pazvantoğlu, O., Akbaş, S., Sarısoy, G., Baykal, S., Zabun Korkmaz, I., Bekiroğlu, K., Bökel, Ö.(2014). “DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB ile İlişkili Bazı Sorunlu Yaşam Olayları.” Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 27. s., 61-68.
- Perçinel, İ., Yazıcı, K. (2015). “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Patofizyolojisinde Demir Eksikliği.” Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 7. 1. s., 41- 55.
- Still, G. F. (1902).“Some Abnormal Psychical Conditions in Children.” Lancet 1. s., 1008-1012.
- Şenol, S., Şener, Ş.(1997). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, şurada: E. Köroğlu ve E. Güleç (Eds.), Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s., 1119-1130.
- Taylor, L. A., Saylor, C., Twyman, K., and Macias, M. (2010). “Adding Insult to Injury: Bullying Experiences of Youth with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” Children’s Health Care 39. s., 59-72.
- Toros, F., ve Tataroğlu, C. (2002). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyodemografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri.” Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 9.1, s., 23-31.
- Tuğlu, C. (2004).“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun genetiği.” 3P Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi 12.2. s., 89-94.
- Tuğlu, C., Şahin, Ö. Ö. (2010). “Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler.” Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD 2.1. s., 75- 116.

- Turgay, A. (2009). Tedavi edilmeyen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun bedeli ve tedavide yenilikler. Ankara: Türkiye Klinikleri, (1. Baskı).
- Weiss G. (1996). "Attention deficit hyperactivity disorder". In M. Lewis (Ed.), Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, (2nd edition), s., 544-563.
- Weiss M, Weiss G. (2002). "Attention deficit hyperactivity disorder". In: M. Lewis (Ed.) Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, (3rd edition), s., 645-78.
- Yazgan, Y. (2012). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Büyümek." 22. Ulusal Çocuk ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı.

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Aşağıda anlatılan çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce, çalışmanın ne amaçla yapıldığını anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında vermeniz önem taşımaktadır.

Ben Hande BALKANLI ZENGİN. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında Profesör Doktor Mehmet Kerem DOKSAT' ın danışmanlığında yürütmekte olduğum tez çalışmam için araştırma yapmaktayım. Bu çalışmada, isimleriniz ya da sizlere ilişkin bilgiler belirtilmeksizin, anketler yazılı bir rapor haline getirilecektir. Toplanan yanıtlar tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından bilimsel veri amacıyla kullanılacaktır. Ankette yer alan hiçbir sorunun doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Katıldığınız takdirde çalışmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir sebep göstermeden çalışmadan çıkabilirsiniz. Araştırmaya katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı:

Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü'nde Profesör Doktor Mehmet Kerem DOKSAT danışmanlığında yürütülen, aynı bölümde yüksek lisans programına devam etmekte olan Hande BALKANLI ZENGİN tarafından yapılacak olan çalışma ile ilgili yukarıda yazılı olan bilgiler açıklandı. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad Soyadı (İsteğe Bağlı)

İmza

İletişim:

Hande BALKANLI ZENGİN

hande_balkanli@hotmail.com

Ek-2: Kişisel Bilgi Formu

Aşağıda sizleri ve çocuğunuzu tanımamıza yardımcı olacak bir takım bilgiler istenmektedir. Lütfen dikkatli okuyarak kendiniz ve çocuğunuz için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

FORMU DOLDURAN VELİYE AİT BİLGİLER

Adı Soyadı: _____ (İsteğe bağlı)

1. Yaşınız:

4.1. 24 yaş altı()	4.2. 24-33 yaş arası()	4.3. 34-43 yaş arası()
4.4. 44-53 yaş arası()	4.5. 54-63 yaş arası()	4.6. 64 yaş ve üzeri

2. Cinsiyetiniz: 2.1. Kadın () 2.2. Erkek ()

3. Medeni Durumunuz: 3.1. Bekâr () 3.2. Evli () 3.3. Boşanmış/Dul ()

4. Eğitim Durumunuz:

4.1. Okur-yazar değil()	4.2. İlkokul ()	4.3. Ortaokul ()
4.4. Lise ()	4.5. Üniversite ()	4.6. Lisans Üstü ()

5. Mesleğiniz: _____

6. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız:

6.1. Düşük(1000TL altı) () 6.2. Orta(1000-5000 TL) () 6.3. Yüksek 5000TL üzeri ()

7. Daha önce hiç psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

Cevabınız EVET ise belirtiniz:

7.1. Evet ()

7.2. Hayır ()

8. Birinci derece akrabalarınızda psikiyatrik hastalık tanısı alan var mı?

8.1. Evet ()

8.2. Hayır ()

Cevabınız EVET ise belirtiniz: _____

Yakınlığı: _____

9. Çocuk sayınız:

9.1. Tek çocuk ()

9.2. 2 çocuk ()

9.3. 3 ve daha fazla çocuk ()

ÇOCUĞA AİT BİLGİLER

1. Adı Soyadı: _____ (İsteğe bağlı)

2. Doğum Tarihi: _____

3. Cinsiyeti:

3.1. Kız ()

3.2. Erkek ()

4. Okumakta Olduğu Okul:

4.1. İlkokul ()

4.2. Ortaokul ()

4.3. Lise ()

5. Okumakta Olduğu Sınıf: _____

6. Doğum şekli

6.1. Normal Doğum ()	6.2. Sezeryan ()
-----------------------	-------------------

7. Daha önce Psikolog ya da Psikiyatristten yardım aldınız mı?

7.1. Evet ()	7.2. Hayır ()
---------------	----------------

Cevabınız EVET ise belirtiniz: _____



Ek-3: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken **son 6 ay içinde** nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan cevabın altındaki kutuya işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
A BÖLÜMÜ					
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ek-4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Manevi Gelişim Alt Ölçeği

Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her cümlenin uygun seçeneğini işaretleyiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Ek-5: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Aşağıda kişilik özellik ve davranışlarına ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra o maddede belirtilen fikre katılma derecenizi 7 (Tamamen Katılıyorum) ve 1 (Hiç Katılmıyorum) arasında değişen rakamlardan size uygun olanını işaretleyerek belirtiniz. (1 Hiç Katılmıyorum, 7 Tamamen Katılıyorum). Bu ölçek kişisel görüşlerinizle ilgilidir, bunun için “doğru” ya da “yanlış” cevap vermek söz konusu değildir. Önemli olan işaretlediğiniz rakamın sizin gerçek düşüncenizi yansıtmasıdır.

	Hiç Katılmıyorum			Tamamen Katılıyorum			
	1	2	3	4	5	6	7
1. Bir iş üzerinde çalıştığımda kusursuz olana kadar rahatlayamam	0	0	0	0	0	0	0
2. Genelde kişileri, kolay pes ettikleri için eleştirmem.	0	0	0	0	0	0	0
3. Yakınlarımla başarılı olmaları gerekmez.	0	0	0	0	0	0	0
4. En iyisinden aşağısına razı oldukları için arkadaşlarımı nadiren eleştiririm	0	0	0	0	0	0	0
5. Başkalarının benden beklentilerini karşılamakta güçlük çekerim.	0	0	0	0	0	0	0
6. Amaçlarımdan bir tanesi yaptığım her işte mükemmel olmaktır.	0	0	0	0	0	0	0
7. Başkalarının yaptığı her şey en iyi kalitede olmalıdır.	0	0	0	0	0	0	0
8. İşlerimde asla mükemmeliği hedeflemem.	0	0	0	0	0	0	0
9. Çevremdekiler benim de hata yapabileceğimi kolaylıkla kabullenirler.	0	0	0	0	0	0	0
10. Bir yakınımın yapabileceğinin en iyisini yapmamış olmasını önemli görmem.	0	0	0	0	0	0	0
11. Bir işi ne kadar iyi yaparsam çevremdekiler daha da iyisini yapmamı beklerler.	0	0	0	0	0	0	0
12. Nadiren mükemmel olma ihtiyacı duyarım.	0	0	0	0	0	0	0
13. Yaptığım bir şey kusursuz değilse çevremdekiler tarafından yetersiz bulunur.	0	0	0	0	0	0	0
14. Olabildiğim kadar mükemmel olmaya çalışırım.	0	0	0	0	0	0	0
15. Giriştiğim her işte mükemmel olmam çok önemlidir.	0	0	0	0	0	0	0
16. Benim için önemli olan insanlardan beklentilerim yüksektir.	0	0	0	0	0	0	0
17. Yaptığım her işte en iyi olmaya çalışırım.	0	0	0	0	0	0	0
18. Çevremdekiler yaptığım her şeyde başarılı olmamı beklerler.	0	0	0	0	0	0	0

19. Çevremdeki insanlar için çok yüksek standartlarım yoktur.	0 0 0 0 0 0 0
20. Kendim için mükemmelden daha azını kabul edemem.	0 0 0 0 0 0 0
21. Her konuda üstün başarı göstermesem de başkaları benden hoşlanacaktır.	0 0 0 0 0 0 0
22. Kendilerini geliştirmek için uğraşmayan kişilerle ilgilenmem.	0 0 0 0 0 0 0
23. Yaptığım iste hata bulmak beni huzursuz eder.	0 0 0 0 0 0 0
24. Arkadaşımdan çok şey beklemem.	0 0 0 0 0 0 0
25. Başarı, başkalarını memnun etmek için daha da çok çalışmam gerektiği anlamına gelir.	0 0 0 0 0 0 0
26. Birisinden bir şey yapmasını istersem, işin yapılmasını beklerim.	0 0 0 0 0 0 0
27. Yakınlarımin hata yapmasını görmeye tahammül edemem.	0 0 0 0 0 0 0
28. Hedeflerimi belirlemede mükemmeliyetçiyimdir.	0 0 0 0 0 0 0
29. Değer verdiğim insanlar beni hiç bir zaman hayal kırıklığına uğratmamalıdır	0 0 0 0 0 0 0
30. Başarısız olduğum zaman bile başkaları yeterli olduğumu düşünürler.	0 0 0 0 0 0 0
31. Başkalarının benden çok şey beklediğini düşünüyorum.	0 0 0 0 0 0 0
32. Her zaman yapabileceğimin en iyisini yapmaya çalışmalıyım.	0 0 0 0 0 0 0
33. Bana göstermeseler bile, hata yaptığım zaman diğer insanlar çok bozulurlar.	0 0 0 0 0 0 0
34. Yaptığım her şeyde en iyi olmak zorunda değilim.	0 0 0 0 0 0 0
35. Ailem benden mükemmel olmamı bekler.	0 0 0 0 0 0 0
36. Kendim için yüksek hedeflerim yoktur.	0 0 0 0 0 0 0
37. Annem ve babam nadiren hayatımın her alanında en başarılı olmamı beklerler.	0 0 0 0 0 0 0
38. Sıradan insanlara saygı duyarım.	0 0 0 0 0 0 0
39. İnsanlar benden mükemmelden aşağısını kabul etmezler.	0 0 0 0 0 0 0
40. Kendim için yüksek standartlar koyarım.	0 0 0 0 0 0 0
41. İnsanlar benden verebileceğimden fazlasını beklerler.	0 0 0 0 0 0 0
42. Okulda veya işte her zaman başarılı olmalıyım.	0 0 0 0 0 0 0
43. Bir arkadaşımın elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaması benim için önemli değildir.	0 0 0 0 0 0 0
44. Hata yapsam bile, etrafımdaki insanlar yeterli ve becerikli olduğumu düşünürler.	0 0 0 0 0 0 0
45. Başkalarının yaptığı her şeyde üstün başarı göstermelerini nadiren beklerim.	0 0 0 0 0 0 0

ÖZGEÇMİŞ

19 Haziran 1990 Bandırma doğumluyum. İlk ve orta okulu İzmir’de; liseyi Kocaeli’nde tamamladım. 2009 yılında İstanbul Maltepe Üniversitesi Psikoloji bölümüne başladım. 2013 yılında mezun olduktan sonra Londra’da İngilizce dil eğitimi aldım. Üniversite eğitimim süresince Alzheimer Vakfı, Çocuklara Yeniden Özgürlük Vakfı, Maltepe Çocuk ve Gençlik Ceza İnfaz Kurumu, Metin Sabancı Spastik Çocuklar ve Gençler Eğitim Öğretim Rehabilitasyon Merkezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nişantaşı Ekip Norma Razon Kliniğinde staj yaptım. Aynı zamanda üniversitemizde kurmuş olduğumuz topluluk ile SOYAÇ projesini yürüttüm (T.C. Maltepe Üniversitesi Sokakta Yaşayan ve Çalışan Çocuklar İçin Uygulama ve Araştırma Merkezi). Çocuk Gelişim Testleri, d2 Dikkat Testi, Nöropsikolojik Testler, MMPI, WISC-R testlerinin eğitimlerini ve uygulayıcı sertifikaları aldım. 2014 yılında Özel İlk Bursa Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde, 2015 yılında Bursa BrainFit Studio’da psikolog olarak çalıştım. 2016 yılından beri Bursa Özel Şahinkaya Koleji’nde okul psikoloğu olarak çalışmaktayım.

Hande ZENGİN