

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN,
DAVRANIŞSAL, SOSYAL PROBLEMLER, AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE
EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

BERİL BÖREKÇİ

Bahçeşehir Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2014,
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı,
2017

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
2017

İŞIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI


OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİNİN, DAVRANIŞSAL, SOSYAL PROBLEMLER, AİLE İŞLEVSELLİĞİ
VE EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BERİL BÖREKÇİ

ONAYLAYANLAR:

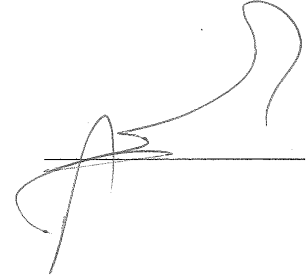
Yrd. Doç. Dr. Nazlı Balkır
(Tez Danışmanı)

İşık Üniversitesi



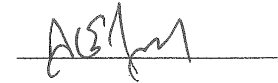
Yrd. Doç. Dr. Rukiye Hayran

İşık Üniversitesi



Prof. Dr. Ayten Erdoğan

Beykent Üniversitesi



ONAY TARİHİ: 05.01.2017

PRESCHOOL CHILDREN WITH SYMPTOMS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: PARENTAL ATTITUDES, IMPAIRMENTS IN BEHAVIORAL, SOCIAL, SCHOOL AND FAMILY FUNCTIONING

Abstract

The statement of the problem: The aim of this study is to determine the social and behavioral problems of children 4 to 6 years of age with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and examine their family functions and parents' attitudes toward them. Contribution of this study to literature is to emphasize the importance of evaluation of childrens ADHD symptom levels in preschool years to prevent or minimize the problems that they may experience in primary school.

Method: In this research the participants are parents ($N=92$) and teachers ($N=14$) of students attending kindergartens between the years of 2016-2017 in Kadıköy province of Istanbul. The information intended to investigate was obtained by Sociodemographic Form, The ADHD Rating Scale-DSM-V, Conners Parent Rating Scale (CPRS), Family Assessment Device and Parenting Scale.

Results: Analysis of the CPRS revealed that children with ADHD were more likely to experience social problems, anxiety, oppositional behaviors, emotional instability, perfectionism, and psychosomatic symptoms than did children without ADHD. According to current results of Family Assessment Device children with ADHD have shown dysfunction in communication, affective responsiveness, behavioral control, and general functions areas. Parents of children with ADHD were found to have laxness and overreactivity attitudes toward their children more than parents of children without ADHD.

Conclusion: Preschool-age children with ADHD are also at significant risk for psychopathologies other than ADHD and they have disordered family functioning and parental attitudes. Prospective studies are needed to evaluate the evolution of behavioraal and family functioning difficulties and prognostic properties of ADHD.

Key Words: attention deficit disorder, preschool period, childhood, family functioning, parenting styles

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN, DAVRANIŞSAL, SOSYAL PROBLEMLER, AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özet

Problemin tanımı: Bu araştırmanın amacı DEHB belirtileri gösteren 4-6 yaş aralığındaki çocukların sosyal, davranışsal problemlerini tespit etmek, aile işlevselliklerini ve ebeveynlerinin tutumlarını incelemektir.

Yöntem: Katılımcılar, İstanbul Kadıköy ilçesinde yer alan 2016-2017 yılları arasında anaokullarına devam eden 4-6 yaş aralığındaki öğrencilerin ebeveynlerinden ve öğretmenlerinden oluşmaktadır. Araştırmaya toplam 92 ebeveyn ve 14 öğretmen katılmıştır. Araştırılması amaçlanan bilgiler Sosyodemografik Form, DSM-V Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Formu, Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği ve Ebeveyn Tutumları Ölçeği ile elde edilmiştir.

Bulgular: Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeğinin analizi sonucunda DEHB belirtileri gösteren çocukların sosyal problemler, kaygı, karşı gelme, duygusal değişkenlik, mükemmeliyetçilik ve psikosomatik belirtileri, DEHB belirtileri göstermeyen çocuklara oranla daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir. Aile Değerlendirme Ölçeği sonucunda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri gösteren çocukların ailelerinde iletişim, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alanlarında sağlıklı işlevsellikleri olduğu görülmüştür. Ebeveyn tutumları açısından bakıldığında ise DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin otoriter ve aşırı hoşgörülü tutumu daha fazla sergilediği görülmüştür.

Sonuç: Araştırmanın alanyazınına katkısı DEHB olan çocukların ilkokulda yaşayabilecekleri problemlerin önlenmesi yada en aza indirilmesinin okul öncesi dönemde çocukların DEHB belirti düzeylerinin değerlendirilmesi ile sağlanabileceğinin önemini vurgulamaktır. Okul öncesi dönemde DEHB belirtileri gösteren çocukların davranışsal ve sosyal anlamda belirti göstermeyen çocuklardan farklılaşması ayrıca çocukların ebeveynlerinin tutumlarının farklı olması 4-6 yaş aralığında alınacak önemlemlerin önemini göstermektedir.

Aile işlevselliği ve bahsedilen diğer alanlardaki problemlerin boyutları büyümeden önemlemler alınması çocuk için olumlu değişimler sağlayacaktır. Bu araştırma ile okul öncesi dönemin ileriki yaşların yordayıcısı olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, okul öncesi dönem, çocukluk çağı, aile işlevselliği, ebeveyn tutumları



Teşekkür

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana ve eğitimime katkı sağlayan, her konuda olumlu yaklaşım sergileyen alan profesörüm Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu'na teşekkür ederim.

Bitirme tezi süpervizörüm Prof. Sennur Zaimoğlu'na bana her konuda açık ve net önerileriyle destek olduğu için, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaştığı, pozitif ve güç veren yaklaşımı düşünce ve fikirlerime duyduğu saygı, anlayışlı görüşleri ve sunduğu öneriler için teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her konuda destek olan, sevgilerini her an hissettiğim sevgili arkadaşlarım ve meslektaşlarım Aysu Ersin ve Sinem Kaya Özçelik'e teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde beni destekledikleri, anlayış, sevgi ve emekleri için, attığım her adımda bana duydukları güveni hissettiğim sevgili aileme teşekkür ederim. Sevgi ve desteğini her an hissettiğim, pozitif ve güç veren yaklaşımı için Merih Burçhan Atadeniz'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 5.1.1. Grupların Demografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	46
Tablo 5.1.2. Anne Baba ve Çocukların Yaş Ortalamaları.....	47
Tablo 5.2.1. Hiperaktivite Alt Boyutları Spearman Korelasyon Analizi.....	48
Tablo 5.2.2. Dikkat Eksikliği Alt Boyutları Spearman Korelasyon Analizi.....	49
Tablo 5.3.1. Grupların DSM-V DEHB Puanlarına Göre DEHB Alt Tip Dağılımları.....	50
Tablo 5.3.1.1. Gruplar arasında CEDÖ Alt Boyutlarındaki Farklılaşmalar.....	51
Tablo 5.3.1.2. Dikkat Eksikliği Alt Tipinde CEDÖ Alt Boyutlarındaki Farklılaşmalar.....	52
Tablo 5.3.1.3. Hiperaktivite/İmpulsivite Alt Tipinde CEDÖ Alt Boyutlarındaki Farklılaşmalar.....	53
Tablo 5.3.2.1 Gruplar Arasında Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarındaki Farklılaşma.....	54
Tablo 5.3.3.1. Gruplar Arasında Ebeveyn Tutumları Ölçeği Alt Boyutlarındaki Farklılaşma.....	55
Tablo 5.4.1 Grupların DSM-V DEHB Puanlarına Göre Alt Tipler Bazında Dağılımı.....	56
Tablo 5.4.2. 4 Grubun Yaşlara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	57
Tablo 5.4.3. Grupların Demografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	58
Tablo 5.4.1.1 Gruplar Arasındaki Karşı Gelme ve Duygusal Değişkenlik Alt Boyutu Farklılıkları.....	59
Tablo 5.4.3.1 Grupların Ebeveyn Tutum Ölçeği Farklılaşmaları.....	60
Tablo 5.5.1 Öğretmen DSM-V DEHB Formuna Göre Yaş, Cinsiyet ve Okul Dağılımları.....	62

SEMBOLLER LİSTESİ

- $\%$:Yüzdelik
 n :Kişi Sayısı
 p :İstatistiksel Anlamlılık
 r :Korelasyon Katsayısı
 U :Mann-Whitney U Değeri
 \bar{x} :Ortalama
 χ^2 :Ki Kare
 z :Standart Değer

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği
APA: American Psychiatric Association
CED ÖY/U: Conners Ebeveyn Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş/Uzun Formu
CEDÖ: Conners Ebeveyn Dereceleme Ölçeği
CÖD ÖY/U: Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş/Uzun Formu
CÖDÖ: Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği
CPRS-RL: Conners Parent Rating Scale-Revised/Long
CTRS-RL: Conners Teacher Rating Scale-Revised/Long
DB: Davranım Bozuklukları
DDB: Duygu Durum Bozuklukları
DE: Dikkat Eksikliği
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DF: Degree of Freedom/ Serbestlik Derecesi
DPT: Devlet Planlama Teşkilatı
DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
G.A: Güven Aralığı
G.İ.: Global İndeks
Hİ: Hiperaktivite İmpulsivite
KBB: Kulak Burun Boğaz
KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme
ÖB: Öğrenme Bozuklukları
S.O: Sıra Ortalaması
SEK: Sosyal Ekonomik Kültürel Düzey
SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SS: Standart Sapma
UB: Uyum Bozuklukları

İçindekiler

Özet

Teşekkürler

Tablolar listesi

Rakamlar listesi

Semboller listesi

Kısaltmalar listesi

BÖLÜM 1

<i>GİRİŞ</i>	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	2
1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tarihçesi.....	4
1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Prevelansı.....	5
1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi.....	6
1.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	10
1.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi.....	15

BÖLÜM 2 19

<i>DİKKAT EKSIKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE İŞLEVSELLİK</i>	19
2.1. Sosyal Problemler.....	19
2.2. Davranış Problemleri.....	20
2.3. Okul İşlevleri.....	21

BÖLÜM 3

<i>EBEVEYN TUTUMLARI VE AİLE İŞLEVSELLİĞİ</i>	22
3.1. Araştırmada İncelenen Ebeveyn Tutumları.....	23
3.2. Ebeveyn Tutumlarını Etkileyen Faktörler.....	27
3.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Ebeveyn Tutumları.....	28
3.4. Ebeveynlerin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bilgi Düzeyleri ve Tedaviye Etkileri.....	29
3.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aile İşlevselliği.....	30

BÖLÜM 4 36

<i>YÖNTEM</i>	36
4.1. Araştırmanın Modeli.....	36
4.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme.....	36
4.3. Veri Toplama Araçları.....	37
4.4. Verilerin Toplanması.....	41
4.5. Verilerin Çözümlemesi.....	42

BÖLÜM 5 44

<i>BULGULAR</i>	44
5.1. Örneklemin Demografik Özellikleri.....	44
5.2. CEDÖ İle DSM-V DEHB Korelasyonuna İlişkin Bulgular.....	47

5.3. DEHB Belirti Düzeyine Göre 2 Grup Oluşturulması.....	49
5.4. DSM-V DEHB Kriterlerine Göre 4 Grup Oluşturulması.....	56
5.5. Öğretmen Bildirimlerine Göre DSM-V DEHB Belirtilerine İlişkin Bulgular.....	61
BÖLÜM 6	63
<i>TARTIŞMA VE SONUÇ</i>	63
6.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Davranışsal, Sosyal Problemler ve Okul İşlevleri.....	65
6.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Ebeveyn Tutumları	67
6.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aile İşlevselliği.....	70
6.4. Öğretmen ve Ebeveynlerin Bildirimlerinin Farklılığı.....	72
BÖLÜM 7	75
<i>ÖNERİLER</i>	74
KAYNAKÇA	
Özgeçmiş	
Ek A Ebeveyn Formları	
Ek B Öğretmen Formları	



BÖLÜM 1

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, (DEHB) çoğu zaman '*fark edilmeyen bozukluklar*' adı altında sınıflandırılmaktadır (McHugh, 2003). Bunun sebebi DEHB olan çocukların çoğu zaman 'yaramaz' olarak nitelendirilmesi, kendi haline bırakılıyor olmasıdır. Tanı konmasını geciktiren sebeplerin arasında ebeveynlerin yanlış inanışları da rol oynamaktadır. Bu inanışlar çoğu zaman 'hareketli çocuk zekidir', 'enerjisi fazla geliyordur', 'karışmayın istediğini yapsın', 'erkek çocuk hareketli olur', 'büyüdükçe değişir' gibi düşüncelerden oluşmaktadır (Biederman, Monuteaux, Spencer, Wilens, MacPherson, Faraone, 2008). Türkiye'de otizm hakkında yapılan bir araştırma da ebeveynlerin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkındaki bilgileri de araştırılmıştır ve araştırmanın sonucunda ebeveynlerin DEHB hakkındaki bilgilerinin çoğunun yanlış olduğu görülmüştür (Karabekiroğlu, Akbaş, Taşdemir, 2009).

DEHB bireyin yaşamında yüksek düzeyde gelişimsel ve işlevsel güçlükler yol açar, okul başarısında düşüş, sosyal ilişkilerde uyumsuzluk, ebeveynler ile çatışma, aile içi problemler olarak kendini gösterebilir. DEHB olan çocukların ebeveynleri, diğer ebeveynlere göre daha fazla enerji, zaman ve emek sarf etmek zorundadır. Balkwell ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bu durumun ebeveynlerde yorgunluğa, anksiyeteye, depresyona ve stresse sebep olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin kendilerine ve birbirlerine zaman ayıramadıkça aile içi problemlerin arttığı ve ebeveynlik tutumlarının değiştiği görülmektedir (Balkwell ve Halverson, 1980; McHugh, 2003). Sebep olduğu sorunlar nedeni ile erken tanı ve tedavi çocuğun bireyin ve ebeveynlerinin hayatında kayda değer olumlu değişimler sağlayacağı için göz ardı edilmemelidir.

DEHB okul öncesi dönemde başlayan, yetişkinlikte de devam eden, dikkati sürdürmede güçlük, aşırı hareketlilik ve dürtü kontrolü zorlukları ile karakterize, toplumsal ve aile ilişkilerini, iletişimini, bununla beraber sosyal yaşamı da etkileyen bir bozukluktur (Dang, Warrington, Tung, Baker, Pan, 2007). Çocukluk çağında en sık tanısı konulan bozukluktur ve DEHB diğer psikolojik bozukluklarla beraber de görülebilmektedir (Aktepe, Demirci, Çalışkan, Sönmez, 2010).

DEHB etiyojisi kesin olarak belirlenemeyen, heterojen bir bozukluktur. Araştırmalar, DEHB'nun genetik, çevresel ve psikososyal etmenlerden kaynaklandığını göstermektedir (Corrigan, Watson, Gracia, Slopen, Rasinski, Hall, 2005).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların sosyal, davranışsal problemleri, okul işlevleri ile aile içi ilişkilerinin ve ebeveyn tutumlarının incelenmesidir.

Bu alışma ile,

- 1) Okul öncesi dönemde DEHB olan çocukların sosyal, davranışsal ve okul işlevlerinin diğer çocuklardan farkları var mıdır/nelerdir?
- 2) Okul öncesi dönemde DEHB olan çocukların ebeveynlerinin tutumları nasıldır ve diğer ailelere göre farkları var mıdır/nelerdir?
- 3) Okul öncesi dönemde DEHB olan çocukların aile içi ilişkileri nasıldır ve diğer çocukların aile ilişkileri göre farklılık göstermekte midir?

sorularının cevaplandırılması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Gelişim döllenmeden başlayan ve ölüme kadar devam eden değişikliklerin yaşandığı süreç olarak tanımlanabilir. Bireyin deneyimlediği gelişim süreçleri dört ana başlıkta incelenir, bunlar fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal süreçlerdir. Yaşam dönemleri, yeni doğan (yaşamın ilk ayı), bebeklik (2. ay ile 2 yaş aralığı) , ilk çocukluk (2-6 yaş), son çocukluk (kızlarda 6-11, erkeklerde 6-13 yaş), ergenlik (kızlarda 11-20 yaş, erkeklerde 13-20 yaş), genç yetişkinlik (20-40 yaş), orta yetişkinlik (40-60 yaş) ve ileri yetişkinlik (60 ve sonrası) dönemleri olarak ayrılmıştır. Bu araştırmanın örneklemini bağımsız motor davranışların kazanıldığı, çocuğun iradesi doğrultusunda hareket etmeye başladığı, akranları ile ilişkiler kurup, oyun oynayabildiği yaş aralığı olan ilk çocukluk dönemini kapsamaktadır (Aydın, 2005). Okul öncesi eğitim dönemi uyum ve davranış bozukluklarının ortaya çıktığı süreci kapsar. Kişiliğin oluştuğu bu süreçte ocuk düşünmeyi, hissetmeyi, empati ve başkaları ile iletişim kurmayı öğrenir (Durukan, Karaman, Kara, Türker, 2011). Kendinden bir sonrakine etki ettiği düşünölen gelişim süreçlerinden birinde, yaşanan soruna o dönem içinde müdahale edilmesi bir sonraki dönemde yaratacağı olumsuz etkileri azaltacaktır.

Bu nedenle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaşanan sorunların yetişkinlik dönemini etkilediği düşünülecek olursa, erken tanı ve tedavi tüm yaşamsal süreci düzenlemek için gereklidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) (2007) yayınladığı "Dünya Akıl Sağlığı" raporuna göre çocuk ve yetişkinlerin tamamının dahil edildiği araştırmada dünya genelinde her beş kişiden birinin yardım alması gereken bir akıl rahatsızlığı yada psikolojik bozukluğu olduğu belirtilmiştir. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırma" sonuçlarına bakıldığında çocuk ve ergenlerin %11, 18 yaş üzeri bireylerin %17,2 oranında ruhsal bozukluğa sahip olduğu görülmektedir (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci, Şimşek, 1998). DSÖ (2007), çocuklarda en sık rastlanan bozuklukların %4 depresyon, %7 anksiyete bozukluğu ve %8,7 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olduğunu tespit etmiştir (DSÖ, 2007). Türkiye'de yapılan araştırma da çocukluk döneminde en sık tanısı konan bozukluk %25,2 gibi yüksek bir oran ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (Aktepe ve ark., 2010). Sonuç olarak bu araştırmanın erken çocukluk dönemini kapsayan yaş aralığına uygulanmasının sebebi, en sık rastlanan bozukluklardan biri olması ile beraber, aile ilişkilerine ve sosyal yaşama olumsuz etki etmesi ve semptomları sebebiyle başka psikolojik bozukluklara neden olmasıdır.

DEHB belirtileri çoğu zaman 3 yaş civarında başlamasına rağmen aileler baş edemeyecekleri düzeyde değilse çocukları için yardım almamayı tercih etmektedir. Çocuk ilkököl birinci sınıfa başladığında okuma, yazma gibi becerileri kazanması beklenir, bu alanlarda zorlandığında ya da hiperaktif ve dürtüsel davranışlarından dolayı sınıf düzenini bozduğunda çoğu zaman öğretmenin yönlendirmesiyle ebeveynler tedavi arayışına girerler. İlk çocukluk döneminde DEHB'nun tespit edilmesi, çocuğun okul işlevlerinde sıkıntı yaşamasını, bu durumdan kaynaklanabilecek olan aile içi problemleri ve çocuğun özgüven zedelenmesini engelleyecektir. DEHB'nun çocuğun ruh sağlığında yaratacağı ciddi hasarlar oluşmadan önce, aileleri konu hakkında bilgilendirmek önem teşkil etmektedir. Bu doğrultuda ilkököl başlamadan önce çocukların değerlendirilmesi ve ilkökölde yaşayabilecekleri muhtemel sorunların önceden tespit edilerek önlem alınması bu araştırmanın amacıdır.

Bu yaş aralığının seçilmesinin diğer nedenleri;

1. 4-6 yaş aralığında çocukların çevreye uyumu ve bireysel bağımsızlığı deneyimlemesi çocuk ve ebeveyn için alışılmadık ve kimi zaman zorlayıcıdır. Bu yeni süreç aile içi ilişkilere ve ebeveynlerin tutumlarına etki edebilir, sürecin olumsuz deneyimlenmesi sonucunda ise çocuğun davranım, sosyal ve okul problemleri yaşamasına sebep olabilir.
2. Çocuk ve ebeveynlerde var olan sorunlar ilk kez okul öncesi eğitim döneminde, okulda yaşanan sorunlarla görülür hale gelir. Çocuk için ilk kez aile içinde strese sebep olan faktörler aile hayatı dışında kendini göstermeye başlar.
3. Okul öncesi eğitim sürecinde çocuğun aktivitelere katılımı, dikkat süresinin yeterli düzeyde olması, dürtüsel ve karşı gelme davranışlarının kontrolünü gerçekleştirmesi beklenir. Ancak DEHB olan ya da semptomlarını gösteren çocuklar bu işlevleri gerçekleştirmekte zorlanırlar.
4. Çocuğun okul öncesi dönemde risk altında olup olmadığının değerlendirilmesi ve önlem alınması, ilerleyen akademik yaşam, aile ilişkileri ve sosyalleşmenin olumlu deneyimlenmesi için gereklidir.

1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tarihçesi

DEHB ilk kez İngiltere tıp literatüründe George Frederic Still tarafından 1902 yılında, “dikkat sürdürülmesinde eksiklik ve nörolojik anormallikler” olarak tanımlanmıştır (Farrow,2006). Ayrıca DEHB “Defect of Moral Control” (kötü çocuklar), “çılgın aptallık”, “dürtüsel delilik”, “yetersiz engellenme” ve “yaramaz çocuk sendromu” olmak üzere birçok farklı şekilde adlandırılmıştır (Farrow,2006). Alexander Crichton Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu tanımlamıştır ancak tanımında bozukluğun hiperaktivite ve dürtüsellik alt boyutlarına yer vermeyerek bozukluğu “Mental Restlessness” (Zihinsel Huzursuzluk) olarak adlandırmıştır (Palmer ve Finger, 2001, Crichton, 1798). Alman literatürüne ise ilk katkıyı Henrch Hofmann 1846’da yazdığı “Fidgety Philp” adlı kitabı ile yapmıştır, bu kitapta DEHB olan çocukların davranışları, sosyal tutumları ve aile içi ilişkileri ayrıntılandırılmıştır (Klauss ve ark., 2010). 1917 yılında ABD’de ortaya çıkan ensefalit salgını belirti benzerliği sebebiyle DEHB’na olan ilgiyi arttırmıştır. Bu sayede, DEHB’nin beyindeki bir örülenme sonucu ortaya çıkabileceği düşüncesi oluşmuştur.

Strauss, 1940 yılında DEHB semptomlarının yalnızca nörolojik ya da iltihabik bir hastalığa bağlı olarak görülmediğini vurgulamıştır. Bu sayede DEHB hakkında yapılan araştırmalara yeni bir boyut kazandırılmış, yapılan çalışmalar artmış ve araştırmaların ışığında bozukluğun adı değiştirilmiştir. Hastalığa minimal beyin difonksiyonu adı verilmiş ve 1950'ler de tedavisinde metilfenidat kullanılmaya başlanmıştır (Cantwell, 1996). Minimal beyin difonksiyonu teriminin klinik tanımlaması 1960'tan sonra genel nörolojik bozukluklar, öğrenme güçlükleri ve bir takım davranış semptomlarını içeren şekilde genişletilmiştir. Öğrenme güçlüğü DSM II'de (1968) ayrı bir kategori haline getirilmiştir. Minimal beyin difonksiyonu 6 semptom (dürtüsellik, hiperaktivite, umursamazlık, dikkat dağınıklığı, kısa dikkat süresi, öfke) ve 3 ana başlık (hiperaktivite, dürtüsellik, dikkatsizlik) altında toplanarak diğer bozukluklardan bağımsız bir şekilde DSM III'te (1980) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu adı ile yer almıştır. (APA, 1980)

1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Prevelansı

DEHB dünya genelinde çocuklara en sık tanısı konulan bozukluktur. (National Institutes of Health, 2012) Araştırmacıların DEHB'na olan yoğun ilgisi sayesinde birçok araştırma yapılmış olsa da araştırmaların sonucunda DEHB'nun sıklığı ve yaygınlığı hakkında ortak bir görüş oluşmamıştır, bunun sebebi farklı yöntemler ve farklı tanı koyma ölçütlerinin kullanılmasıdır. ABD'de yapılan çalışmaların sonucunda, okul çağındaki çocuklarda DEHB'nun %3-7 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (American Psychiatric Association, 2000). DEHB'nun dünya genelindeki yaygınlığı ele alındığında ise %8-12 oranı ile çok daha fazla olduğu görülmektedir (Polanczyk, Limas, Horta, 2007). Aşırı hareketlilik ve dürtüsellikğin ön planda olduğu alt tipin erkeklerde görülme oranı kızlarda görülme oranından 4 kat daha fazladır. Dikkat eksikliği alt tipi ise kızlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir (Öner, Öner, Aysev, 2003). Kız ve erkek çocuklarda görülen yüksek orandaki farkın nedeni DEHB'nun kız çocuklarında sıklıkla dikkat eksikliği alt tipiyle kendini göstermesidir. Dikkat eksikliği alt tipinde dikkatsizlik ve bilişsel zorluklar yaşanır ancak hiperaktivite, dürtüsellik gibi dışa vurulan davranışlar bulunmadığı için ebeveynlerin gözünden kaçır, ihmal edilir veya gerekli önem gösterilmez (Kayaalp, 2008).

DEHB alt tiplerinin incelendiği 3-18 yaş arası 3006 katılımcı ile yapılan araştırmada aşırı hareketlilik-dürtüsellik alt tipinin %2.4, dikkatsizlik alt tipinin %9.9 ve birleşik alt tipin %3.6 oranında olduğu belirlenmiştir (Gadow, Nolan, Litcher, Carlson, Panina, Golovakha, Sprafkin, Bromet, 2000). Bu araştırmalar, çocuklarda dikkat eksikliği alt tipinin daha yaygın olduğunu vurgulamıştır, buna rağmen çevresinden ziyade bireye etki ettiği için diğer alt tiplere göre en az önemsenendir.

Türkiye’de DEHB hakkında yapılan çalışmalar ülkemizdeki yaygınlığı belirlemek açısından yeterli değildir (Güçlü ve Erkıran 2004; Şimşek, Gökçen, Fettahoğlu, 2012, Kandemir 2009). Türkiye’de DEHB’nun yaygınlığı, diğer psikolojik problemler hakkında yapılan araştırmalar sırasında, DEHB ile ilgili elde edilen verilerden çıkarılmaktadır. Ancak yine de Türkiye’de yapılan bu araştırmaları ele aldığımızda DEHB’nun azımsanamayacak yoğunlukta olduğu ve en sık rastlanan bozukluklardan biri olduğu görülmektedir. Türkiye’de çocukluk ve ergenlik (4-18 yaş) döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar hakkında yapılan araştırmada ebeveynlerden elde edilen bilgilere göre DEHB’nun görülme sıklığının %11,3 olduğu tespit edilmiştir (Erol, Şimşek,1998). Diğer çalışmalardan elde edilen bilgiler ise bu oranın %6,5 (Motavalli, 1994) ve %8,6 (Şenol ve Şener, 1998) olduğu yönündedir. Şenol ve İşeri’nin yaptığı araştırmada DEHB belirtileri sebebi ile kliniklere başvuranların 7. sırada olduğu ve yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçlarına benzer olarak DEHB’nin erkek çocuklarda daha sık görüldüğü sonucu elde edilmiştir (Şenol ve İşeri, 2004).

1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi

1960’larda hastalığın biyolojik ve çevresel etkileri tartışılmaya başlanmıştır. Araştırmacıların çoğu tarafından, kalıtımın önemli bir rol oynadığı hastalıkta çevresel etmenler ikinci planda tutulmuştur (Cantwell, 1996). Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamayan hastalığın, diğer birçok bozukluk gibi biyopsikososyal nedenlerin ortak etkisinden ortaya çıktığı düşünülmektedir. DEHB’nin etiolojisinde tek bir hipotez kabul edilmemesine rağmen, birçok hipotezi destekleyen kanıtlar bulunmaktadır, bu kanıtlanabilen hipotezler genetik, doğum sırasında yada sonrasında çeşitli nedenlerle beyin işlevlerinde ortaya çıkan sorunlarla ilgilidir.

Kanıtlanan hipotezlerin bir kısmı ise çevresel sorunları ele almaktadır, bu çevresel etmenler; düşük sosyoekonomik düzey, ihmal edilme, istismara uğrama, model alma, olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmadır (Taylor, Taylor 1995; Weiss 1996). DEHB'nun biyolojik, genetik ve psikososyal etmenlerden ortaya çıkabileceği bilinmektedir, fakat bu etkilerin hangi yollarla bozukluğa sebep olduğunun kesin bilgisine henüz ulaşılamamıştır.

1.5.1. Genetik Etmenler

DEHB'na sebep olan genetik etkiler son yıllarda yoğunlukla araştırmalara konu olmaktadır (Cortese, 2001). DEHB olan çocukların kardeşleri ve ebeveynleri ile yapılan çalışmaların sonucunda genetik etkilerin varlığı kesin olarak tespit edilmiştir (Timimi, 2005). DEHB tanılı bireylerin, ailelerinde DEHB görülme ihtimali %10 ile %35 arasındadır. Kardeşlerde görülme ihtimali %32, ebeveynlerinde DEHB olan çocuklarda DEHB görülme ihtimali %57, ikizler ile yapılan çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde bu ihtimal %50 ile %84 arasında ve çift yumurta ikizlerinde %30 ile %40 arasında olduğu bulunmuştur (Faraone, Biederman, Keenan, Benjamin, Krifcher, Moore, Buckminster, Ugaglia, Jellinek, Steingard 1992). Kardeş, ebeveyn ve evlat edinme hakkında yapılan çalışmaların sonucunda genetik etkilerin varlığı tespit edilmiş olsa da genetik geçişin şekli hakkında kesin bir bilgiye ulaşılamamıştır. DEHB birçok genin etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir bozukluktur. Moleküler genetik çalışmalar D2, D3, D4, D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT) gibi dopamin sistemiyle alakalı genlerin DEHB ile ilgili olduğunu göstermiştir. Bu araştırmalarda en çok D4 ve DAT genlerinin üzerinde durulmuş ve etkilerinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bununla beraber norepinefrin modülasyonunu sağlayan genlerin de DEHB ile ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Dopamin ve norepinefrinin dikkat döngüsü üzerindeki etkileri bilinmektedir dolayısıyla bu sistemde oluşan değişimler dikkat düzenlemesini etkiler (Kayaalp, 2008).

DEHB semptomlarını açıklarken, frontal lob hasarı olan hastalarla yapılan çalışmalarda tespit edilen “yürütücü işlevler” kavramından da yararlanılabilir. Frontal lobun sağladığı “yürütücü işlevler” olarak tanımlanan beceriler; strateji kullanma, öncelik belirleme, organize etme, başlama ve devam ettirmedir (Alpanda, 2010). Bu açıdan frontal lob hasarı olan bireyler ile DEHB olan bireyler benzer semptomlar göstermektedirler. Yürütücü işlevlere etkisi olan diğer beyin bölümleri ise prefrontal korteks, bazal ganglionlar ve talamusu kapsayan kapalı devrelerdir.

Bu kapalı devreler, nörotransmitterler ve dopamin tarafından düzenlenirler (Everett ve Everett, 1999). DEHB belirtilerinin yaş ilerledikçe görünümünün değişmesi, prefrontal devrelerin yetişkinlik döneminde (30 yaşından sonra) olgunlaşması ile açıklanmaktadır. Yetişkinlik döneminde tedavi edilmemiş olursa dahi hiperaktivite azalmakta ancak dikkat eksikliği belirtileri devam etmektedir (Öner, Öner, Aysev, 2003).

DEHB'nun etiyolojisi hakkında yapılan çalışmalarda çevresel ve genetik faktörlerin etkileri kesin olarak kanıtlanamamıştır. Genetik etkilerin tespit edildiği çalışmalardan sonra çevresel etkilerin araştırıldığı çalışmalara verilen önem azalmıştır. DEHB daha önce de belirttiği gibi heterojen bir bozukluktur ve etiyolojisinin kesin olarak belirlenebilmesi için, farklı beyin görüntüleme yöntemlerinin geliştirilmesi veya fenotip sorunu olmayan daha kapsamlı genetik araştırmaların yapılabilmesi gerekmektedir.

1.5.2. Çevresel Etmenler

Çevresel etmenlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sebep olabileceği birçok araştırmacı tarafından düşünülmüş bu nedenle çevresel etmenler ile ilgili kapsamlı araştırmalar yapılmıştır. Araştırmaların sonucunda çevresel etmenler DEHB'na sebep olabilir gibi kesin bir yargıya varılmamıştır. Ancak bir takım çevresel etmenlerin DEHB'na sebep olabileceği tespit edilmiştir.

DEHB gelişimine veya semptomlarının artmasına sebep olduğu düşünülen bazı çevresel etmenler; vitamin ve besin eksikliği, kurşun, besin katkı maddeleri, şeker zehirlenmesi, prenatal ve perinatal sorunlardır. Ancak bu sorunlar hakkında yapılan araştırmaların sonucunda istatistiksel olarak anlamlı verilere ulaşılamamıştır. DEHB'nun perinatal etkenlerle ilişkisi hakkında birçok araştırma yapılmış ve Zapitelli ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları meta-analizde bu konu ele alınmıştır. 2001 yılına kadar olan 30 yıllık 51 çalışmayı incelemiş ve DEHB olan çocukların prenatal, perinatal ve postnatal strese diğer çocuklardan daha fazla maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir (Zapitelli, Pinto, Grizenko, 2001).

Psikososyal yaklaşıma göre bireyin fiziksel ve bilişsel sağlığı ve fonksiyonlarının işlevselliği yalnızca psikolojik faktörlerden değil çevresel faktörlerden de etkilenir.

Psikososyal çevrenin DEHB'na olan etkileri araştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ancak DEHB'nun birincil sebebi olarak değerlendirilmemiştir. Arnold ve Jensen, (1995) psikososyal çevrenin DEHB'na olan etkilerini araştırmış, erken yaşta kayıp yada ayrılık yaşayan çocuklarda DEHB belirtileri ortaya çıktığını görmüşlerdir (Arnold, Jensen, 1995). Taylor (1995) ise yaptığı araştırmada yetiştirme yurtlarında büyüyen çocukların dikkat sürelerinin kısa olduğunu ve aşırı hareketli olduklarını gözlemlemiş ancak çocuklar evlat edinildikten sonra duygusal yoksunluğun azalması ile dikkat sürelerinin arttığını ve aşırı hareketliliğin azaldığını tespit etmiştir. Taylor ve Weiss'in araştırmaları DEHB belirtilerinin ortaya çıkmasında anksiyete ve strese sebep olan olumsuz yaşam olaylarının (travmalar) ve aile içinde yaşanan sorunların etkili olduğunu ortaya koymuştur (Taylor, Taylor, Rutter, 1995; Weiss, 1996).

Biederman ve arkadaşları ise yaptıkları araştırmada çevresel etmenlerin bir etken olduğunu kesin olarak tespit edememişler ancak aile içi çatışmaların, düşük sosyoekonomik düzeyin, aile içinde yasa dışı davranışlarda bulunan bireyler olmasının, annede zihinsel hastalık bulunmasının DEHB olan bireyler de bozukluğun daha belirginleşmesine ve semptomlarının artmasına sebep olduğunu tespit etmişlerdir (Biederman, Faraone ve ark., 1992).

1.5.3. Kalıtsal Etkileşim Modeli

Arnold ve Jensen'in çalışmalarından doğan Kalıtsal-Etkileşim Modeli (İnteraktif-Additif) modern yaşamın günümüzde DEHB'nin artışına sebep olan etkilerini açıklar niteliktedir. Çevresel etmenler karmařıklařtıķça, çevrenin bireylerden istekleri ve çevresel uyaranların miktarı arttıķça DEHB belirtilerinin bireylerde görölme ihtimalide artmaktadır. Arnold ve Jensen araştırmalarında DEHB belirtilerinin, bireyler genellikle stres altındayken, yapılması gereken işler karmaşık olduğunda, yapılandırılmamış yada alışık olmadığı bir durum/ortam içindeyken arttığını tespit etmişlerdir (Arnold ve Jensen, 1995). Genetik bir yatkınlık olmasına rağmen destekleyici, tutarlı ve düzenli bir ortam içinde olan çocuklarda belirtilerin görölmemeye ihtimali vardır. Çocuklara sistemli, düzenli, tutarlı ortamı yaratacak olan ebeveynlerde genetik yatkınlık sebebiyle DEHB belirtilerinin bulunması sağlıklı ev ortamını oluştırmalarının ve gerekli önlemleri alabilmelerinin ihtimalini düşürür. Ev yaşamındaki karmaşık ortam ve durumlar sınırda işlev gösteren çocukta DEHB belirtilerinin tanı konma seviyesine gelmesine sebep olabilir.

Anne ve baba her ne kadar iyi niyetli olsa da, kendilerinde DEHB semptomları varsa evlerinde karmaşık bir düzen oluşabilir. Genetik predispozisyonu olan çocuklar, strese karşı daha duyarlı olduğu için ev ortamından diğer çocuklara göre daha fazla etkilenirler ve DEHB belirtileri tanı konulacak düzeye gelebilir. Ancak yine de eğer yüksek derecede genetik yatkınlık var ise çocukların destekleyici bir düzende bile belirtileri gösterdiği gözlemlenmiştir. Çevresel isteklerin karmaşıklığı ve modern yaşamın aşırı uyarıcılarla dolu olması DEHB'nu tetikleyebilir. Arnold ve Jensen'in araştırmalarının sonucunda değindikleri bir diğer önemli nokta ise televizyon, bilgisayar oyunları, okul sonrasında yapılan etkinlikler ve öz bakım verenin sık değişmesinin dikkat süresini ve kalitesini düşürmesidir. Bunu sonucunda çocukların okulla ve dersler ile ilgili uyarılara yanıt vermede yetersiz kaldığı görülmüştür (Arnold, Jensen 1995). Sonuç olarak, DEHB'nun gün geçtikçe artmasının sebebi modern toplum ve yaşayış stiline insanoğlunun dikkat becerilerinin üstünde olmasıdır (Öncü ve Şenol, 2002).

1.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuklarda en sık tanısı konulan bozukluk olmasına ve genellikle üç yaş civarında belirtilerini göstermeye başlamasına rağmen okul yaşantısı başlamadan önce fark edilmemektedir. Eğitim hayatında ayrıntılara dikkat etme, uzun yazılar okuma, odaklanma, organize olma, ödevlerini takip etme ve zamanında teslim etme, eşyalarına sahip çıkma (kaybetmeme, unutmama), sınıfta oturması beklenen durumlarda yerinde oturma, sırasını bekleme gibi gerekli olan özellikler anaokulunda veya ilkokulun başlangıç yıllarında fark edilir hale gelir ve DEHB tanısı konulur.

1.6.1. DSM – V'e Göre DEHB Tanı Ölçütleri:

DEHB belirtileri DSM-V'te dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt başlıklarında değerlendirilmektedir. DEHB tanısı konulabilmesi için, gelişimsel düzeye uygun olmayan toplumsal ve okul/iş ile ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıdaki altı (yada daha çok) belirtinin en az altı aydır sürüyor olması gerekir.

Dikkat Eksikliği

1. Çoğu zaman ayrıntılara özen göstermez yada okul çalışmalarında (derslerde), işte yada etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden kaçıır ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).
2. Çoğu zaman aldığı görevlerde ya da oyunlarda dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. derslerde, konuşmalar sırasında ya da uzun yazılar okurken odaklanmakta zorlanır).
3. Çoğu zaman doğrudan kendisine doğru konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür (ör. dikkat dağıtıcı unsur olmadığı halde aklı başka bir yerde gibi görünür).
4. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevini, ev işlerini ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak odağı hızlı bir biçimde yitirir ve dikkati dağılır).
5. Çoğu zaman işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. sırayla yapılması gereken görevleri yönetmekte zorlanır, materyalleri ve eşyaları düzenli tutmakta zorlanır, işleri dağınık ve düzensizdir, zaman yönetimi zayıftır, zaman sınırlamalarına uyamaz).
6. Çoğu zaman yoğun zihinsel çaba gerektiren görevlere katılmaktan kaçınır, hoşlanmaz ve bu aktivitelere karşı isteksizdir (örn. okul çalışmaları yada ev ödevlerini; yaşı büyük ergenler ve yetişkinlerde rapor hazırlama, form doldurmayı tamamlama, uzun yazıları, makaleleri gözden geçirmek).
7. Çoğu zaman görevler ya da aktiviteler için gerekli eşyalarını kaybeder (örn. okul materyalleri, kalem, kitap, cüzdan, ödev, anahtarlar).
8. Çoğu zaman dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
9. Çoğu zaman günlük etkinliklerinde unutkanıdır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevularına uymakta).

Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik

1. Çoğu zaman kıpırdanır, elleri ya da ayakları vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.
2. Çoğu zaman oturması beklenen durumlarda yerinden kalkar (örn. sınıfta, ofiste, işyerinde veya oturması gereken durumlarda yerinde oturamaz).

3. Çoğu zaman uygun olmayan ortamlarda ortalıkta koşar ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
4. Çoğu zaman boş zaman etkinliklerine sessiz bir şekilde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
5. Çoğu zaman motor takılmışçasına hareket halindedir (ör. uzun bir süre boyunca restoranda veya toplantılarda yerinde rahat bir şekilde duramaz ya da zorlanır; başkaları tarafından huzursuz ve ayak uydurulması zor olarak algılanabilir).
6. Çoğu zaman aşırı konuşur.
7. Çoğu zaman soru cümlesi tamamlanmadan cevap verir (örn. başkalarının cümlelerini tamamlar, konuşmada sıranın kendisine gelmesini bekleyemez)
8. Çoğu zaman sırasını beklemekte zorlanır. (örn. kuyruk sırasını beklerken)
9. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. dahil olmadığı konuşmaların, oyunların, ya da etkinliklerin arasına girer, başkalarının eşyalarını izin almadan ya da sormadan kullanır, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

Belirtiler yalnızca karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun, verilen görevleri yada yönergeleri anlayamamanın bir dışı vurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. Belirtiler iki yada daha çok ortamda (okul, ev, işyeri) etkilerini gösterir. Belirtilerin toplumsal, okulla yada işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne dair açık kanıtlar bulunması gerekir. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olur (APA, 2014).

DSM V'de semptomların günlük hayatta kendini nasıl gösterdiği örnekler ile açıklanmıştır. Semptomların sebep olduğu işlevsellikteki bozulma alanları, hangi semptomun hangi alana etki edebileceği belirtilerek güçlendirilmiştir. Semptomların sebep olduğu bozulmanın yaş sınırı, yedi yaş öncesi yerine on iki yaş öncesinde az daha olsa fark edilmiş olan semptomlar görülmesi olarak değiştirilmiştir.

Alt tiplerin direkt olarak belirtilmesi gerektiği vurgulanmış ve spesifikleştirilmesi kolaylaştırılmıştır. Komorbid bozukluklardan olan yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmadığı vurgusu kaldırılmış ve mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz sözüne yer verilmemiştir. Kendi ifadeleri doğrultusunda klinik olarak anlamlı boyutta DEHB semptomları gösteren yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde hem dikkat eksikliği hem de aşırı hareketlilik/dürtüsellik semptomlarının altısı karşılanması gerekirken bu sayı DSM-V’de beşe düşürülmüştür. DEHB, DSM-IV-TR’de ‘Bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar’ başlığı altında yer alırken, DSM-V’de ‘Nörogelişimsel bozukluklar’ başlığı altında yer almaktadır, bu değişim beyin gelişimi ile DEHB arasında korelasyon olduğunu yansıtmaktadır (APA 2005, APA, 2013).

1.6.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri

DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) DEHB tanı ölçütlerine göre üç alt tip bulunmaktadır. Bunlar, dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip, aşırı hareketlilik ve dürtüsellüğün baskın olduğu tip ve birleşik tiptir.

Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu Tip

Okula başlayana kadar fark edilmesi zordur. Kızlarda erkeklere göre daha sık rastlanır. DSM-V kriterlerine göre dikkat eksikliği belirtilerinin en az 6’sının, en az 6 aydır sürdüğü ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin görülmediği ya da 6’sından azının görüldüğü durumlarda tanısı konur.

Aşırı Hareketlilik - Dürtüsellüğün Ön Planda Olduğu Tip

Gelişimsel düzeye dikkat edilerek tanısı konulmalı ve yaşa uygun hareketlilik davranışları göz önünde bulundurulmalıdır. Erkek çocuklarda kız çocuklarına göre daha sık görülür. DSM-V kriterlerine göre aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin en az 6’sının, en az 6 aydır devam ediyor olması ve dikkat eksikliği belirtilerinin 6’dan az olması gerekir.

Birleşik Tip

DEHB olan çocuk ve ergenlerin çoğunluğu bu alt tipte yer almaktadır. İki cinsiyette de en sık görülen alt tiptir. DSM-V kriterlerine 3 alt başlığın belirtilerinin en az 6'sının, en az 6 aydır aynı anda görüldüğü durumlarda tanısı konur. Bu belirtiler kişilerin sosyal, ev ve okul yaşantısında ciddi zorluklar yaşamasına sebep olur.

1.6.3. DSM-IV ile DSM-V DEHB Tanı Ölçütleri Farklılıkları

DSM V'de semptomların günlük hayatta kendini nasıl gösterdiği örnekler ile açıklanmıştır. Semptomların sebep olduğu işlevsellikteki bozulma alanları, hangi semptomun hangi alana etki edebileceği belirtilerek güçlendirilmiştir. Semptomların sebep olduğu bozulmanın yaş sınırı, yedi yaş öncesi yerine on iki yaş öncesinde az daha olsa fark edilmiş olan semptomlar görülmesi olarak değiştirilmiştir. Alt tiplerin direkt olarak belirtilmesi gerektiği vurgulanmış ve spesifikleştirilmesi kolaylaştırılmıştır. Komorbid bozukluklardan olan yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmadığı vurgusu kaldırılmış ve mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz sözüne yer verilmemiştir. Kendi ifadeleri doğrultusunda klinik olarak anlamlı boyutta DEHB semptomları gösteren yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde hem dikkat eksikliği hem de aşırı hareketlilik/dürtüsellik semptomlarının altısı karşılanması gerekirken bu sayı DSM-V'de beşe düşürülmüştür. DEHB, DSM-IV-TR'de 'Bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar' başlığı altında yer alırken, DSM-V'de 'Nörogelişimsel bozukluklar' başlığı altında yer almaktadır, bu değişim beyin gelişimi ile DEHB arasında korelasyon olduğunu yansıtmaktadır (APA 2005, APA, 2013).

1.6.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Komorbidite ve Ayırıcı Tanı

DEHB'na sahip olan çocukların birçoğunda başka bir eş tanı daha bulunmaktadır. Nadiren tek başına görülen bir bozukluktur. DEHB çoğunlukla Karşıt Olma Karşı Gelme (KOKGB), Duygu Durum Bozuklukları (DDB), Uyum Bozuklukları (UB), Öğrenme Bozuklukları (ÖB), Metal Retardasyon, Davranım Bozuklukları (DB) ile beraber görülebileceği gibi benzer semptomlara sahip olmaları sebebi ile DEHB ile karıştırılabilmektedir. Alkol, madde kullanımı, yeme bozukluklarıyla da beraber görülebilir. Bu sebeple DEHB tanısı konurken ayırıcı tanılara (başlangıç yaşı, süresi vb.) dikkat edilmelidir. Mental Retardasyonu olan çocuklarda DEHB'na sıklıkla rastlanılır.

Bu durumlarda tanı, zeka yaşı dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtileri bulunduğu zeka yaşından yüksek düzeyde ise tanı konulmalıdır. DEHB'nu DDB ve UB'dan ayıran en temel özellik başlangıç yaşıdır, DEHB belirtileri okul öncesi dönemde kendini göstermeye başlarken, DDB ve UB belirtileri çoğunlukla ergenlik ve yetişkinlik döneminde başlar. KOKGB ve DB, sıklıkla DEHB'na eşlik eder ancak yalnızca DEHB'nda bulunan davranış problemleri ayrı bir tanı konmayacak kadar hafif bir düzeyde görülür. ÖB ile DEHB ele alındığında ise, öğrenme bozukluğu çoğunlukla okuma, yazma ve matematik alanlarından birinde özgül olarak görülürken, DEHB olan birey dikkat eksikliğinden dolayı bu alanların hepsinde genel bir sorun yaşar. Ayrıca DEHB sebep olduğu akademik, sosyal ve davranışsal problemler, aile ve arkadaş ilişkilerinde yaşanan sorunlar dolayısıyla bireyde depresyon veya anksiyete bozukluğuna neden olabilir (APA, 2013).

1.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi

DEHB önceden de belirtildiği gibi yaşam işlevselliğini birçok alanda etkiler. Tedavi sürecine aile, okul, arkadaş ilişkileri gibi yaşamın etkilenen her alanı dahil edilmelidir. Tedavinin ilk hedefi, davranışsal, sosyal ve bilişsel alanlardaki sorunlar üzerinde etki sağlamaktır. DEHB için en etkili tedavi süreci birçok farklı yöntemin birleşiminden oluşmaktadır. Uygulanabilecek çeşitli yöntemlerin başlıcaları psikoterapi, psikososyal destek ve ilaç tedavisidir.

DEHB'nun ilaç tedavisinde Türkiye'de çocuklar için en sık kullanılan Metilfenidat (MPH) %75 oranında başarılı bir etki göstermektedir (Selçuk, 2000). MPH kullanımını 6 yaşından sonra başlamaktadır ancak okul öncesi dönemde tedavinin ileriye dönük olumlu etkileri azımsanmamalıdır ve 6 yaş öncesinde psikoterapi ve psikososyal yöntemler ile tedaviye başlanmalıdır. DEHB alt tipine bağlı olarak aile içinde farklı etkilere yol açabilir. Tedavi sürecinde aile işlevselliğinin hangi alanlarının ne boyutta etkilendiği değerlendirilmeli ve aile işlevselliğindeki sorunların tedavi sürecini olumsuz yönde etkilemesi önlenmelidir.

1.7.1. İlaç Tedavisi

DEHB tedavisinde ilaç kullanımının önemi ve olumlu etkileri 1950'li yıllardan beri kabul görmektedir (Biederman, Monuteaux, Spencer, Wilens, MacPherson, Faraone, 2008).

DEHB ilaç tedavisinde, merkezi sinir sistemini uyaran, antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, anti-konvülzanlar, lityum, klonidin ve guanfasin gibi ilaçlar kullanılır. DEHB tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaçlar Ritalin, Dexedrine, Adderall ve Cylert'dir. Çoğu anne-baba ilaç kullanımına önyargılı olarak yaklaşır, bunun sebebi ilaçların yan etkileri ve kırmızı reçete ile satılıyor olmasıdır (Ercan, Köse, Kutlu, 2012). DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların uykusuzluk, kilo kaybı, çarpıntı, sersemlik, baş ağrısı ve korku hissi yaşama gibi yan etkileri olabilmektedir (Dodson, 2006). Bireye uygun ilaç dozunu belirlemek amacıyla kullanıma en düşük doz ile başlanır ve yan etkilerin en düşük düzeyde tutulması temel alınarak bireye uygun doz belirlenir. İlaçların etki süresi kullanım dozuna, bireysel özelliklere ve ilaç çeşidine göre değişmektedir.

Goldstein ve Goldstein yaptıkları araştırmada tek başına ilaç tedavisinin hiperaktivite, dürtüsellik, saldırganlık, karşı gelme belirtilerinin azalttığını, sosyal ilişkilerin, akademik performansın ve dikkat süresinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığını gözlemlemişlerdir (Goldstein ve Goldstein, 1992). Bazı görüşlere göre yalnızca farmakolojik tedavi uygulanması yeterli olmayabilir çünkü ilaçlar sadece belirtilerin azalmasını ve kontrol altına alınmasını sağlamaktadır (Goldstein ve Goldstein, 1992). Ancak ilaç kullanımı diğer tedavi yöntemlerinin uygulanabilmesine olanak sağlar, bu açıdan büyük bir öneme sahiptir.

1.7.2. Psikoterapi ve Psikososyal Tedavi

İlaç tedavisinin, DEHB semptomlarını azaltmasından sonra DEHB'nun etkilediği yaşam alanları ve bireyin bozukluktan dolayı yaşadığı psikolojik sorunlar tedavi edilmelidir. Tedavi bireylerin hayatında olumlu yönde değişimi vaat eder. Yalnızca ilaç tedavisiyle semptomların azaltılması ya da yok edilmesi yeterli değildir, bireylerin hayatında olumlu yönde değişimi sağlamak psikoterapi ve psikososyal yöntemleri de uygulamayı gerektirir. DEHB sebebiyle hayatlarının birçok alanında sorun yaşayan bireylere psikolojik destek verilmelidir. Selçuk (2000), psikoedükatif müdahaleler dahilinde aile eğitimi, aile terapisi, psikanaliz, davranışsal terapilerin olduğunu belirtmiştir (Selçuk, 2000). Bireyin psikolojik sorunlarının yarattığı etki ilk olarak aile yaşamında görülür. Aile terapisi ve aileye DEHB hakkında psikoedükatif verilmesi tedavinin daha hızlı ilerlemesini sağlayacaktır. Yıpranan aile ilişkilerinin düzenlenmesi, aile işlevselliğinin artırılması hedef alınmalıdır.

DEHB'na sahip bir çocuğun ailesi için yaşam oldukça zorlayıcıdır. DEHB aile içinde olumsuz ruhsal kısır döngüye sebep olabilir. Terapistler aile terapileri ile bu döngü hakkında farkındalık kazandırmalı, anne ve babaların yaşadığı anksiyete üzerinde çalışmalıdır. Aile terapileri ile sınır koyma, sorumluluk kazandırma, ev yaşamının düzenlenmesi gibi hiperaktivite ve dürtüsellikten etkilenen alanlara müdahale edilebilir.

Everett ve Everett (1999), yaptıkları araştırma ile psikoeğitim olarak ebeveynlerin çocuklarının davranışlarını nasıl denetleyebileceklerini ve nasıl daha doğru iletişim kurabileceklerini öğrendiklerinde çocuklarındaki semptomların azalmasına destek sağlayabildiklerini tespit etmişlerdir (Everett ve Everett, 1999). Davranışsal terapide çocuklara bireysel çalışmalar uygulanır bu yöntemler ile elde edilmesi hedeflenenler; duygularını ifade edebilme, davranışlarının sonuçlarının farkına varabilme ve davranışlarını kontrol edebilmedir (Selçuk, 2000).

Aile yaşamından sonra DEHB semptomlarının çocukların hayatını en çok etkilediği alan okul yaşamıdır. Tedavi sürecinde okul ile işbirliği yapılmalıdır. Okulda ve sınıfta bazı düzenlemeler yapılmalıdır. Çocuğu sınıfta ön sırada oturtmak, dış uyaranlardan uzaklaştırmak amacıyla kapı ve pencere kenarlarında oturtmamak gibi düzenlemeler için öğretmenlerin desteği gerekmektedir. Ayrıca öğretmenin ders esnasındaki uyarılarının, çocuğa olan tutumunun nasıl olması gerektiği rehber öğretmen veya psikolog tarafından ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Öğretmen de aile gibi bilgilendirilerek, ev ve okul yaşamında ortak bir tutumun gerçekleştirilmesi sağlanmalı ve tutarlı olunmalıdır. Yapılan bu müdahalelerle DEHB semptomlarının azalma süreci hızlandırılacaktır. DEHB olan çocuklar kolaylıkla arkadaşlık ilişkileri kurabilirler ancak bu ilişkileri yürütmekte sorun yaşayabilirler. Çocuk ve ebeveynlerine verilecek psikoeğitimler ile sosyal alanlarda yaşanan bu gibi sorunlara müdahale edilmelidir (Goldstein ve Goldstein, 1992). Eğitimlerin içeriğinde arkadaşlık ilişkilerini sürdürebilmek için gerekli olan dinleme, uygun bir şekilde sohbet katılma ve sonlandırma, empati kurma, yönergeleri takip etme, oyun oynama, paylaşım gibi birçok becerinin geliştirilmesi yer almalıdır. İlişkiler için gerekli olan tutum ve davranışlara karşı farkındalık, çocuğa oyun terapisi veya bilişsel davranışçı terapi yöntemleri ile kazandırılabilir. Davranış değiştirme DEHB tedavisinde sıklıkla kullanılan yaklaşımlardan biridir.

Fabiano ve arkadaşları (2008) yaptıkları meta analiz çalışmasında davranış değiştirme yönteminin DEHB tedavisinde oldukça etkili bir yöntem olduğunu tespit etmişlerdir (Fabiano, Pelham, Coles, Gnagy, 2008). Davranış değiştirme yöntemi, fiziksel ve sosyal çevreyi uygun hale getirerek istenmeyen davranışı istenen davranış ile değiştirmeyi amaçlar.

1.7.3. Multidisipliner Tedavi

Multidisipliner yaklaşım, DEHB'nu tıbbi, psikososyal ve okul işlevselliği olarak üç ana yönden ele alır. Bu sebeple multidisipliner tedavide üç yöntem bir arada kullanılır. Tıbbi yöntem ile çocuğun hangi DEHB alt tipine sahip olduğu belirlenir. Psikososyal yaklaşım ile davranışsal tedavi yöntemlerini uygulamak hedeflenir. Üçüncü alanda ise çocuğun eğitim hayatındaki sorunlar tespit edilir, bozulma alanlarına düzenleme yapılır ve öğretmenlerin bozukluk hakkında bilgilendirilmesi sağlanır.

Bu bilgilerin ışığında DEHB tedavisinde aile eğitimi, okul ve ev yaşamının tutarlı olmasının; ebeveyn, öğretmen ve klinisyenin bir arada etkileşimli olarak çalışmasının tedavinin temel taşıını oluşturduğunu söyleyebiliriz. Bu çok yönlü tedavi yöntemi ile hayatın her alanına müdahale sağlanması tedaviyi olumlu yönde etkilerken, tedavi sürecinin hızlanmasını da sağlayacaktır.

BÖLÜM II

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE İŞLEVSELLİK

2.1. Sosyal Problemler

Sosyal etkileşim, yaşam boyu süren, bireyin yaşayışını, benlik algısını, hayata ve insanlara bakış açısını etkileyen bir kavramdır. DEHB bireylerin sosyal becerilerini zayıflatan bir bozukluktur. Sosyal beceriler zeka, kişilik, dil, algı, tutum ve davranış gibi birçok kavramla ilişkilidir. Sosyal etkileşim ise belirli sözel ve sözsüz davranışlardan oluşur. Gentschel ve McLaughlin'in de vurguladığı gibi DEHB'nun sebep olduğu sosyal problemler kimi zaman 'sosyal bir bozukluk' olarak tanımlanmasına neden olmuştur (Gentschel ve McLaughlin, 2000). DEHB olan çocukların sosyal ortamlardaki dürtüsel, saldırgan, kurallara uymayan hallerinden dolayı çoğu zaman uyum problemleri yaşadıkları gözlemlenmiştir. Aşırı hareketlilik/dürtüsellik semptomları ve dikkat sorunları sebebiyle sağlıklı sosyal ilişkiler kurmakta zorlanırlar.

Dikkat problemlerinden kaynaklanan sorunlardan biri konuşmalara veya ortak oynanan oyunlara odaklanmamalarıdır. Bu durum arkadaşlık ilişkilerini yürütmelerini zorlaştırır. Yeni arkadaşlık ilişkileri kurmakta sorun yaşamasalar da bahsedilen sebeplerden ötürü ilişkilerini yürütmekte güçlük çekeler. Çocukların yaşadığı sosyal problemler en aza indirilmeye çalışılırken dikkat edilmesi gereken noktalardan biri de, yeni bir ortamda yeni ilişkiler kurmanın onlar için oldukça zorlayıcı olduğu gerçeğidir (Goldstein ve Goldstein, 1992). Anaokuluna başlama, ilkokula başlama, okul değiştirme, sınıf öğretmenin değişmesi gibi çocuğun hayatında önemli etkiler yaratabilecek bu yenilikler, DEHB olan bir çocuğun yeni ilişkiler kurmakta zorlanması diğer çocuklara göre daha fazla sosyal problemler yaşamasına sebep olur. Barkley ve arkadaşları (1990) yaptıkları araştırmada DEHB olan çocukların %50 ile %60 arasındaki bir oranda arkadaşları tarafından dışlandıklarını tespit etmişlerdir (Barkley, Russell, DuPaul, George, McMurray, Mary, 1990).

Goldstein ve Goldstein ise DEHB olan çocukların sosyal problemlerini en fazla etkileyen sorunun %30-%40 oranında saldırgan davranışları olduğunu belirtmişlerdir (Goldstein, 1992). DEHB'nun aile içi ilişkileri de büyük ölçüde olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu sorunları azaltmak için aile içi ve sosyal yaşam sorunlarını düzeltmek adına alınan psikolojik desteğe, ilişki düzenleme hakkında psikoeğitimler eklenmelidir. DEHB olan bireylerin yaşadıkları sosyal etkileşim problemlerine sebep olan davranış problemleri düzenlendiğinde aile ve arkadaşlık ilişkilerinde kayda değer değişim ve gelişimler sağlanır.

2.2. Davranış Problemleri

Davranışlar yaşamın erken yıllarında sosyal öğrenme yöntemi ile kazanılır ve birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterir. Bunlar; kişinin zeka düzeyi, kültürü, yetiştirilme tarzı, mizacı, algısı ve tutumunu kapsayan özellikleridir. Öğrenilen davranışlar sosyal geri bildirimler ile pekişir ve yaş ilerledikçe oturmaya başlar. Buna rağmen davranışlar çoğu zaman çevresel durumlardan, ortamın koşullarından etkilenir ve ona göre farklılık gösterebilir. Ancak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bir birey öğrendiği 'olması gereken' davranışı bilmesine rağmen çoğu zaman onu uygulayamaz. Bunun sebebi dürtüselliğin sebep olduğu düşünmeden hareket etme, hiperaktiviteden kaynaklanan hızlı ve ani hareketlerdir. Goldstein ve Goldstein (1992) hiperaktivitenin bir etkileşim bozukluğu olduğunu öne sürmektedir. Bunun sebebi DEHB olan çocukların davranışlarının başkalarına olan etkisini düşünmeden gerçekleştirmeleridir. (Goldstein ve Goldstein, 1992) Dürtüselliğin ve hiperaktivitenin sebep olduğu kendi istek ve ihtiyaçlarını bir an önce gerçekleştirme arzusu davranışlarına hükmeder. Bu sorun aile, öğretmen ve arkadaş ilişkilerinin yıpranmasına sebep olur. Düşünmeden hareket etmek, karşılaşılabilecek sonucun göz önünde bulundurulmasını ve önceden değerlendirilmesini engeller. Fiziksel ve duygusal hasarlara mal olabilecek bu durum DEHB olan bireyde içe yönelim veya dışa yönelim bozukluklarının ortaya çıkmasını tetikleyebilir ki, DEHB ile dışa vurum bozuklukları çoğu zaman bir arada görülmektedir. Bu konu hakkında araştırma yapan Quay (1986) sosyal beceriler ile dışa vurum bozuklukları (hiperaktivite, saldırganlık, davranış bozukluğu gibi) arasında güçlü bir ilişki olduğunu vurgulamıştır. Ancak içe yönelim bozuklukları ile sosyal etkileşim arasında depresyon dışında bir ilişki olmadığını tespit etmiştir (Merrell ve Gimpell, 1997).

Bandura'da (1977) davranış problemlerinden kaynaklanan sosyal etkileşim sorunlarının, bireyde daha fazla davranışsal ve duygusal problemlere yol açtığını belirtmiştir (Bandura, 1977). Bandura'nın (1977) Sosyal Öğrenme Kuramına göre, gözlem yolu ile öğrenmenin dört ana süreci vardır. Bunlar dikkat etme, hatırlama, davranışa dönüştürme ve güdülemedir. DEHB olan bireyler için bu aşamalar diğer bireylere göre daha zorlayıcı bir şekilde deneyimlenir. Bu sebeple DEHB olan çocuklara sosyal davranışlar öğretilirken, öğretilen davranışın tekrarlanmasına, basit, açık ve ilgi çekici olmasına özen gösterilmelidir. Öğretilen davranışın çocuk tarafından hatırlanabilmesi için, davranış sözel veya görsel olarak sembolize edilmelidir. Öğrenileni davranışa dökme aşamasında, çocuk davranışı gerçekleştirdikten sonra geribildirim verilmeli, bu geribildirimler açık, net ve çocuğun anlayabileceği bir seviyede olmalı, bu sayede davranış pekiştirilerek ilerleyen zamanlarda tekrarlanması sağlanmalıdır. Bu pekiştirmeler ile davranış sonucunda elde edilen tepkiler, çocukta yeniden aynı tepki ile karşılaşma yada karşılaşmama isteği doğuracağından dolayı güdülenme gerçekleşecektir (Bandura, 1977). Bandura'nın (1977) davranışsal gelişim hakkında sosyal öğrenme kuramında değindiği bir diğer önemli nokta ise çocukların kendini düzenleme ve güdüleme becerileridir. DEHB olan çocuklar kendini düzenlemede, işlerini organize etmede ve eşyalarına hakim olma konusunda sıkıntı yaşarlar. Ayrıca dışsal kontrol olmadan, hedef belirlemek, hedefleri doğrultusunda hareket etmek, plan yapmak, hatalarını değerlendirmek ve onları düzenlemek konusunda zorlanırlar. Kendini güdüleme ise, bireyin ortaya çıkardığı başarılı işlerinden dolayı kendini ödüllendirmesidir.

Çocukluk çağında elde edilen sosyal ödüller önemli iken, yaş ilerledikçe ve birey sosyal açıdan olgunlaştıkça içsel ödüller önem kazanır. Sosyal ödüller para, hediye, olumlu söz ve davranışlardır, içsel ödüller ise kendinle gurur duymak, kendini başarılı hissetmek gibi bireysel geribildirimlerden oluşur (Muuss, 1996). DEHB olan bireyler, yaşadıkları kendini düzenleme, hedef belirleme, davranış öğrenme zorluklarından dolayı çocukluk döneminde sosyal ödüllerinden mahrum kalırken yetişkinlik döneminde de içsel ödüllerden mahrum kalırlar. Kendini başarılı hissetmek birçok birey için oldukça değerlidir, hatta Maslow'un (1943) kendini gerçekleştirme teorisine göre bireyin yaşam amacıdır (Maslow, 1968). DEHB olan bireylerin bu problemleri yaşamaması ya da en düşük düzeyde yaşaması sağlanabilir, ancak erken tanı ve tedavi ihmal edilmemelidir.

2.3. Okul İşlevleri

Okul işlevleri arkadaşlık ve öğretmen ilişkilerini, ders başarısını, okul kurallarına uymayı, tamamlanması gereken görevleri zamanında tamamlamayı ve diğer beklenen davranışları kapsar. Davranışsal ve sosyal problemler yaşam işlevlerine etki ettiği gibi okul işlevlerine de (kurallara uyma, zamanında ödev teslim etme, okul gereçlerini kaybetmeme, arkadaşlık ilişkileri kurma ve yürütme vb.) etki eder. Okuldaki sosyal yaşamda işlev gösterebilmek için davranışsal beceriler gerekirken, akademik başarı için de bilişsel beceriler (dikkat süresi, hatırlama, vb.) gerekmektedir. Dikkat eksikliği olan bir çocuk okulda kendi gelişim düzeyine uygun performans gösterebilmek için diğer çocuklara göre daha fazla çaba harcar. Okul öncesi dönemin son yılında çocuğun okula başlamaya hazır olup olmadığı psikiyatrist tarafından değerlendirilmeli, eğer gerekiyorsa ilkokula başlama bir yıl ertelenmelidir. DEHB olan çocuklar, okul işlevleri alanında risk grubundadır, gerekli önlemler alınmaz ise yaşayabilecekleri durumlar; disiplin cezası almak, başarı algısının düşük olması, özgüven problemlerinin oluşması, sınıfta kalmak, kendilik algısında bozulma, okuldan atılmak olabilir. Pazvantoğlu ve arkadaşlarının (2014) yetişkinler ile geriye dönük yaptıkları araştırmalarında DEHB tanısı alan bireylerin okul veya iş yaşamlarında en az bir kez disiplin cezası aldıklarını veya fiziksel travma yaşadıklarını tespit etmişlerdir (Pazvantoğlu, Akbaş, Sarısoy, Baykal, Korkmaz, Karabekiroğlu, Böke, 2014). Türkiye’de yapılan bir başka araştırmada DEHB olan çocukların okul hayatında sene kaybının DEHB olmayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Doğan, Öncü, Küçükgöncü, 2009). DEHB tanısı olan yetişkinlerle yapılan geriye dönük bir başka çalışmada bireylerin okul dönemlerinde daha fazla ders başarısızlığı yaşadıkları, sınıfta kaldıkları, düşük eğitim düzeyine sahip oldukları, okuldan atıldıkları ya da disiplin cezası aldıkları belirlenmiştir (Barkley, 1998). Bilindiği üzere okul işlevleri bireyin hayatında birçok açıdan önem teşkil eder. İlk kez aile dışındaki bireylerle ilişkilerin kurulduğu, çocuğun kendi sosyal yaşamını oluşturduğu, davranışlarını sosyal normlara göre düzenlemeyi öğrendiği, akademik başarı elde ettiği, kendilik algısının geliştiği ve kişiliğin olduğu ergenlik yıllarını en yüksek derecede etkileyen okul yaşamı bireylerin geleceğini oluşturur. DEHB olan çocukların tedavisinde okul yaşamının düzenlenmesi en az ev yaşamının düzenlenmesi kadar önemlidir. Çocuklar zamanının çoğunu okulda geçirirler ve geleceğinin temellerini burada atarlar. DEHB olan bir çocuğun okul hayatındaki risk faktörlerini en aza indirmek geleceğinin oluşumunda olumlu etkiler sağlayacaktır.

BÖLÜM III

EBEVEYN TUTUMLARI VE AİLE İŞLEVSELLİĞİ

3.1. Araştırmada İncelenen Ebeveyn Tutumları

Tutumlar yaşamın ilk yıllarından itibaren çevreden etkilenecek oluşmaya başlar. Davranışların gözlemi yoluyla kendini belli eden tutumlar, doğrudan gözlemlenemez ancak davranışların yönünü belirler. Tutumların nasıl oluştuğunu açıklayan birçok kuram bulunmaktadır. Bunların en bilindik olanları Freud ve Erikson'un gelişim kuramlarıdır. Freud'a göre kişilik yaşamın ilk yıllarında deneyimlenen 5 ana gelişim aşamasında oluşur. Bu aşamalar temel güvenin oluştuğu ilk evre olan oral dönem ile başlar, özerkliğin kazanıldığı anal dönem, cinsel kimliğin kazanıldığı fallik dönem, girişimciliğin kazanıldığı latent dönem ve üretkenliğin kazanıldığı genital dönem ile tamamlanır. Bu dönemlerde yaşanan olumsuz deneyimler, bireylerin normal olmayan davranış biçimlerine sahip olmalarına sebep olabilir. Yaşanılan dönemlerin sorunsuz tamamlanması ebeveynlerin tutumlarına ve çocukların ebeveynleri ile olan etkileşimine bağlıdır. Erikson gelişim sürecini 8 aşamada değerlendirmiştir, bunlar güvene karşı güvensizlik, bağımsızlığa/özerkliğe karşı utanç, girişkenliğe karşı suçluluk, başarıya/yapıcılığa karşı aşağılık duygusu/yetersizlik, kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası, yakınlığa karşı yalnızlık, üretkenliğe karşı durağanlık ve ego bütünlüğüne karşı umutsuzluk aşamalarıdır. Erikson'a göre gelişim aşamaları birbirine bağlıdır, bir dönemde atlatılmayan kriz sonraki döneme etki eder. İki kuram arasındaki en temel fark, Freud'a göre birey atlatamadığı gelişim dönemine takılı kalır; Erikson'a göre ise çocuk diğer gelişim aşamalarına devam eder ancak deneyimlenen krizler bir sonraki dönemlere aktarılır (Mitchell, Black, 1995). İki kuram arasında en temel benzerlik ise bireylerin kişiliklerinin yaşamın ilk yıllarında ve ebeveynlerle olan etkileşimden oluştuğunu vurgulamasıdır. Çocukların ileriki yaşlarında aile bireyleriyle, akranlarıyla ve diğer yetişkinler ile kuracakları iletişim ve onlara olan tutumlarının sağlıklı olması, ebeveynlerin çocuklarının ilk yıllarında olan tutum ve davranışları ile doğru orantılıdır (Ekşi, 1999).

Sullivan'ın (1920) kendilik kuramına göre çocuk, ebeveyninin kendisine yaklaşımını belli eden yansımalarından (davranış, tutum, ses tonu, vücut dili) fazlasıyla etkilenir. Ebeveynlerin çocukları üzerindeki etki boyutuna “Çocuğun kişiliğinin taslağı ebeveynlerin kaygısının asidi ile keskin bir biçimde eritilerek şekillendirilir.” cümlesi ile dikkat çekmiştir (Mitchell ve Black, 1996). Çocukların davranış ve tutumları kazanmasını açıklayan bir diğer kuram ise öğrenme kuramıdır. İnsanlar karşı çıkılmayan, cezalandırılmayan, ödüllendirilen, pekiştirilen davranışları kazanma eğilimindedir. Bu şekilde çocukluk döneminde toplumsal yönden kabul edilen ve kabul edilmeyen davranışlar öğrenilir ve zamanla süreklilik kazanırlar.

Öğrenme kuramının bir diğer ögesi ise model almadır, çocuk ebeveynlerinin tutumlarını model alma yolu ile kazanır ve bu davranışları sergiler. Bu görüş pek çok araştırma ile kanıtlanmıştır. Özellikle kişiliğin oluştuğu yaşamın ilk 6 yılında anne ve babaların tutumlarının, çocuklarının davranışlarına olan etkileri araştırıldığında, tutarsız ve olumsuz tutuma sahip olan ebeveynlerin çocuklarında davranış problemleri olduğu görülmüştür (Turan, 2004). Çocuk yetiştirme ve ebeveynlik tutumu hakkında her anne baba kendi yetiştirme tarzından da etkilenen belli bir yaklaşıma sahiptir. Anne baba farklı tutumlara sahip olabilir, ebeveynlerden biri bir takım sebeplerden ötürü (yaşam olayları) zaman zaman tutumunda değişiklik gösterebilir veya bir ebeveyn iki çocuğuna farklı tutum sergileyebilir bu gibi tutarsızlıklar çocuğun zihninde karmaşaya ve davranışlarında tutarsızlığa sebep olabilir. Ebeveynlerin tutumları çocukların psikososyal gelişimlerini birçok açıdan önemli ölçüde etkilemektedir (Senemoğlu, 2009). Çocukların psikososyal gelişimindeki etkenleri ele alan Yavuzer (2008) yaptığı çalışmada çocuklarda görülen uyum bozukluğunun, ebeveynlerin çocuk ile olan ilk etkileşimlerinden ve genel tutumlarının yetersizliğinden kaynaklandığını tespit etmiştir (Yavuzer, 2008). Ebeveyn tutumları birçok araştırmacı tarafından ele alınmış ve farklı şekillerde sınıflandırılmıştır (Baumrind, 1967; Steinberg, Lamborn, Dornbusch, Darling 1992; Yörükoğlu, 1978). Ebeveyn tutumlarını ele alan araştırmacılardan Baumrind (1960), ebeveyn tutumlarını izin verici/aşırı hoşgörülü, baskıcı/otoriter ve demokratik/ılımlı tutum olmak üzere üç ana başlığa ayırmıştır. Steinberg ve arkadaşları (1994) tutumları dört farklı şekilde ele almış ve otoriter/baskıcı, demokratik, hoşgörülü ve ihmalkar olarak sınıflandırmıştır (Hale, 2008). Türkiye’de Yörükoğlu (1978) diğerlerinden farklı olarak ebeveyn tutumlarını sıkı, gevşek, tutarsız ve demokratik tutum olarak adlandırmıştır (Yörükoğlu, 1978).

Farklı adlandırmalar kullanılmış olsa da genel olarak tutumların içerikleri benzerlik göstermektedir. Araştırmacıların benzer görüşleri doğrultusunda ebeveyn tutumları aşırı hoşgörölü, aşırı koruyucu, baskıcı, demokratik, reddedici ve tutarsız tutum olarak sınıflandırılabilir. Bu araştırmada Arnold ve arkadaşları tarafından geliştirilen ebeveyn tutum ölçeği kullanılmıştır. Ölçek ebeveynlerin disiplin sağlamada kullandıkları üç yanlış tutumu ele almaktadır. Bunlardan ikisi Baumrind'in ebeveyn tutumları ile paralel olan otoriter tutum ve aşırı hoşgörölü tutumdur, üçüncüsü ise Baumrind'in ele almadığı aşırı koruyucu/ müdahaleci tutumdur (Karazsia, Dulmen, Wildman, 2007).

Otoriter Ebeveyn Tutumu (Overreactivity)

Ebeveynlerin çocuklar üzerinde katı ve baskıcı tutuma sahip olduğu, ilgi, şefkat ve hoşgörölü seviyesinin düşük olduğu tutum biçimidir. Aile içinde eşitlikçi bir yaklaşım yoktur, çocuk yalnızca ebeveynlerinin istekleri doğrultusunda hareket eder. Bu ebeveyn tutumunda çocuk ile ebeveynler arasında iletişim eksikliği vardır. Çocuk istek ve arzularını çoğu zaman dile getiremez ve duygularını açığa çıkarmaktan çekinir (Baumrind, 1966). Çocuğun davranışları ebeveynleri tarafından belirlenir ve özerklik kazanmasına izin verilmez. Bu sebeple bu ebeveyn tutumu çocukların kendi düşüncelerine, inançlarına ve duygularına yer vermez, çocuk fikir beyan edemez ve hakkını arayamaz bir hale gelir. Bu tutumdaki ebeveynler çocuğun özgüvenin düşük olmasına sebep olur (Sertelin, 2003). Çocuk, ebeveynlerinin beklentileri doğrultusunda hareket etmezse, ağır cezalar alır hatta kimi zaman otoriter ebeveyn tutumuna sahip ailelerde fiziksel şiddet uygulandığı görölmektedir. Otoriter tutumda ebeveynler genellikle çocuklarına psikolojik şiddet (suçlama, aşağılama, ayıplama, korkutma vb.) uygularlar. Çocuk bu durumlara maruz kalmaktan sürekli korkar ve ebeveyn çocuk ilişkisinde gerginlik yaşanır (Yörükoğlu, 1978). Otoriter tutumla yetişen çocukların anksiyete ve ilişki problemleri yaşadıkları kanıtlanmıştır. Baumrind'in okul öncesi çocuklarla yaptığı araştırmada otoriter tutumla yetişen çocukların diğer çocuklara göre daha depresif, kaygılı oldukları ve ilişki sorunları yaşadıkları görölmüştür (Hale, 2008). Türkiye'de ebeveyn tutumları hakkında yapılan araştırmalarda otoriter tutumun yaygın olduğu tespit edilmiştir (Yavuzer, 2006). Çocuğunda DEHB olan ebeveynlerin aşırı hareketliliği ve dürtüsel davranışları kontrol edebilmek adına otoriter tutum gösterdikleri düşünölebilir.

Aşırı Hoşgörülü Ebeveyn Tutumu (Laxness)

Aşırı hoşgörülü tutum otoriter tutumun tersi olarak ele alınabilir. Aşırı hoşgörülü ebeveyn stilinde anne baba çocuğa hiçbir koşulda ceza vermez; kabullenicidir. Çocuğun yaşamını kendi istekleri doğrultusunda belirlemesine hak tanınır, aile içindeki kurallar, nedeni açıklanarak kimi zamanda beraber oluşturularak uygulanır. Çocuğa sorumluluk verilmez ve sınır konulmaz. Çocuk toplumsal kurallara uymaya teşvik edilmediği ve denetlenmediği için ev yaşamı dışındaki ilişkilerinde sorunlar yaşar (Baumrind, 1966). Ev yaşamında her istediği gerçekleşen çocuk, diğer yaşam alanlarında da aynısının gerçekleşmesini beklerken sosyal çevresi tarafından bencil olarak değerlendirilebilir ve içsel olarak çelişkiye düşer. Aşırı hoşgörülü tutumla büyüyen çocuklar sosyal yaşamda kendilerine daha az güvenirliler (Yavuzer, 2008). Aşırı hoşgörülü tutuma sahip ebeveynler kimi zaman otoriter davranışlar sergilemek isteseler de kararsız kalarak bu davranışı tutarlı bir biçimde sergileyemezler. Bu bağlamda çocuklarına sınırsız sayıda hak tanır ve çocuklar ev içerisinde hiçbir kural olmadan büyürler (Yörükoğlu, 1978).

Ev içerisinde kural ve sınırların bulunmaması çoğu zaman çocukların bilinmezlik içinde olduklarını düşünmelerine ve güvensizlik duymalarına sebep olur. Çocuklar korunmasız hissettiklerinde bir otoritenin gücüne ihtiyaç duyarlar. Eğer hayatlarında güçlü, tutarlı, öğretici ebeveynler olmazsa kendilerini güvende hissetmekte zorluk yaşarlar. Aşırı hoşgörülü tutum bir açıdan boş vermişlik ile karıştırılabilir, hiperaktif/dürtüsel semptomları gösteren çocukların ebeveynleri, kural ve sınırlar koymaya çalışırlar ancak bir zaman sonra yorgun düşer ve baş edemedikleri için kendilerini gidişata bırakabilirler.

Aşırı Koruyucu/ Müdahaleci Ebeveyn Tutumu (Verbosity)

Arnold'ın ele aldığı bir diğer disiplin sağlama tutumu ise ebeveynlerin aşırı sözel uyarıda bulunduğu tutum şeklidir. Ebeveynlerin gerekli olmayan durumlarda bile aşırı sözel uyarıda bulunması, çocuğun istemeyen davranışlarına karşı uygun olmayan düzeyde, kasıtsız bir şekilde sözel geri bildirimlerde bulunduğu tutum biçimidir. Arnold'ın tanımladığı *Verbosity* alt boyutu kimi araştırmalarda çıkarılarak ölçeğin geri kalanı kullanılmıştır. Bunun sebebi aşırı ve gereksiz sözel uyarıda bulunan ebeveyn stilinin diğer araştırmacıların değinmediği bir tutum biçimi olmasıdır. İçeriği incelendiğinde aşırı müdahaleci tutumla bazı alanlarda benzerlik göstermektedir.

Türkçe terim karşılığı bulunmayan *Verbosity* bu araştırmada temsilen *Aşırı Müdahaleci* tutum olarak adlandırılmıştır (Tüfekçi, Deniz, 2013; Karazsia, Dulmen, Wildman, 2007; Rodriguez, 2010; Arabgol, Shooshtari, Panaghi, 2014; Baumrind, 1966; Arnold, 1993; O'Leary, Rhoades, 2007).

Aşırı müdahaleci tutum, anne babaların çocuklarına gereğinden fazla özen ve ilgi gösterdiği ebeveynlik stilidir (Baumrind, 1966). Bu tutumda anne babalar, çocukları istek ve ihtiyaçlarını dile getirmeden yerine getirmeye, çocuğu yerine/adına düşünmeye eğilimlidir. Ebeveynlerin, çocuğun istek ve ihtiyaçlarını dile getirmeden yerine getirmesi, çocuğun isteklerine olan farkındalığını, istekleri doğrultusunda hedef saptamasına ve bu yoldaki davranışlarını belirlemesine izin vermez (Demiriz, Öğretir, 2007). Ebeveynin aşırı koruyucu ve müdahaleci tutumu çocuğu, ebeveyne bağlı hale getirir, çocuğun bilişsel ve psikolojik gelişiminde aksaklıklara sebep olur. Bu yetiştirme tarzında büyüyen çocukların öz bakım ve çözüm üretme becerileri gelişmez. Bireysel başarıyı deneyimlemesine izin verilmeyen çocuk özgüven problemleri yaşar ve yaşam boyu bir başka bireye bağlanma ihtiyacı duyar (Yavuzer, 2008). Aşırı koruyucu tutumla yetişen çocuk, ebeveynlerine olan bağımlılığından dolayı ilkokula başlamakta zorlanır, okulda öz bakımını gerçekleştirmede sorunlar yaşar ve kendini korumada güçlük çeker (Demiriz, Öğretir, 2007; Turner, Haris, 1984). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bir çocuk kendini korumada, davranışlarının sonuçlarını hesaplayamadığı için zorlanır, bu durum ebeveynlerde aşırı müdahaleci bir tutum gelişmesine sebep olabilir. Ayrıca unutkanlık, dağınıklık, aşırı hareketlilik gibi diğer semptomların yaşama olan olumsuz etkileri ebeveynlerin daha fazla sözel uyarı kullanmasına neden olabilir.

3.2. Ebeveyn Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Ebeveyn tutumlarının farklılık göstermesinin çeşitli nedenleri vardır, bunlardan bazıları çocuğun yaşı, cinsiyeti, mizacı ve davranışlarıdır. Diğerleri ise ebeveynin yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, kültürü ve eğitim düzeyidir (Grusec, 2002). Ebeveyn tutumlarını etkileyen faktörler hakkında birçok araştırma yapılmıştır. Şanlı ve Öztürk araştırmalarında tutumu etkileyen faktörlerin annenin çalışma hayatındaki varlığı, anne ve babanın eğitim seviyesi, yaşları ve sosyoekonomik düzeyleri olduğunu tespit etmişlerdir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi yükseldikçe uyguladıkları sıkı disiplinin ve itaat beklentisinin azaldığı görülmüştür (Şanlı ve Öztürk, 2012).

Çalışan annelerin daha fazla demokratik tutuma sahip olduğu Bornstein ve Zlotnik'in araştırmasında da vurgulanmıştır (Bornstein ve Zlotnik, 2008). Aynı çalışmada ebeveynlerin sosyoekonomik düzeye göre farklılıkları değerlendirildiğinde, aynı sosyoekonomik düzeyde olan ebeveynlerin çoğunlukla aynı ebeveynlik tutumuna sahip olduğu, alt sosyoekonomik düzeydeki ebeveynlerde çoğunlukla otoriter tutum, orta sosyoekonomik düzeydeki ebeveynlerde çoğunlukla demokratik tutum ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki ise ebeveynlerde aşırı hoşgörölü tutumun uygulandığı görülmüştür (Bornstein ve Zlotnik, 2008). Russel ve arkadaşları araştırmalarında ebeveynlerin cinsiyetine göre tutum farklılıklarını incelediklerinde, annelerin babalara göre daha fazla demokratik tutum sergilediğini tespit etmişlerdir. Araştırmadan babaların çoğunlukla otoriter tutum ve annelerin de daha anlayışlı bir tutumda olduğu sonucu çıkarılmıştır (Russel, Aloa, Feder, Glover, Miller, Palmer, 1998). Anne ve babaların eğitim düzeyi de tutumlarını etkileyen bir diğer sosyodemografik özelliktir. Sosyoekonomik düzeyle benzer olarak daha yüksek eğitim seviyesinde olan ebeveynler daha fazla demokratik tutuma sahipken, düşük eğitim seviyesinde olan ebeveynler çocuk disiplini sağlamakta daha fazla fiziksel ceza ve otoriter tutum sergilemektedir (Bornstein, Zlotnik, 2008). Ebeveynlerin tutumunu kendi özellikleri dışında çocuğun davranışları ve mizacı da etkilemektedir bu nedenle ebeveynlerin çocuklarının davranışları sebebiyle tutumlarını değiştirmek zorunda kaldıkları gözlemlenmiştir (Hale, 2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde zorunluluktan kaynaklanan tutum değişimi görülebilir.

3.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Ebeveyn Tutumları

DEHB olan çocukların ebeveynleri diğer ebeveynlere göre, daha fazla komut verirler, uyarıda bulunurlar, öneri verirler, sıklıkla 'dur', 'yapma', 'haydi' kelimelerini kullanırlar. Bunun sebebi DEHB olan çocuklar diğer çocuklara göre, ebeveynlerine daha fazla karşı çıkarlar; dikkatin üzerlerinde olmasını arzularlar; daha fazla yardım isterler ve ebeveynlerinin sözlerini daha az dinlerler. Çocuğunda DEHB olan ebeveynler, başına bir şey geleceğinden korktukları için sürekli çocuklarının peşinde koşma, onları kollama ve göz önünde olmalarının ihtiyacını duyarlar. Bu durum zaman zaman ebeveynlerin kaygı düzeylerinin artmasına sebep olabilir. DEHB olan çocuklar diğer çocuklara oranla daha fazla fiziksel yaralanmalar yaşarlar dolayısıyla bu korkularında ve kaygılarında ebeveynler pek de haksız sayılmazlar.

Sürekli uyarılarda bulunmak da ebeveynlerin kaygı ve stres düzeyini arttıran bir diğer etmendir. DEHB olan çocuğa yapılan bir uyarı pek de etkili olmayacaktır, ‘bir kulağından giriyor öbüründen çıkıyor’ sözü bu çocuklar için yerinde bir tanımlamadır. Çünkü çocuğun dikkati sıklıkla dağılmakta, yönergeleri takip etmekte ve akılda tutmakta zorlanmaktadır. Tüm çocuklar için komutları sürekli tekrarlamak uyarıların daha da etkisiz hale gelmesine sebep olur. Fazlaca tekrarlanan uyarılar zamanla çocuğu duymazdan gelmeye yöneltir. Ebeveynlerin çözüm olarak gördüğü bu tutum aslında kendilerinin dezavantajıdır. DEHB ebeveynlerde aşırı müdahaleci, otoriter veya aşırı hoşgörülü tutum yaratabilir. Çocuğu disipline etmek için kullanılan bazı tutumlar ebeveynleri daha fazla strese sokmakta, çocuk ile ebeveynin ilişkisini bozmakta ve tüm bunlara rağmen amacına ulaşamamaktadır (Sürücü, 2003). Ebeveynler çocuktan yapmasını istedikleri davranış gerçekleşmediğinde uyarılarını tekrarlarlar, çocuğu ceza vermek ile tehdit ederler ancak sonuç değişmediğinde, çocuklarından istedikleri davranışı kendileri gerçekleştirir ve çoğu zaman ceza uygulamazlar (yatağını yada eşyalarını toplamak, ödevini yapmak vb.). Bu gibi durumlarda ebeveynler hem otoriter hem de hoşgörülü tutum sergileyerek çocuğa tutarsız bir mesaj verirler. Ebeveynlerin tutumlarını zaman zaman gözden geçirmesi ve işlevsel olmayan tutumlarını değiştirmesi gerekmektedir.

3.4. Ebeveynlerin Dikkat Eksiliği Hiperaktivite Bozukluğu Bilgi Düzeyleri ve

Tedaviye Etkileri

Ailelerin çoğu zaman DEHB olan çocukları ‘yaramaz’, ‘hareketli’ veya buna benzer sıfatlarla tanımlaması tanının ve tedavinin gecikmesine yol açmaktadır. Bu durumu önlemenin birincil yolu ailelerin DEHB hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasıdır. DEHB tedavisine erken dönemde başlamanın avantajlı getirileri çocuğa, ailesine ve çevresine ayrıntılı bir biçimde anlatılmalıdır. Ailelerin ve öğretmenlerin DEHB hakkında doğru bilgilendirilmeleri gerekir, sahip oldukları bilgilerin çocuklarına olan yaklaşımlarını nasıl etkilediğinin rolü azımsanmamalıdır (Sciutto, Feldhamer, 2005). Ailelerin bozukluğa önyargılı ve çocuklarına da eleştirel yaklaşımı tedavi sürecini olumsuz yönde etkiler. Bu bağlamda ailelerin DEHB hakkındaki bilgilerinin yeterli düzeyde ve doğru olması tedavinin başlıca amaçlarından biridir. Türkiye’de yapılan araştırmalarda ebeveynlerin %80,3’ü DEHB nu daha önceden duyduğunu belirtmişlerdir.

Aynı araştırmada ebeveynlerin DEHB hakkındaki bilgi düzeyleri ve bilgilerinin doğruluğu değerlendirilmiştir ve ailelerin bilgilerinin çoğunun yanlış olduğu tespit edilmiştir (Karabekiroğlu, Memik, Özcan, 2009).

Dünya genelinde yapılan çalışmaların birçoğu ailelerin yerine öğretmenlerin DEHB bilgi düzeylerini araştırmıştır (Blackwell, Kooij, Bejerot, Caci, Casas-Brugué, Carpentier, 2010). Türkiye’de ebeveynlerin bilgi düzeyini ve doğruluğunu ölçen araştırmaların daha fazla yapılması gerekmektedir çünkü daha önceden duymuş, öğrenmiş olmak ile doğru bilgilere sahip olmanın etkilerinin farkı tartışılamayacak düzeydedir. Ebeveynlerin bilgi düzeyleri ebeveynlik tutumlarını, aile içi ilişkilerini ve ruhsal sağlıklarını etkilemektedir. Bu nedenle ebeveyn bilgi eksikliklerin kapatılmasında rehberlik öğretmenlerine, psikologlara ve aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

3.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aile İşlevselliği

Aile kavramı birçok farklı şekilde tanımlanmıştır, “Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu” (DPT) tarafından belirtilen tanım çeşitli aile tanımlarının bir araya getirilmesinden oluşmuştur. DPT’nin (1987) açıkladığı aile tanımlaması ‘Aile kan bağlılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımların sağlandığı ve düzenlendiği temel bir toplumsal birimdir’ (Ünalın, 1988). Aile üyeleri birbirlerine ilişkiler yoluyla bağlıdır. Aile içinde yaşanılan olaylar her birey tarafından farklı algılanabilir ve her aile üyesinin yaşantısını etkiler. Bu nedenle ailede semptomlu bireylerin bulunması diğer aile üyelerinin de bu durumdan etkilenmesine yol açabilir. Yaşanılan etkileşim sonucunda aile üyeleri birbirlerine daha da yakınlalaşabilir, birbirlerinden uzaklaşabilir veya aile içinde farklı sorunlar yaşanabilir (Bosh, 1988). Aile işlevselliği, bireylerin ruhsal gelişiminde önemli role sahiptir bu nedenle birçok araştırmacı tarafından ele alınmıştır. Aile işlevselliği barındırması gereken özelliklere göre incelendiğinde fonksiyonel/fonksiyonel olmayan ve sağlıklı/sağlıksız aile yapıları olarak değerlendirilmektedir. Glick ve Kessler’e göre esnek otoriteye sahip aileler sağlıklıdır. Sağlıklı aile yapısında bireyler birbirlerine yakın aynı zamanda bağımsızdırlar. Birbirlerinin inançlarına saygı duyar ve çatışma durumunda çözüm yolu ararlar (Glick ve Kessler, 1980).

Aile içinde yaşanan sorunların çözümlenebilmesi, aile üyelerinin bireysel problemlerinin konuşulabilmesi için üyelerin beraber başa çıkma yöntemleri geliştirebilmelerinde en büyük etken iletişimdir. Sağlıklı bir aile de her şey açıkça konuşulur (Taneli, 1988).

Sağlıklı ailelerin güç ve statü açısından belirgin kalıplara sahip olması gerektiğini vurgulayan Mishler ve Waxler (1968) ebeveynlerin çocuklarını korumaları ve eğitmeleri amacı ile hem onları hem de çevrelerini kontrol etmeleri gerektiğini belirtmektedirler. Mishler ve Waxler ebeveynlerin güçlü rolleri, çocukların ise daha kolay, düşük görevleri olan statüde bulunmaları gerektiğini ve güç yapısının belirginliğinin aile yapısını daha sağlıklı kılacağını ifade etmişlerdir (Mishler ve Waxler, 1968). Sağlıklı bir aile de karşılıklı anlayış ve doyum olmalı ve aile yeniliklere uyum sağlayabilmelidir. Sağlıklı bir aile de üyelerin birbirlerinin isteklerini karşılaması ve üyeler arası çatışmalara karşı çeşitli çözüm yolları üretmesi gereklidir (Elderkin, 1975). Sungur (2009), ailede bireylerin arasında sorun yaşandığında birbirlerine karşı değil, soruna karşı takım olmalarının sağlıklı bir ilişki için gerekli olduğunu vurgulamıştır. Sorunlara karşı beraber bir çözüm yolu bulmanın ise ancak güçlü bir iletişim ile sağlanabileceğini buna rağmen iletişim problemlerinin çiftler arasında en sık rastlanan sorun olduğunu dile getirmiştir. Bireyler arasında güçlü bir iletişim sağlandıktan sonra sorunları beraber çözebilmeleri için problem çözme becerilerinin kazandırılması gerekmektedir. Aile içinde güçlü bir iletişim olmasına rağmen faydalı problem çözme becerileri yoksa sorunların giderilmesi mümkün değildir (Sungur, 2009). Geçtan, aile işlevselliğini karşılıklı saygı, işbirliği, aile üyelerine ve çevreye karşı sorumlu olma açılarından değerlendirmiştir (Geçtan, 1982). Farklı yorumlamalar ele alındığında sağlıklı bir ailede, üyelerin iletişim becerileri, bireylerin bağımsızlığı bununla birlikte birbirlerine karşı duydukları sorumluluk ve duygusal yakınlık ana tema olarak görülmektedir. Yeniliklere uyum sağlayabilmek, katı ya da belirsiz sınırlar yerine otoriter-esnek sınırlara sahip olmak aile üyelerinin psikolojisini olumlu yönde etkileyecektir. Bireyin psikolojisinde ailenin rolü birçok kez araştırılmış ve ailenin birey üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri kanıtlanmıştır. Sağlıksız aile yapısı, üyelerinde patolojik durumlar yaratabildiği gibi patolojik durumlar da sağlıksız aile yapısına sebep olabilmektedir (Friedlander, 1965).

Aile yapısının bireye olan etkilerini ölçen Holmes ve Rahe'nin bireyin hayatına en çok stres yükünü getiren olayları belirlemek amacı ile geliştirdikleri ölçek sonucunda, en ağır stres yükünün aile ilişkileri ile ilgili olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunun belirttiği 14 stresli yaşam olayının 12 tanesinin aile ilişkilerinden kaynaklandığı görülmüştür. Bu sonuç bireyin yaşantısında aile üyelerinin ve onlar ile olan ilişkilerinin kişiyi ne kadar yoğun ve yakından etkilediğini göstermiştir (Baltaş, 1993).

Depresif ebeveynleri olan çocuklar ile yapılan çalışmada, çocukların bilişsel ve duygusal gelişim gecikmeleri gösterdikleri, ayrılık anksiyetesi, depresyon, enurezis, hiperaktivite, karşıt gelme ve içe kapanıklık semptomları gösterdikleri tespit edilmiştir (Göktürk, 2000).

Minuchin aile yapısını anlamak için kişiler arası etkileşimin belirlenmesi ve düzenlenmesi gerektiğini düşünmüş ve yapısal aile kuramını geliştirmiştir (Minuchin, 1974). Minuchin'e göre bireyin semptomlarını en doğru şekilde anlamanın yolu, aile içindeki örüntüleri incelemekle sağlanır (Minuchin, 1974). Aile toplumsal sistemin alt sistemlerinden biridir. Yapısı toplumsal normlardan etkilenerek oluşur. "Norm insanın yaşadığı sosyal çevrede doğru olarak kabul edilen, beklenen davranışlardır" şeklinde tanımlanmaktadır (Both, 1972). Ebeveynler çocuklarına toplumsal normları öğreterek onların da toplumsallaşmasını sağlarlar. Aile sistemi de toplum gibi alt sistemlerden oluşmaktadır ve bu alt sistemlerin üyeleri aile bireylerinden oluşmaktadır. Alt sistemler; eş alt sistemi, ebeveyn alt sistemi, kardeş alt sistemidir. Ailenin bir üyesi birden fazla alt sistemde yer alabilir, örneğin anne, 'anne-çocuk' alt sistemi ve aynı zamanda 'eşler' arasındaki alt sistemin üyesidir. Aile sisteminin sağlıklı işleyişi kurallarla, sınırlarla, şefkat ve sevgi ihtiyaçlarının karşılanmasıyla sağlanır. Sınırlar, yapısal aile kuramında aile sisteminin bütünlüğünü koruyan duygusal bariyerler olarak tanımlanır. Aile sisteminde var olan bu bariyerleri Minuchin üç şekilde ele almıştır; 'açık ve net sınırlar', 'katı sınırlar' ve 'belirsiz sınırlar'(Minuchin, 1974). Ebeveynler ile çocuklar arasındaki sınırın sağlıklı olabilmesi için açık ve net olması gerekir. Bu tür sınırları olan bir ailede verilen mesaj 'sınırlar var ama şefkat de var' olur. Anne, baba ve çocukların rolleri olması gerektiği gibidir ve iletişim problemleri minimum düzeydedir. Aile işlevselliğini bireylerin birbirleri ile kurdukları ilişkiler ve ilişkilerini düzenleyen kurallar belirler (Özabacı ve Erkan, 2013). Bu bağlamda aileler fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan olarak ikiye ayrılırlar.

Fonksiyonel ailelerde üyeler, kendilerinden beklenen görevleri yerine getirirken, fonksiyonel olmayan ailelerde bireylerin gelişimlerini tamamlayabilmesi için gerekli olan görevler yerine getirilmez. Fonksiyonel olmayan aileler incelendiğinde beş farklı aile tipi dikkat çekmektedir. Bunlar iç içe aileler, kopuk aileler, olgunlaşmamış ebeveynli aileler, evine bağlı olmayan eşin olduğu aileler ve ilgisiz ebeveynlerin olduğu ailelerdir. Bu tip aileler sıkıntı ya da stresli bir durumla karşı karşıya kaldıklarında sınırlarını daha çok katılaştırmaktadırlar.

Buna karşılık fonksiyonel aileler stresli durumlarla karşılaştıklarında baş etme becerilerini kullanarak aile bütünlüğünü ve sağlığını bozmamaya çalışırlar. Sağlıklı fonksiyon gösteren aileler, aile yapısını yeniden yapılandırabilecek esnekliğe sahipken, diğer aileler için esneklik korku verici olabilir (Goldenberg, 1992).

Aile işlevselliğinin belirlenmesi, ailenin problem çözme becerilerini, aile içi iletişimini, aile bireylerinin rollerinin uygunluğunu, aile içinde duygusal tepkilerin verilebilmesini, gereken ilginin aile üyelerine gösterilmesini ve davranış kontrolünün uygulanabilmesini değerlendirerek elde edilir. Sağlıksız bir aile yapısında, aile üyeleri yalnızca kendini düşünür, birbirlerinin duygu, ihtiyaç ve arzularına olumsuz tepkiler verir ya da saygı duymaz. Ailede iletişim kopukluğu vardır bu sebeple aile üyeleri birbirlerini yanlış anlar ve birbirlerine gerekli desteği vermezler. Etkili bir iletişim ile aile bireylerinin birbirlerini daha iyi tanınması, amaçların birlikte belirlenmesi, işbirliği yapılması, karar verme becerilerinin artması ve duygu aktarımının yaşanabilmesi sağlanır (Olson, McCubbin, Barnes, 1983; Fallon, Krekorian, Shanahan, 1993) Aile bireyleri arasında uyum, bütünlük, empati ve doyumun deneyimlenebilmesi için güçlü iletişim becerilerine sahip olmak gerekmektedir (Olson ve ark, 1983). Ailedeki olumlu iletişim psikolojik uyumu artırırken, olumsuz iletişim ise bireyleri yalnızlık duygusuna itebilir. Aile üyeleri arasındaki güçlü iletişim, ebeveynlerin DEHB olan çocuklarına karşı tutumlarını olumlu yönde etkiler ve çocuk, etkili iletişim sayesinde anlaşılmadığını ya da yalnız bırakıldığını hissetmez. Aile üyelerinin birinde görülen psikolojik bozukluk diğer aile üyelerini de etkilemektedir. Aile içinde yarattığı stres kimi zaman bozukluğa sahip olan bireyden çok, diğer aile üyelerini yıkıma uğratmaktadır. Çocuğun tedavi sürecinde, etkilenen ve bu sebeple olumsuz etki eden aile üyesi/üyeleri ile çalışmak esas alınmalıdır. Aksi takdir de tedavi süreci aile içi olumsuz geri bildirimlerinden negatif yönde etkilenecektir. Bireyden tek başına davranışlarını değiştirmesini beklemek, bu doğrultuda çalışmalar yapmak kişide yeterli değişimi sağlayamaz.

Ailesi tarafından desteklenen bireyler için değişim çok daha kolay ve hızlı olmaktadır. Yetişkin bir bireye göre çocukların tedavi sürecinde ve değişiminde ebeveynlerin rolü çok daha önemlidir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların bulunduğu ailelerde, iletişim sorunları ve mücadele etmeleri gereken güçlükler daha fazladır (Hechtman, 1996; Goldstein ve Goldstein, 1992; Kendall, 1999).

Bu ailelerde yaşanan sorunların yapısı incelendiğinde aile üyelerinin ruh sağlığında bozulma, eşler arasındaki ilişkide yıpranma ve evin duygusal ortamında bozulma olduğu görülmüştür. DEHB olan çocukların bulunduğu ailelerde diğer davranım bozuklukları, çatışmalar ve boşanmalar daha fazla yaşanmaktadır (Goldstein ve Goldstein, 1992). Bu sorunlara sebep olan durumlar, çocuğa ayrılan zamanın artması ile eşlerin birbirlerine ayırdıkları zamanın azalması, bir ebeveynin çocuk ile ilgilenmesi gerektiği için bir arada yapılabilecek olan işlerde, işbirliği yerine iş bölümü yapılmasıdır. Ebeveynlerin DEHB olan çocuklarını beklenmedik davranışları yüzünden bir başkası ile yalnız bırakmak istememesi de ebeveynlerin baş başa geçirdikleri süreyi kısıtlamaktadır (Balkwell ve Halverson, 1980). DEHB ebeveynler arasında problemlere yol açabileceği gibi kardeşler arası problemlere de sebep olmaktadır. Ebeveynlerin DEHB sebebiyle çocuklarına olan farklı yaklaşımları, DEHB olmayan çocuk tarafından yanlış anlaşılabilir, çocukta duygusal ve psikolojik uyum sorunlarına sebep olabilir. Söz dinlemediği halde diğer çocuk ile daha fazla ilgilenilmesi DEHB olmayan çocuk için kafa karıştırıcıdır. Bu durumu önlemek amacıyla ebeveynler, çocuklarını bilgilendirmeli, tutumlarının sebebini anlatmalı ve çocuğun anlamasını sağlamalıdır (Farber ve Rychman, 1965 akt. Mchale ve Gamble, 1989). DEHB'nun üç alt tipinin (dikkat eksikliği, hiperaktivite dürtüsellik ve birleşik alt tip) aile işlevselliğini farklı yönlerde ve düzeylerde etkiler. Dikkat eksikliği alt tipi akademik başarı düşüşüne, düzensizliğe ve unutkanlığa sebep olan bilişsel etkilere sahiptir. Hiperaktivite-Dürtüsellik alt tipi ise davranışsal problemlere (söz dinlememe, çok konuşma, yerinde duramama vb.) sebep olur. Dolayısıyla aile içi ilişkilere de etkileri farklı yönlerde olur. Soysal ve arkadaşları (2013) ebeveyn tutumunu ve aile içi sorunları farklı açılardan etkileyen alt tipleri ayrı ayrı inceledikleri çalışmalarında, işlevsellikte bozulmaların sırasıyla en çok birleşik tip, dikkat eksikliği alt tipi ve hiperaktivite-dürtüsellik alt tipinde olduğunu görmüşlerdir (Soysal, Yıldırım, Acar, Karateke, Kılıç, 2013).

İletişim açısından dikkat eksikliği alt tipinde daha fazla sorunlar yaşandığı, birleşik tip de rol karmaşaları görüldüğü ve hiperaktivite-dürtüsellik alt tipinde problem çözme davranışı ve rollerin dağılımında sorunlar yaşandığı tespit edilmiştir. Türkiye’de yapılan araştırmalarda ailede psikiyatrik bozukluğu olan bir birey varsa diğer ailelere göre işlev bozukluklarının daha sık yaşandığı görülmüştür. Bu ailelerde en sık rastlanan işlevsel bozukluğun, ‘gereken ilgiyi gösterme’ alt boyutunda yaşandığı tespit edilmiştir (Gökçen, Özatalay, Fettahoğlu, 2011).

Sosyal ve arkadaşlarının araştırmasında ise işlevselliğin en fazla bozulduğu ve aynı zamanda alt tiplere göre en çok farklılık gösteren bozulma alanının ‘iletişim’ alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir (Soysal ve ark, 2013).



BÖLÜM IV

YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma ile anaokulu öğrencilerinin aile ilişkileri, ebeveyn tutumları ve DEHB belirti düzeyinin incelenmesi amaçlanmaktadır. DEHB belirti düzeyi ile aile ilişkileri ve ebeveyn tutumlarının incelenmesi amacıyla karşılaştırmalı bir betimleme çalışması yapılmıştır. DEHB belirtilerinin yüksek olduğu belirlenen çocukların öğretmenlerinin görüşleri ile verilerin desteklenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde sırasıyla araştırmanın yapıldığı okullar, katılımcılar, veri toplama araçları, veri toplama işlemi ve veri çözümleme yöntemleri açıklanmıştır.

4.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın Yapıldığı Okullar

Araştırma, İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde merkeze bağlı ilçelerinden biri olan Kadıköy ilçesinde yapılmıştır. Sosyoekonomik düzeyi aynı olan 4 mahallede ki 3 devlet ve 4 özel olmak üzere toplam 7 anaokulunun 2016-2017 yılları arasında okula devam eden öğrencilerinin ebeveynleri ile yürütülmüştür. Moda semtinde Palmiye Anaokulu ve Moda İlköğretim okulunda, Kalamış semtinde Şehit Özyalçın Kalamış İlköğretim Okulunda, Fenerbahçe semtinde Yeşil Köşk Anaokulu, 123 Anaokulunda ve Perihan Aktürk Anaokulunda, Göztepe semtinde Salıncak Kolejinde araştırma yapılmıştır. 123 Anaokulu'ndaki 20 ebeveyninden hiç katılım sağlanamayınca 3 devlet 3 özel okul olarak planlanan araştırmaya bir özel anaokulu daha dahil edilmiştir.

Araştırma Evreni

Araştırmanın evreni Kadıköy ilçesinde bulunan anaokulları belirlenmesi ile sağlanmıştır. Evren belirlenirken özel ve devlet olmak üzere her iki anaokulu çeşidinden okullar seçilmiştir. Çalışmanın evreni 2016-2017 eğitim yılında bu okullara devam eden 4-6 yaş aralığındaki çocukların en az ilköğretim mezunu anneleri ile sınıf öğretmenlerinden oluşturulmuştur.

Seçilen 15 okulun 7 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etmiştir, toplam 215 öğrencinin annesine ulaşılmıştır ve 92 anne araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme belirlenirken, dışlama kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Çalışma anaokullarına devam eden DEHB dışında farklı bir psikiyatrik tanısı olmayan, nörolojik bozukluğu olmayan, yaşına uygun zeka düzeyinde olan ve yaygın gelişimsel bozukluğu olmayan öğrencilerin, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen ebeveynleri ile yürütülmüştür. Elde edilen veriler doğrultusunda iki analiz ve gruplandırma yapılmasına karar verilmiştir. İlk analizde katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. Araştırmanın birinci grubunu ebeveynlerine göre DSM-V DEHB semptomlarını yüksek düzeyde gösteren ve ikinci grubunu DSM-V DEHB semptomlarını düşük düzeyde gösteren öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmanın ikinci analizinde araştırma sırasında fark edilen öğretmenlerin ve annelerin DSM-V DEHB semptom kontrol formunu farklı yönlerde cevaplandırmaları dikkate alınarak gruplandırma yapılmıştır. İkinci gruplandırmada 4 grup oluşturulmuştur, birinci grup anne ve öğretmenlerin yüksek düzeyde semptom işaretledikleri, ikinci grup öğretmenlerin yüksek annelerin düşük, üçüncü grup öğretmenlerin düşük annelerin yüksek ve dördüncü grup her iki tarafında düşük düzeyde DEHB semptomları işaretledikleri olarak belirlenmiştir. İkinci gruplandırma yönteminde DSM-V DEHB kriterlerinden 6 yada en az 6 semptomun görülmesi kriteri göz önünde bulundurulmuş, bütün gruplardaki çocuklar 6 yada en az 6 semptom gösteren, öğretmen ve annelerin yüksek semptom gösterdiğini düşündüğü çocuklardan oluşturulmuştur.

4.3. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini içeren form araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Formda sosyodemografik bilgiler ile beraber çocuğun ayrıntılı gelişimsel öyküsü (prenatal, natal ve postnatal), uyku bozuklukları, duyu-motor regülasyon sorunları (dokunsal, işitsel, görsel ve koklama), okula başlamada kaygı sorunları (ayrılık anksiyetesi), gelişimsel öyküsü (konuşmaya, emeklemeye, yürümeye başlama ve tuvalet eğitimi yaşı) tıbbi öyküsü, anne, baba ve kardeşlerde psikiyatrik tanı alma, kronik ilaç kullanma, KBB/Odyoloji bilgileri bulunmaktadır.

Ayrıca DEHB belirtileri, dil konuşma bozuklukları ve ailenin sosyal ekonomik kültürel indeks yer almaktadır. Sosyokültürel indeks ile ekonomik sosyal ve kültürel düzeyin araştırılması amaçlanmıştır. 16 maddeden oluşan indeksin ilk maddesi “Gelir düzeyiniz önemli ihtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli midir?” subjektif bir madde olduğundan dolayı puanlamaya ikincil durumlarda katılmıştır. 15 maddeden 0-5 puan arası alanlar düşük ekonomik düzey, 5-10 puan arası orta ekonomik düzey, 10-15 puan arası yüksek ekonomik düzey olarak hesaplanmıştır.

DSM-5 Kriterleri Ölçeği (DEHB)

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA,2013) tarafından geliştirilen ruhsal hastalıkların tanı ölçütlerinden oluşan el kitabının, DEHB tanı kriterlerini içeren ölçektir. Ölçek dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik olarak iki alt ölçekten ve toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Her alt ölçek dokuz sorudan oluşur, sorulara 0 ile 3 arasında puan verilir (0: yok, 1: biraz, 2: fazla, 3: çok fazla). Maddeler cevaplandırılırken değerlendirme son 6 ay göz önünde bulundurularak yapılır.

Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği (CED ÖY:U)

Connors Ebeveyn Dereceleme Ölçeğinin, Yenilenmiş/Uzun Formu (CDE ÖY:U) (Connors Parent Rating Scale-Revised/Long CPRS-RL) kullanılmıştır. CED ÖY:U toplam 14 alt ölçek ve 80 maddeden oluşmaktadır. “Karşı Gelme” alt ölçeği 10 madde, “Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik” alt ölçeği 12 madde, “Hiperaktivite” alt ölçeği 9 madde, “Kaygı-Utangaçlık” alt ölçeği 8 madde, “Mükemmeliyetçilik” alt ölçeği 7 madde, “Sosyal Problemler” alt ölçeği 5 madde, “Psikosomatik” alt ölçeği 6 madde, “DEHB İndeksi” alt ölçeği 12 madde, “Connors Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite” alt ölçeği 7 madde, “Connors Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” alt ölçeği 3 madde, “Connors Global İndeks-Toplam” alt ölçeği 10 madde, “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik” alt ölçeği 9 madde, “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” alt ölçeği 9 madde, “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam” alt ölçeği 18 maddeden oluşmaktadır.

Çocukların aile içi davranışlarının derecelendirilmesi amacıyla Connors tarafından geliştirilen ölçek 80 maddeden oluşan dört basamaklı likert tipindedir. (Connors, 1967) Yenilenmiş uzun CEDÖ'nün Türkçe'ye uyarlaması Kaner ve arkadaşları yapmıştır (Kaner, İşeri, Ak, Özaydın, Büyüköztürk, 2011).

CDÖ'nün ebeveyn, öğretmen ve ergen olmak üzere üç bilgi kaynağını inceleyen uzun ve kısa formları bulunmaktadır. Bunlardan biri olan "Conners Ebeveyn Dereceleme Ölçeği" 1970'lerden beri yenilenerek pek çok çalışmada kullanılmıştır. DEHB'nun yaygınlığını ve komorbid bozukluklarını belirlemede, DEHB olan ve olmayan bireyleri ayırt etmede güçlü olması sebebiyle, Conners ebeveyn dereceleme ölçekleri sıklıkla kullanılmaktadır. (Kaner ve ark., 2006). CDE ÖY:U formunun Cronbach alfa ve iki yarı güvenilirlik katsayıları 0.85- 0.55 ve 0.80- 0.50 arasındadır. Test-tekrar test güvenilirlik değerleri ise 0.73- 0.35'dir.

Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (CÖD ÖY:U)

Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeğinin Yenilenmiş/Uzun Formu (CÖD ÖY:U) (Conners Teacher Rating Scale-Revised/Long CTRS-RL) kullanılmıştır. Form Conners ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir (Goyette, Conners ve Ulrich, 1978). 59 maddeden oluşan yenilenmiş öğretmen formunda 14 alt ölçek bulunmaktadır. "Karşı Gelme" alt ölçeği 6 madde, "Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik" alt ölçeği 9 madde, "Hiperaktivite" alt ölçeği 6 madde, "Kaygı-Utangaçlık" alt ölçeği 6 madde, "Mükemmeliyetçilik" alt ölçeği 6 madde, "Sosyal Problemler" alt ölçeği 6 madde, "DEHB İndeksi-Dikkatsizlik" alt ölçeği 6 madde, "DEHB İndeksi-Hiperaktivite" alt ölçeği 5 madde, "Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite" alt ölçeği 5 madde, "Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik" alt ölçeği 5 madde, "Conners Global İndeks- Toplam" alt ölçeği 10 madde, "DSM-IV Semptomları Dikkatsizlik" alt boyutu 9 madde, "DSM-IV Semptomları Hiperaktivite-Dürtüsellik" alt boyutu 9 madde, "DSM-IV Semptomları - Toplam" alt ölçeği 18 maddeden oluşmaktadır.

Yenilenmiş CÖDÖ ölçeğinin hem uzun hem de kısa versiyonları oluşturulmuş ve geliştirilmiştir. Öğretmenler, sorun yaşayan çocukların tanınmasında ve onlara verilecek tedavilerin belirlenmesinde anahtar rol oynamaktadırlar (Cordes ve McLaughlin, 2004). Conners'ın öğretmen dereceleme ölçeği yoluyla DEHB'nun tanınmasında ilk kez öğretmenler etkili olmuştur. Conners'ın Öğretmen Dereceleme Ölçeği, 1960'lardan beri yapılan empirik çalışmaların sonucunda oluşturulmuştur. (Conners ve ark. 1997; McLaughlin, Cordes, 2004). Türkçe uyarlaması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılan CÖDÖ-YU puanlarından elde edilen Cronbach alfa katsayıları 0.72-0.90'dır.

Spearman-Brown iki yarı güvenilirlik katsayıları 0.76 ile 0.91 arasındadır. Test-yeniden test güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.53-0.78 ve 0.52-0.85 arasındadır (Kaner, Büyüköztürk, Ak, Özyayın ve İşeri, 2011).

Aile Değerlendirme Ölçeği

Orijinal formu, Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilen ADÖ, ailenin işlevlerinin hangi alanlarda fonksiyonel olup olmadığını genel bir değerlendirmesini yaparak, sorun alanlarını ortaya çıkarmak amacıyla oluşturulmuştur (Bulut, 1990). Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) 1990 yılında Işıl Bulut tarafından Türkçe'ye uyarlama çalışmaları yapılmıştır, ölçeğe ilişkin bulgular, orijinalinde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular ile benzer niteliktedir (Bulut, 1990).

60 maddeden oluşan ölçeğin 6 alt ölçeği bulunmaktadır. "Problem Çözme" 6 madde, "İletişim" 9 madde, "Roller" 11 madde, "Duygusal Tepki Verme" 6 madde, "Gereken İlgiyi Gösterme" 7 madde, "Davranış Kontrolü" 9 madde, "Genel İşlevler" 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek dördümlü likert tipidir, aynen katılıyorum, büyük ölçüde katılıyorum, biraz katılıyorum, hiç katılmıyorum. Hiç katılmıyorum 1 puan iken, aynen katılıyorum 4 puandır ve yüksek puan aile içi tutumlarda değişiklik yapılması gerektiğini göstermektedir (Bulut, 1990).

Ebeveynlik Ölçeği

Ebeveynlik Ölçeği (Parenting Scale-PS) Arnold ve arkadaşları tarafından 1993 yılında işlevsel olmayan ebeveyn tutumlarının ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir (Arnold, O'Leary, Wolff ve Acker,1993). Birçok farklı yaş grubu, etnik köken ve sosyoekonomik düzeydeki örnekleme uygulanmıştır (Collett, 2001; Freeman, DeCoursey, 2007; Irvine,1999; Karazsia, Dulmen, Wildman, 2008; Rhoades, O'Leary, 2007). 30 maddelik ölçekte, ebeveynlerin kendi tutumlarına karar vermeleri gereken zamanlarda, bu duruma karşı nasıl bir tutum sergileyecekleri iki zıt tutum seçeneği ile sorulmaktadır. İki zıt seçeneğin hangisine kendilerini daha yakın olduklarını belirtebilmeleri amacıyla 7'li likert kullanılmıştır.

Örneğin; *Çocuğuma bir şeyi yapamayacağını söylediğimde...*

onu yapmasına yine de izin veririm 0---0---0---0---0---0---0söylediğime sadık kalırım.

Ebeveyn tutumunun işlevselliğini üç alt boyutta değerlendiren ölçek, 30 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler, Aşırı Hoşgörülü Tutum (*Laxness*) 11 madde, Otoriter Tutum (*Overreactivity*) 10 madde ve Aşırı Müdahaleci Tutum (*Verbosity*) 7 maddeden oluşmaktadır. Aşırı Müdahaleci (*Verbosity*) alt ölçeği ile Aşırı Hoşgörülü (*Laxness*) alt ölçeğinin ortak maddeleri bulunmaktadır. Ayrıca ölçekte hiçbir alt ölçeğe dahil olmayan 4 madde bulunmaktadır, fakat toplam puan hesaplanırken eklenmektedirler. Örnek madde ile başlayan ölçekte ebeveynlerin her bir madde için son 2 ay içerisinde çocuklarına yönelik uyguladıkları ebeveynlik tarzını en iyi tanımlayan yuvarlağın içini doldurmaları beklenir. Arnold ve arkadaşları (1993) *Laxness*, *Overreactivity* ve *Verbosity* alt ölçekleri için buldukları Chronbach alfa kat sayıları 0.83, 0.82, 0.63'dür ve toplam Cronbach alfa katsayısını 0.84 olarak hesaplamışlardır (Arnold ve ark., 1993) Türkçe uyarlama çalışması Tüfekçi ve Deniz (2013) tarafından Ankara'da anasınıflarına devam eden 4-6 yaş aralığındaki 900 çocuğun ebeveynleri ile yapılmıştır.

Türkçe'ye uyarlama ve güvenilirlik, geçerlilik çalışmasında Deniz ve Tüfekçi *Laxness*, *Overreactivity* ve *Verbosity* alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayılarını 0.74, 0.58 ve 0.65 olarak hesaplamışlardır. Toplam Chronbach alfa katsayısını ise 0.64 olarak belirlemişlerdir (Deniz ve ark., 2013)

4.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya gönüllü olarak 92 anne ve 14 öğretmen katılmıştır. Katılımcı anneler sırasıyla Sosyodemografik Form, DSM-V DEHB Kriterleri Ölçeği, Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği, Aile Değerlendirme ve Ebeveyn Tutumları Ölçeklerini doldurmuşlardır. Öğretmenler tüm öğrencileri için DSM-V DEHB Kriterleri Ölçeği doldurmuşlardır. DEHB grubundaki çocuklar belirlendikten sonra, öğretmenleri ile görüşme yapılarak gözlemleri öğrenilmiş, Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeğini doldurmaları talep edilmiştir.

Bütün katılımcılara anaokullarının öğretmen veya müdürleri vasıtasıyla ulaşılmıştır. Tüm ebeveynlerin formları boş vakitlerinde, formu kendilerine uygun bir ortamda doldurma fırsatı sunulması amacı ile formlar evlerine gönderilmiş daha sonrasında öğretmenleri veya okul müdürlerine ulaştırmaları vasıtasıyla toplanmıştır. Sosyal ağı bulunan okullarda katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi ile ilgili bilgiler onam formu dışında hazırlanan bir online bildirme yazısı, okulun ilgili çalışanı tarafından toplu mail yoluyla velilere ulaştırılmıştır.

Sosyal ağı bulunmayan okullarda katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi ile ilgili bilgiler onam formu dışında yeniden öğretmen yada müdür tarafından yüz yüze bilgilendirilerek uygulanmıştır.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunda, katılımcıların kafalarına takılan sorular olursa sorabilmeleri için araştırmacının mail adresi yazılmıştır. Mail yolu ile ulaşan velilerin sorularına cevap verilmiştir. Katılımcılara kişisel bilgilerinin gizli kalacağı vurgulanmıştır. Ayrıca talep edilmesi takdirde çocuklarının DEHB düzeyi hakkında kişisel bilgilendirilme yapılabileceği gibi araştırma tamamlandıktan sonra da araştırmanın genel sonuçları hakkında bilgilendirilebilecekleri belirtilmiştir.

4.5. Verilerin Çözümlemesi

Çalışma sırasında edinilen nicel verilerin analizi SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) 24.0 paket programı ile yapılmıştır. Demografik bilgi formundaki veriler formdaki sırasıyla göre kodlanmış, sonrasında frekans dağılımları ve yüzdeleri analiz edilmiştir. Tüm ölçeklerin alt boyut ve toplam puanları hesaplanmıştır.

Anneler tarafından doldurulan DSM-V DEHB Kriterleri Ölçeği doğrultusunda en yüksek ve en düşük puan alan çocuklar %25'lik dilim esas alınarak belirlenmiştir. DEHB ve karşılaştırma grubunun Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeklerinden (CEDÖ) aldıkları puanlar hesaplanmıştır. DSM-V ve CEDÖ'nün benzer alt boyutlarının ilişkisi Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Gruplar arasındaki farklılaşmanın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı kontrol edilmiştir. Bu yöntem ile DSM-V DEHB Kriterleri Ölçeği sonuçları ile CEDÖ sonuçlarının ilişkisi araştırılarak birbirlerini desteklemeleri amaçlanmıştır. DEHB grubu ile karşılaştırma grubu CEDÖ'nün diğer psikopatolojileri kapsayan alt boyutlara göre farklılaşmaları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

DEHB ve karşılaştırma grubunun Aile Değerlendirme Formundan aldıkları puanlar alt boyutlarına göre hesaplanmıştır. Gruplar arasındaki farklılaşmanın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır.

DEHB ve karşılaştırma grubunun Ebeveynlik Ölçeğinden aldıkları alt boyut puanları hesaplanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı yine Mann-Whitney U yöntemi ile araştırılmıştır.

Grupların Aile Değerlendirme Ölçeği puanları ile Ebeveynlik Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Aile içi ilişkiler ile ebeveyn tutumlarının hangi alanlarda birbirlerine olan ilişkisi araştırılmıştır.

Aile Değerlendirme leğinin alt lekleri, Ebeveynlik leğinin alt ölçekleri ile karşılaştırılarak hangi alt boyutların birbirleri ile ilişkili olduğu Mann-Whitney U yöntemi hesaplanmıştır.

Daha önceden belirtildiği gibi anne ve ğretmenlerin DSM-V DEHB semptom kriterleri formu göz önünde bulundurularak toplam veriden 4 grup oluşturulmuştur. Bu grupların ilk analizde bakıldığı gibi DSM-V DEHB formu ile Conners Ebeveyn Değerlendirme leği ile ilişkisi Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir.

4 grubun CED'nn diğer psikopatolojileri kapsayan alt boyutlara göre farklılaşmaları Kruskal-Wallis testi ile analiz edilmiştir. Arasında anlamlı farklılık çıkan gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Gruplar arasında Aile Değerlendirme leği alt boyutları ve Ebeveyn Tutumları lekleri alt boyutları açısından farklılaşması Kruskal-Wallis testi ile hesaplanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olan grupların Aile Değerlendirme ve Ebeveynlik Tutumları leklerinin ikili grup analizleri Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

BÖLÜM V

BULGULAR

5.1. Örneklemin Demografik Özellikleri

Araştırmaya yaşları 4-6 arasında değişen toplam 92 öğrencinin ebeveyni katılmıştır. Tüm katılımcıların sosyodemografik bilgileri incelenmiştir sonrasında ilk analizde kullanılan iki grup ve ikinci analizdeki 4 grup demografik özellikler açısından incelenmiştir. Katılımcı anneler eşleri ile birlikte yaşamaktadır, boşanma, ayrılma yada yeniden evlenmeye rastlanmamıştır. Katılımcılar sosyoekonomik açıdan düşük, orta ve yüksek seviye olarak değerlendirilmiştir. Gruplardaki çocukların gelişim özellikleri, anne ve babanın sağlık ve mesleki durumları açısından farklılık göstermemeleri sebebi ile araştırmada bu veriler kullanılmamıştır.

Cinsiyet

92 katılımcının 39'u kız (%42.4) 53'ü erkek (%57.6) öğrencilerden oluşmaktadır. DEHB belirtileri gösteren grupta 12 kız ve 12 erkek çocuk bulunmaktadır. Karşılaştırma grubunda ise 9 kız ve 17 erkek çocuk vardır. DEHB belirtileri gösteren çocuklar cinsiyet bakımından farklılık göstermezken, karşılaştırma grubunda erkeklerin kızlardan daha fazla olduğu görülmektedir. DEHB belirtilerinin 4-6 yaş aralığında cinsiyet açısından farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=.271$).

Okul

92 katılımcının 34'ü (%37) özel okula, 58'i (%63) devlet anaokuluna gitmektedir. Grupların okullara göre dağılımında yüksek bir farklılık görülmemiştir. DEHB belirtilerini gösteren grupta özel anaokuluna devam eden 9 öğrenci, devlet anaokuluna devam eden 15 öğrenci bulunmaktadır. Karşılaştırma grubunda ise özel anaokuluna devam eden 12 öğrenci, devlet anaokuluna devam eden 14 öğrenci bulunmaktadır. Karşılaştırma grubunda okullara göre dağılım benzer görülürken, DEHB belirtileri gösteren grupta devlet anaokuluna devam eden daha fazla çocuk bulunmaktadır ($p=.536$).

Anne ve Baba Eğitim Düzeyi

Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde ise annelerin 26'sının (%28) ilkokul mezunu, 24'ünün (%26) lise, 37'sinin (%40) üniversite ve 5'inin (%5) yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Gruplardaki dağılıma bakıldığında DEHB belirtileri gösteren çocuğu olan 24 annenin, 9'u ilkokul, 5'i lise, 10'u üniversite ve 2 anne yüksek lisans mezunudur. Toplam 26 annenin bulunduğu karşılaştırma grubunda ise ilkokul mezunu 3, lise mezunu 7, üniversite mezunu 13 ve yüksek lisans mezunu 1 anne bulunmaktadır. DEHB belirtileri gösteren grupta ilkokul mezunu olan daha fazla anne olduğu görülmektedir. Anneler eğitim düzeylerine göre incelendiğinde dağılımın normal dağılımdan farklı olmadığı görülmektedir ($p=263$).

Araştırmaya katılan babaların eğitim düzeyi incelendiğinde ise babaların 24'ünün (%26) ilkokul, 29'unun (%31) lise, 33'ünün (%35) üniversite ve 6'sının (%6.5) yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Gruplardaki babaların eğitim düzeylerine bakıldığında DEHB belirtileri gösteren grupta 6 ilkokul, 7 lise, 11 üniversite ve 2 yüksek lisans mezunu baba olduğu görülmektedir. Karşılaştırma grubunda ilkokul mezunu 7, lise mezunu 5, üniversite mezunu 9 ve yüksek lisans mezunu 3 baba vardır. Annelerin eğitim düzeyinde görülen farklılık babaların eğitim düzeyinde görülmemiştir ($p=866$).

Sosyal Ekonomik Kültürel Düzey (SEK)

Sosyal Ekonomik Kültürel (SEK) düzey açısından tüm katılımcılar incelendiğinde, katılımcıların tamamında düşük SEK düzeyde 16 (%17.4), orta SEK düzeyde 35 (%38) ve yüksek SEK düzeyde 41 (%44.6) kişi olduğu belirlenmiştir. Grupların SEK düzeylerine göre dağılımı analiz edildiğinde, DEHB grubunda SEK düzeyi düşük olan 3, orta olan 9 ve yüksek olan 12 kişi olduğu görülmüştür. Karşılaştırma grubunda ise SEK düzeyi düşük olan 4, orta olan 7 ve yüksek olan 15 kişi olduğu görülmüştür. Gruplar arasında SEK düzeyi açısından benzerlik göstermektedir ($p=.724$). Ancak gruplara kendi içlerinde bakıldığında SEK düzey dağılımlarının benzer olmadığı görülmektedir.

Tablo 5.1.1. Grupların Demografik Özelliklere Göre Dağılımları

		DEHB Grubu		Karşılaştırma Grubu		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Cinsiyet	Kız	12	50	9	34,6	1.213	1	.271
	Erkek	12	50	17	65,4			
Okul	Özel	9	37,5	12	46,2	.384	1	.536
	Devlet	15	62,5	14	53,8			
Anne Eğitim Düzeyi	İlkokul	9	34,6	3	12,5	3.984	3	.263
	Lise	5	19,2	7	29,2			
	Üniversite	10	38,5	13	54,2			
	Yüksek Lisans	2	7,7	1	4,2			
Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul	6	23,1	7	29,2	.731	3	.866
	Lise	7	26,9	5	20,8			
	Üniversite	11	42,3	9	37,5			
	Yüksek Lisans	2	7,7	3	12,5			
SEK Düzeyi	Düşük	3	12,5	4	15,4	.647	2	.724
	Orta	9	37,2	7	26,9			
	Yüksek	12	50	15	57,7			

Not. DEHB Grubu: DEHB belirtileri gösteren grup, SEK Düzeyi; Sosyal Ekonomik Kültürel Düzey, $p > .05$, χ^2 : Ki kare, n: Kişi sayısı, df: Serbestlik derecesi

Yaş

Katılımcı 92 annenin yaş ortalaması 34 ($SS=5.7$) olarak hesaplanmıştır. Gruplardaki annelerin yaş ortalamasına bakıldığında ise DEHB belirtileri gösteren gruptaki annelerin, katılımcıların tamamı ile aynı yaş ortalamasında olduğu görülmüştür ($x=34.38$; $SS=0.52$). Karşılaştırma grubundaki annelerin yaş ortalaması ise benzer bulunmuştur ($x=33.8$; $SS=.48$).

Katılımcıların tamamında bakıldığında, babaların yaş ortalaması 37.5 ($SS=5.1$) bulunmuştur. DEHB belirtileri gösteren ve karşılaştırma grubunda bulunan öğrencilerin babalarının yaş ortalamaları benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan 4-6 yaş aralığındaki 92 çocuğun yaşları, gelişimsel değişimlerin sık yaşandığı yılları kapsadığından dolayı yıl ve ay olarak değerlendirilmiştir. 4-6 yaş aralığı 6 aylık süreçleri içerecek şekilde dörde ayrılmıştır. Bu durumda çocukların %20.8'i 4 ile 4 yaş 6 ay arasında, %20.7'si 4 yaş 6 ay ile 5 yaş arasında %36.8'i 5 ile 5 yaş 6 ay arasında ve %25.9'u 5 yaş 6 ay ile 6 yaş arasında olduğu görülmüştür.

Katılımcıların tamamında çocukların yaş ortalaması 5.12'dir. Gruplardaki çocukların tamamının yaş ortalaması 5.25'dir ($SS=0.56$). Gruplara bakıldığında, DEHB grubundaki çocukların yaş ortalaması 5.16 ($SS=0.52$), karşılaştırma grubunda ise çocukların yaş ortalaması 5.25 ($SS=0.48$) bulunmuştur.

4-6 yaş çocuklarında DEHB'nun sıklıkla görüldüğü bir yaş aralığı tespit edilmemiş, yaş dağılımının benzer olduğu görülmüştür.

Tablo 5.1.2. Anne Baba ve Çocukların Yaş Ortalamaları

	DEHB Grubu ($n=24$)		Karşılaştırma Grubu ($n=26$)	
	x	$S.S$	x	$S.S$
Anne	34.38	0.52	33.88	0.48
Baba	36.9	5.5	38	4.6
Çocuk	5.16	0.52	5.25	0.48

Not. DEHB Grubu: DEHB belirtileri gösteren grup, x : Ortalama, $S.S.$: Standart Sapma, n : Kişi sayısı

5.2. CEDÖ İle DSM-V DEHB Korelasyonuna İlişkin Bulgular

Bu araştırmada; Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği (CEDÖ) ile ebeveynlerin cevaplandığı DSM-V DEHB Ölçeğinin benzer alt boyutlarının korelasyonları hesaplanarak, birbirleri ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca CEDÖ'nde bulunan diğer alt boyutları ele alan çeşitli psikopatolojiler gruplar bazında incelenmiştir.

Grupların tüm ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Shaphiro-Wilk testi uygulanmıştır. Grupların normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir ($p < .05$).

DSM-V DEHB Ölçeği ile CEDÖ Alt Boyutlarının Spearman Korelasyon Analizi

Ölçeklerin dikkat eksikliği, hiperaktivite/impulsivite ve toplam DEHB olmak üzere üç alt boyutunun korelasyon analizi yapılmıştır.

DSM-V Hiperaktivite alt boyutu ile Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeğinin, global indeks impulsivite, global indeks hiperaktivite ve DSM-IV hiperaktivite semptomları alt boyutları arasındaki korelasyon incelenmiştir.

Korelasyonun incelenmesinde Non-parametrik Spearman testi kullanılmış, puanlar arasında istatistiksel olarak $p < .05$ düzeyinde pozitif yönde güçlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 5.2.1. Hiperaktivite Alt Boyutları Spearman Korelasyon Analizi

	DSM-V Hiperaktivite	Conners G. İ. Hiperaktivite	Conners G. İ. İmpulsivite	Conners DSM-IV Hiperaktivite	<i>p</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	
DSM-V Hiperaktivite	1.000	.790	.797	.821	.000
Conners G. İ. Hiperaktivite	.790	1.000	.858	.932	.000
Conners G. İ. İmpulsivite Conners	.797	.858	1.000	.885	.000
DSM-IV Hiperaktivite	.821	.932	.885	1.000	.000

Not. $p < .05$, *r*: Korelasyon Katsayısı, CEDÖ: Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği, G.İ.: Global İndeks, DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V

DSM-V dikkat eksikliği alt boyutları CEDÖ DSM-IV dikkat eksikliği ve global indeks bilişsel problemler alt boyutları puanlarının ilişkinin incelemesi Spearman korelasyon analizi ile yapılmıştır. DSM-V dikkat eksikliği alt boyutu ile CEDÖ DSM-IV dikkat eksikliği alt boyutu ve global indeks bilişsel problemler/dikkatsizlik alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan $p < .05$ düzeyinde pozitif yönde güçlü anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Tablo 5.2.2. Dikkat Eksikliği Alt Boyutları Spearman Korelasyon Analizi

	DSM-V Dikkat Eksikliği <i>r</i>	Conners G. İ. Bilişsel Problemler <i>r</i>	DSM-IV Dikkat Eksikliği <i>r</i>	<i>p</i>
DSM-V Dikkat Eksikliği	1.000	.795	.855	.000
Conners G. İ. Bilişsel Problemler	.795	1.000	.914	.000
DSM-IV Dikkat Eksikliği	.855	.914	1.000	.000

Not. $p < .05$, r : Korelasyon Katsayısı, CEDÖ: Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği ,G.İ.: Global İndeks, DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V

DEHB toplam puanlarının korelasyonu da alt boyutları gibi anlamlı düzeyde pozitif yönde tespit edilmiştir. DSM-V DEHB ile CEDÖ DEHB toplam alt boyutu korelasyonu .816 ($p=.000$), DSM-V DEHB ile CEDÖ DSM-IV DEHB alt boyutu korelasyonu .870 ($p=.000$) ve DSM-V DEHB ile CEDÖ toplam puan korelasyonu .790 ($p=.000$) olarak hesaplanmıştır.

DSM-V ile CEDÖ Spearman korelasyon analizi sonucunda her alt boyutta (dikkat eksikliği, hiperaktivite/impulsivite, toplam) yüksek düzeyde korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

5.3. DEHB Belirti Düzeyine Göre 2 Grup Oluşturulması

92 katılımcı arasından DEHB belirtilerini yüksek düzeyde gösterenler ve göstermeyenler olarak iki grup oluşturulmuştur. Bu gruplar oluşturulurken katılımcıların içinden ebeveynler tarafında doldurulan DSM-V DEHB ölçek puanlarını en yüksek düzeyde gösteren %25'lik dilim ve en düşük düzeyde gösteren %25'lik dilim alınmıştır. Frekans değerlerine göre toplam puanda en yüksek düzeyde taban puanı 16.75 ve en düşük düzeyde tavan puanı 4 olarak hesaplanmıştır. DEHB belirtilerini yüksek düzeyde gösteren grupta 24 kişi, DEHB belirtileri göstermeyen karşılaştırma grubunda ise 26 kişi yer almaktadır. Frekans analizine göre düşük düzeydeki %25'lik dilimde dikkat eksikliğinden alınan tavan puan 1 ve en yüksek düzeydeki %25'lik dilimde taban puan 6'dan başlamaktadır. Dikkat eksikliği belirtileri gösteren grupta 26 kişi, belirtileri göstermeyen grupta 25 kişi yer almaktadır.

Hiperaktivite puanı incelendiğinde ise en düşük %25'in 6 puanın altında olanlar olduğu ve en yüksek %25'in 9.75 puanın üzerindeki çocuklardan oluştuğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.3.1. Grupların DSM-V DEHB Puanlarına Göre DEHB Alt Tip Dağılımları

	DEHB Grubu	Karşılaştırma	DEHB Puanları		
	<i>n</i>	<i>n</i>	%25	%50	%75
Toplam Puan	24	26	4	9	16.75
Dikkat Eksikliği Puanı	26	25	1	3	6
Hiperaktivite Puanı	23	30	3	5	9.75

Not. DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, DEHB Grubu: DEHB belirtileri gösteren grup, n: Kişi sayısı

5.3.1. Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

DEHB belirtileri gösteren ve göstermeyen çocukların oluşturduğu gruplar arasında CEDÖ'nin dışa ve içe yönelim bozukluklarını kapsayan alt boyutlarında gruplar arasındaki farklılaşma Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda DEHB semptomlarını gösteren grup ile DEHB semptomlarını göstermeyen grup arasında her alt boyutta istatistiksel açıdan $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Sosyal problemler, karşı gelme, kaygı alt boyutlarının $p < .01$ düzeyinde anlamlılık gösterdiği görülürken, duygusal değişkenlik ve mükemmeliyetçilik alt boyutlarında anlamlılık $p = .03$ düzeyinde görülmüştür. En düşük anlamlılığın görüldüğü alt boyut psikosomatik belirtiler alt boyutu olmuştur ($p = .032$). Sıra ortalamaları incelendiğinde sosyal problemler, karşı gelme, kaygı, duygusal değişkenlik, mükemmeliyetçilik ve psikosomatik semptomların DEHB belirtileri gösteren grupta daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 5.3.1.1. Gruplar arasında CEDÖ Alt Boyutlarındaki Farklılaşmalar

	DEHB Grubu (n=24)	Karşılaştırma Grubu (n=26)	%95 G. A.	U	z	p
Sosyal Problemler	34.17	16.10	.000	86.500	-4.893	.000
Karşı Gelme	35.33	14.85	.000	56.500	-4.976	.000
Kaygı	32.17	18.27	.000	138.500	-3.395	.001
Duygusal Değişkenlik	35.40	14.77	.000	54.000	-5.173	.000
Mükemmeliyetçilik	31.31	19.21	.002-.004	161.500	-2.951	.003
Psikosomatik	29.42	21.25	.032-.039	210.000	-2.144	.032

Not. S.O: Sıra Ortalaması, DEHB Grubu: DEHB belirtileri gösteren grup, GA: Güven Aralığı $p < .05$, U: Mann Whitney U değeri, Yüksek puan: Yüksek patoloji

Dikkat eksikliği (DE) ve hiperaktivite/impulsivite (HI) alt tipi gruplarının CEDÖ dışı ve içe yönelim bozuklukları incelenmiştir. DE alt tipine göre incelendiğinde, toplam puan gruplarındaki sonuçlara benzer olarak her alt boyutta gruplar arası farklılık tespit edilmiştir.

DE belirtileri gösteren çocukların psikosomatik belirti anlamlılığı toplam puan ile karşılaştırıldığında daha anlamlı bulunduğu görülmektedir ($p=.003$). Tablo 7 de görüldüğü üzere anlamlı farklılığın en yüksek düzeyde görüldüğü alt boyutlar sosyal problemler, karşı gelme ve duygusal değişkenlik olmuştur.

Tablo 5.3.1.2. Dikkat Eksikliği Alt Tipinde CEDÖ Alt Boyutlarındaki Farklılaşmalar

	DE Grubu (n=24)	Karşılaştırma Grubu (n=26)	%95 G. A.	U	z	p
Sosyal Problemler	36.04	15.56	.000	64.000	-5.401	.000
Karşı Gelme	35.69	15.92	.000	73.000	-4.761	.000
Kaygı	32.85	18.88	.000	147.000	-3.375	.001
Duygusal Değişkenlik	36.31	15.28	.000	57.000	-5.205	.000
Mükemmeliyetçilik	31.65	20.12	.003-.005	178.000	-2.786	.005
Psikosomatik	41.56	20.22	.002-.004	180.500	-2.938	.003

Not. DE: Dikkat Eksikliği n: kişi sayısı, S.O.: Sıra Ortalaması G.A.: Güven Aralığı U: Mann Whitney U değeri, Yüksek puan: Yüksek patoloji

Hiperaktivite/İmpulsivite belirtilerini gösteren grup ile göstermeyen grup arasında CEDÖ dışa ve içe yönelim bozuklukları alt boyutları incelendiğinde psikosomatik belirtiler dışındaki tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hİ belirtilerini gösteren çocukların diğer çocuklara göre daha fazla mükemmeliyetçilik özellikleri olduğu, sosyal problemler yaşadığı, karşı gelme davranışları olduğu, kaygılı oldukları ve duygusal değişkenlik gösterdikleri tespit edilmiştir.

Psikosomatik belirtiler DE alt tipinde anlamlı düzeyde görülürken Hİ alt tipinde gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık görülmemiştir.

Tablo 5.3.1.3. Hiperaktivite/İmpulsivite Alt Tipinde CEDÖ Alt Boyutlarındaki Farklılaşmalar

	Hİ Grubu (n=24)	Karşılaştırma Grubu (n=26)				
	S.O	S.O	%95 G. A.	U	z	p
Sosyal Problemler	35.28	20.65	.000	154.500	-3.633	.000
Karşı Gelme	38.37	18.28	.000	83.500	-4.704	.000
Kaygı	34.70	21.10	.000	168.000	-3.198	.001
Duygusal Değişkenlik	37.00	19.33	.000	115.000	-4.251	.000
Mükemmeliyetçilik	33.87	21.73	.003-.006	187.000	-2.851	.004
Psikosomatik	29.59	25.02	.253-.270	285.500	-1.130	.259

Not. Hİ: Hiperaktivite İmpulsivite, n: kişi sayısı, S.O.: Sıra Ortalaması G.A.: Güven Aralığı U: Mann Whitney U değeri, Yüksek puan: Yüksek patoloji

5.3.2. Aile İşlevselliğine İlişkin Bulgular

Aile Değerlendirme Ölçeği alt boyutları (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler) gruplar bazında incelenmiştir. Grupların farklılaştığı alt boyutları hesaplamak için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Analiz sonucunda gruplar arasında iletişim, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında istatistiksel açıdan $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. DEHB belirtileri gösteren grubun ailelerinde iletişim, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alanlarında sorun yaşandığı görülmüştür.

Tablo 5.3.2.1 Gruplar Arasında Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarındaki Farklılaşma

	DEHB Grubu (n=24)	Karşılaştırma Grubu (n=26)			
	<i>S.O</i>	<i>S.O</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
İletişim	29.42	21.25	210.000	-1.992	.046
Davranış Kontrolü	29.77	20.88	201.000	-2.166	.030
Genel İşlevler	30.37	20.23	185.500	-2.481	.013
Duygusal Tepki Verebilme	31.79	18.69	148.500	-3.266	.001
Problem Çözme	25.21	25.81	304.500	-.147	.883
Roller	21.25	29.35	212.000	-1.948	.051
Gereken İlgiyi Gösterme	24.10	26.79	278.500	-.658	.510

Not. n: Kişi Sayısı, S.O.: Sıra Ortalaması U: Mann Whitney U değeri, Yüksek puan: Sağlıksız işlevsellik

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/impulsivite alt tiplerinin Aile Değerlendirme Ölçeğindeki alt boyut farklılaşmaları Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. DEHB, dikkat eksikliği alt tipinin duygusal tepki verebilme ($U=146.500$; $z=-3.464$; $p < .05$), iletişim ($U=177.500$; $z= -2.790$; $p < .05$) ve genel işlevler ($U=197.500$; $z= -2.429$; $p < .05$) alanlarında sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Hiperaktivite alt tipi incelendiğinde ise duygusal tepki verebilme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sorun yaşandığı görülmüştür ($U=197.500$; $z= -2.405$; $p < .05$). Dikkat eksikliği alt tipinde gruplar arasında fark görülen genel işlevler ve iletişim alt boyutunda, hiperaktivite alt tipinde gruplar arasında bir istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

5.3.3. Ebeveynlik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Ebeveynlik Ölçeği alt boyut puanlarında gruplar arası farklılaşma Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Ölçeğin alt boyutları olan aşırı hoşgörülü, aşırı müdahaleci ve otoriter tutumda gruplar arasındaki farklılaşma tablo 10'da görülmektedir. Aşırı hoşgörülü ve otoriter tutum alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak $p < .05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Ancak aşırı müdahaleci tutumda gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Grupların aşırı müdahaleci tutum puanları benzerlik gösterse de karşılaştırma grubundaki ebeveynlerin daha fazla müdahaleci tutum sergilediği görülmektedir.

DEHB belirtileri gösteren ve göstermeyen çocukların oluşturduğu gruplardaki çocukların ebeveynlerinin diğerlerine göre daha fazla otoriter ve aşırı hoşgörülü tutum sergilediği belirlenmiştir.

Tablo 5.3.3.1. Gruplar Arasında Ebeveynlik Ölçeği Alt Boyutlarındaki Farklılaşma

	DEHB Grubu ($n=24$)	Karşılaştırma Grubu ($n=26$)			
	<i>S.O</i>	<i>S.O</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Aşırı Hoşgörülü Tutum	30.83	19.73	173.000	-2.692	.007
Otoriter Tutum	29.71	20.94	202.500	-2.131	.033
Aşırı Müdahaleci Tutum	24.17	26.73	280.000	-.623	.533

Not. DEHB grubu: DEHB belirtileri gösteren grup, n: Kişi Sayısı, S.O.: Sıra Ortalaması U: Mann-Whitney U değeri

Ebeveyn tutumlarının DEHB alt tiplere göre farklılaşması Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Dikkat eksikliği alt tipinde anlamlı düzeyde farklı görülen ebeveyn tutumları toplam puan sonuçlarına benzer olarak, otoriter tutum ($U=207.000$; $z= -2.227$; $p < .05$) ve aşırı hoşgörülü ($U=197.500$; $z= -2.405$; $p < .05$) tutum boyutlarında olmuştur. Analiz sonucunda hiperaktivite alt tipinde ebeveynlerinin aşırı hoşgörülü tutumu daha fazla sergilediği görülmüştür ($U=198.000$; $z= -2.640$; $p < .05$).

5.4. DSM-V DEHB Kriterlerine Göre 4 Grup Oluşturulması

Bu bölümde gruplar oluşturulurken annelerin ve öğretmenlerin DSM-V DEHB kriterleri formundaki bildirimleri temel alınmıştır. Ayrıca DSM-V tanı ölçütlerinden en az 6 belirti gösteriyor olma kriteri dikkate alınmıştır. Bu doğrultuda en az 6 belirtiyi anne ve öğretmene göre gösteren çocuklar 1. grubu oluşturmuştur. 2. grupta ise en az 6 belirtiyi anneye göre göstermeyen ancak öğretmene göre gösteren çocuklar oluşturmaktadır. 3. grubu en az 6 belirtiyi anneye göre gösteren ancak öğretmene göre göstermeyen çocuklar oluşturmaktadır. 4. grubu ise en az 6 belirtiyi hem anneye hem de öğretmene göre göstermeyen çocuklar oluşturmaktadır.

Bu 4 grubun CEDÖ, Aile Değerlendirme ve Ebeveyn Tutumları Ölçekleri Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile analiz edilmiştir. Tablo 10'da görüldüğü gibi oluşturulan 4 grubun en büyük yüzdesini 4. grup oluşturmaktadır ve 2. grupta beklenenden daha fazla kişi yer almıştır.

Tablo 5.4.1 Grupların DSM-V DEHB Puanlarına Göre Alt Tipler Bazında Dağılımı

DEHB Alt Tipleri	Anne DSM-V		Öğretmen DSM-V	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Dikkat Eksikliği Alt Tipi	3	3.3	4	4.3
Hiperaktivite İmpulsivite Alt Tipi	9	9.8	10	10.9
Kombine Alt Tip	2	2.2	11	12
Hiçbiri	78	84.8	67	72.8
Toplam	92	100	92	100

Not. n: Kişi sayısı, DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V

1. 2. ve 3. gruptaki 6 yada daha fazla semptom gösteren çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite/impulsivite ve kombine tipe göre dağılımı hem anne hem de öğretmen görüşleri açısından incelenmiştir.

DEHB alt tipleri bazında gruplar incelendiğinde annelerin değerlendirmelerine göre hiperaktivite alt tipinde daha fazla çocuk olduğu görülmektedir. Öğretmenlerin DSM-V DEHB kriterleri ölçeği değerlendirmelerine bakıldığında ise hiperaktivite alt tipi ile kombine alt tipte benzer sayıda çocuk olduğunun bildirildiği görülmektedir.

4 grubun cinsiyet dağılımına bakıldığında anne ve öğretmenlerin yüksek puan verdiği 2. grupta erkeklerin kızlardan 3 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Öğretmenlerin erkek çocukları için kızlara göre daha fazla semptom bildirdiği görülmektedir. Annelerin düşük, öğretmenlerin yüksek puan verdiği 2. grupta 6 kız 14 erkek çocuk olduğu görülmektedir. Anne ve öğretmenin düşük puan verdiği grupta kız ve erkek çocuk sayısı benzerdir ($\chi^2(3)=4.525^a$; $p=.210$).

Tablo 5.4.2. 4 Grubun Yaşlara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Gruplar	<i>n</i>	Kız	Erkek	%	Yaş (<i>x</i>)
1.Grup	12	3	9	%13	5,3
2.Grup	20	6	14	%21	5
3.Grup	3	2	1	%3	5,5
4.Grup	57	28	29	%62	5
Toplam	92				

Not. 1. Grup: Anne ve öğretmenlerin yüksek puan verdikleri, 2. Grup: Annelerin düşük, öğretmenlerin yüksek puan verdikleri, 3.Grup: Annelerin yüksek, öğretmenlerin düşük puan verdikleri, 4.Grup: Annelerin ve öğretmenlerin düşük puan verdikleri, n: Kişi sayısı x: Ortalama

Gruplar diğer sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildiğinde, anne ve baba eğitim düzeyi, özel yada devlet okulu ve sosyal ekonomik kültürel düzey açısından homojen dağılıma sahip olduğu görülmektedir. 1. grupta ilkokul ve lise mezunu anne sayısının eşit olduğu ve üniversite mezunu anne sayısının ilkokul ve lise mezunu olanlardan az daha az olduğu görülmektedir. 2. grupta da aynı şekilde ilkokul ve lise mezunu anneler eşit sayıda iken üniversite mezunu anneler bu grupta daha fazladır. 4. gruptaki annelere baktığımızda yine ilkokul ve lise mezunu annelerin benzer sayıda olduğu ve üniversite mezunu annelerin daha fazla olduğu görülmektedir. Babaların eğitim düzeyine bakıldığında 1 ve 4. gruptaki ilkokul, lise ve üniversite mezunu babaların sayılarının benzer olduğu tespit edilmiştir. Ancak 2. grupta ilkokul ve lise mezunu babalar benzer sayıda iken üniversite mezunu olanlar çoğunluktadır. SEK düzeyine bakıldığında 1. grupta orta düzeyde aileler daha fazla bulunurken, 2. grupta yüksek SEK düzeyinde olan daha fazla aile vardır.

Tablo 5.4.3. Grupların Demografik Özelliklere Göre Dağılımları

		1.Grup	2.Grup	3.Grup	4.Grup	χ^2	df	p
		(n)	(n)	(n)	(n)			
Okul	Özel	5	8	3	18	6.019 ^a	3	.111
	Devlet	7	12	0	39			
Anne Eğitim Düzeyi	İlkokul	5	5	1	15	6.851 ^a	9	.653
	Lise	5	5	0	14			
	Üniversite	2	8	2	25			
	Yüksek	0	2	0	3			
	Lisans							
Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul	3	4	2	15	6.652 ^a	9	.673
	Lise	4	6	0	19			
	Üniversite	4	10	1	18			
	Yüksek	1	0	0	5			
	Lisans							
SEK Düzeyi	Düşük	2	3	1	10	5.148 ^a	6	.525
	Orta	7	6	0	22			
	Yüksek	3	11	2	25			

Not. n: Kişi sayısı, χ^2 : Ki kare, $p > .05$, df: Serbestlik derecesi, SEK: Sosyal Ekonomik Kültürel Düzey

5.4.1. Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeğinin diğer psikopatolojileri içeren alt boyutlarının gruplara göre farklılığı Kruskal-Wallis testi ile incelenmiştir. İncelenen alt boyutlar karşı gelme, sosyal problemler, duygusal değişkenlik, mükemmeliyetçilik, kaygı/utangaçlık ve psikosomatik semptomlardır. İstatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunan alt boyutlar karşı gelme ve duygusal değişkenlik alt boyutları olmuştur ($p=.000$). Hangi grupların bu alt boyutlarda farklılaştığını hesaplamak için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 5.4.1.1 Gruplar Arasındaki Karşı Gelme ve Duygusal Değişkenlik Alt Boyutu Farklılıkları

Gruplar Arasındaki Karşı Gelme Alt Boyutu Farklılıkları		<i>n</i>	<i>S.O</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
1. ve 2. Grup	1.grup	12	57.46	54.500	-2.558	.001
	2.grup	20	13.23			
1. ve 4. Grup	1.grup	12	57.46	72.500	-4.278	.000
	4.grup	57	30.27			
2. ve 4. Grup	2.grup	20	48.93	371.500	-2.313	.021
	4.grup	57	35.52			

Gruplar Arasındaki Duygusal Değişkenlik Alt Boyutu Farklılıkları

Gruplar Arasındaki Duygusal Değişkenlik Alt Boyutu Farklılıkları		<i>n</i>	<i>S.O</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
1. ve 4. Grup	1.grup	12	53.29	122.500	-3.581	.000
	4.grup	57	31.15			
2. ve 4. Grup	2.grup	20	48.35	383.000	-2.243	.025
	4.grup	57	35.72			
3. ve 4. Grup	3.grup	3	51.83	21.500	-2.255	.024
	4.grup	57	29.38			

Not. $p < .05$, n =kişi sayısı, $S.O$ =Sıra Ortalaması, 1. Grup: Anne ve öğretmenlerin yüksek puan verdikleri, 2. Grup: Annelerin düşük, öğretmenlerin yüksek puan verdikleri, 3.Grup: Annelerin yüksek, öğretmenlerin düşük puan verdikleri, 4.Grup: Annelerin ve öğretmenlerin düşük puan verdikleri

Karşı gelme alt boyutunda 1.ile 2., 1. ile 4. ve 2. ile 4. gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark puan ortalamaları ile incelenmiştir, en yüksek farklılığın 1. ile 4. grup arasında olduğu görülmüştür. 1. ile 2. grup ve 2. ile 4. grup arasındaki farkın 1. ile 4. grup arasındaki farka göre daha az olduğu görülmüştür. Bir diğer farklılık gösteren alt boyut olan duygusal değişkenlik gruplar arasında değerlendirildiğinde, 2. ile 3. grup, 2. ile 4. grup ve 1. ile 4. grup arasında istatistiksel olarak $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı farklılaşma olduğu bulunmuştur. Karşı gelme ve duygusal değişkenlik alt boyutlarında grupların puan ortalamaları incelendiğinde iki alt boyutta da en yüksek düzeydeki farkın 1. ile 4. gruplar arasında olduğu görülmüştür.

5.4.2. Aile İşlevselliğine İlişkin Bulgular

Aile Değerlendirme Ölçeğindeki gruplar arası farklılaşma Kruskal-Wallis testi ile ölçülmüştür. 1., 2., 3., ve 4. grupların aile değerlendirme ölçeği puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma görülmemektedir ($\chi^2(3)=.742; p=.77$) Grupların ölçek puan ortalamaları dikkate alındığında, 1. grubun 4. gruba göre iletişim, roller, duygusal tepki verebilme ve gereken ilgiyi gösterme alanlarda daha fazla sorun yaşadığı ifade edilebilir.

5.4.3. Ebeveynlik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Grupların, Ebeveyn Tutum Ölçeğindeki farklılaşması Kruskal-Wallis testi ile analiz edilmiştir. Grupların aşırı hoşgörülü ($\chi^2(3)=8.328; p=.039$) ve otoriter ($\chi^2(3)=9.228; p=.026$) tutum alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür.

Tablo 5.4.3.1 Grupların Ebeveynlik Ölçeği Farklılaşmaları

	χ^2	df	p
Aşırı Hoşgörülü Tutum	8.378	3	.039
Otoriter Tutum	9.228	3	.026
Aşırı Müdahaleci Tutum	3.525	3	.318

Not. χ^2 : Ki kare, $p<.05$, df: Serbestlik derecesi

Gruplar arasındaki anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Aşırı hoşgörülü tutum alt boyutunda 2. ile 4. grubun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($U=362.500; z=-2.414; p=.016$). Aşırı hoşgörülü tutum alt boyutunda 1. ile 4. grupların arasında da anlamlı düzeyde bir farklılık tespit edilmiştir ($U=218.500; z=-1.957; p=.050$).

Gruplar arasında otoriter tutumdaki farklılaşma incelendiğinde yine yalnızca 2. ve 4. grubun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($U=373.500; z=-2.286; p=.022$). Puan ortalamaları göz önünde bulundurulduğunda 2. gruptaki ($x=48.83$) ebeveynlerin 4. gruptakilere ($x=35.55$) oranla daha fazla otoriter tutum sergilediği görülmüştür.

Otoriter tutum alt boyutunda 1. ($x=45.25$) ve 4. ($x=32.84$) grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark görülme de puan ortalamaları incelendiğinde 1. grubun daha fazla otoriter tutum sergilediği görülmüştür ($U=219.000$; $z=-1.951$; $p=.051$).

En fazla görülen aşırı hoşgörölü ve otoriter tutumdan hangisinin, hangi grupta daha fazla görüldüğü Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Hiçbir grupta tutumlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Ancak puan ortalamaları incelendiğinde, 1. ve 4. grubun aşırı hoşgörölü tutumu, 2. ve 3. grubun ise otoriter tutumu daha fazla sergilediği görülmüştür.

5.5. Öğretmen Bildirimlerine Göre DSM-V DEHB Belirtilerine İlişkin Bulgular

Araştırma katılmayı kabul eden öğretmenlerin tüm öğrencileri için DSM-V DEHB ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Bu şekilde araştırmaya katılmayı arzu etmeyen velilerin çocuklarının da öğretmen taraflı incelemesi yapılmıştır. Bu sayede araştırmaya katılmamış olan 90 çocuğun, öğretmene göre DEHB değerlendirmesi yapılmıştır. Öğretmenlere göre en düşük %25lik dilimin tavan puan 2, en yüksek %25lik dilimin taban puanı ise 18.5 olarak hesaplanmıştır. DSM-V DEHB puanlarına bakıldığında 18.5 ve üzeri puan alan çocukların 6 tanesinin özel ve 17 tanesinin devlet anaokuluna devam ettiği görülmüştür. 18.5 ve üzeri puan alan çocukların 4 tanesinin kız ve 19 tanesinin erkek çocuk olduğu tespit edilmiştir.

DSM-V DEHB formu en az 6 belirti gösterme durumuna göre incelendiğinde, öğretmenlere göre, 90 öğrencinin 18 tanesinin DEHB belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Bu çocukların 15'inin erkek ve 3'ünün kız çocuğu ve 5'inin özel 13'ünün devlet anaokulunda olduğu görülmektedir. Analiz sonucunda yalnızca öğretmenler tarafından değerlendirilen çocukların 10 tanesinin DE alt tipinde, 14 tanesinin Hİ alt tipinde ve 12 tanesinin kombine alt tipte, 6 yada daha fazla semptom gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 5.5.1 Öğretmen DSM-V DEHB Formuna Göre Yaş, Cinsiyete ve Okul Dağılımı

		DE Alt Tipi	Hİ Alt Tipi	Kombine Alt Tip	Toplam
Cinsiyet	Kız (<i>n</i>)	0	2	1	3
	Erkek (<i>n</i>)	5	5	5	15
Okul	Özel (<i>n</i>)	0	3	2	5
	Devlet (<i>n</i>)	5	4	4	13
Yaş	<i>x</i>	5.2	5.2	4.9	5.22

Not. DE: Dikkat eksikliği, Hİ: Hiperaktivite/İmpulsivite, n: Kişi sayısı, x: Ortalama

BÖLÜM VI

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada, okul öncesi dönemde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri olan ve olmayan çocukların davranışsal, sosyal alandaki sorunları, ebeveyn tutumları ve aile işlevsellikleri incelenmiştir. Araştırmanın verilerinin analizlerinden elde edilen bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Türkiye’de okul öncesi dönemde DEHB belirtilerini incelemek amacıyla DSM-V kriterlerinin kullanıldığı bir çalışma yapılmadığından dolayı DSM-V ile Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği (CEDÖ) DEHB alt boyutları korelasyon analizi yapılmış, DSM ile CEDÖ her alt boyutu arasında yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. DSM-V DEHB form puanları ile DEHB belirtileri gösteren ve göstermeyen iki grup oluşturulmuştur. Grupların CEDÖ, ADÖ, Ebeveyn Tutumları Ölçeği sonuçları analiz edilmiştir. CEDÖ sonuçlarına göre DEHB belirtileri gösteren çocukların sosyal problemler, karşı gelme, kaygı, duygusal değişkenlik, mükemmeliyetçilik ve psikosomatik belirtileri DEHB belirtileri göstermeyen çocuklara göre daha fazla gösterdiği tespit edilmiştir. DEHB belirti düzeyine göre aile işlevselliği incelendiğinde, DEHB belirtileri gösteren çocukların aile içi iletişim, davranış kontrolü, duygusal tepki verebilme ve genel işlevler alanlarında sağlıklı işlevsellik gösterdiği belirlenmiştir. DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin tutumlarına bakıldığında ise, ebeveynlerinin daha fazla otoriter ve aşırı hoşgörülü tutum sergilediği görülmüştür. Analizde öğretmen görüşlerinin ebeveynlerden farklılaşması sebebiyle öğretmenlerin ve annelerin bildirimleri doğrultusunda dört grup oluşturulmuştur. Gruplar oluşturulurken, DSM-V DEHB kriterleri dikkate alınmış, en az 6 belirti gösteren çocuklar DEHB belirtileri gösteren çocuklar gruplarına dahil edilmiştir. Öğretmen ile anne bildirimlerinin farklılaştığı annelerin belirtileri göstermediğini ve öğretmenlerin gösterdiğini düşündüğü çocuk sayısı 20, annelerin belirti gösterdiğini ve öğretmenin göstermediğini düşündüğü çocuk sayısının 3 olduğu tespit edilmiştir. Anne ve öğretmenlerin çocuklardaki belirtilerin hangi alt tipte olduğu hakkındaki görüşleri dikkat eksikliği ve hiperaktivite/impulsivite alt tiplerinde benzer görülürken, kombine alt tipte anneler 2 çocuk bildirirken, öğretmenler 12 çocuk olduğunu bildirmiştir. Cinsiyet bazında

gruplara bakıldığında hem anne hem de öğretmene göre DEHB belirtileri gösteren 24 erkek, 11 kız çocuk olduğu görülmüştür. Anne ve öğretmenlerin DEHB belirtilerini gösterdiğini bildirdiği gruptaki çocuklar CEDÖ karşı gelme ve duygusal değişkenlik alt boyutlarında diğer çocuklara göre daha yüksek puan alırken (yüksek puan=yüksek patoloji), anneler ile öğretmenlerin fikirlerinin ayrı düştüğü, öğretmenlerin belirtileri gösterdiğini ancak annelerin göstermediğini düşündüğü grupta da aynı alt boyutlarda (karşı gelme ve duygusal değişkenlik) yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Annelerin DSM-V DEHB formunda belirti göstermediğini bildirdiği çocukların, belirti gösterenler ile bu anlamda benzerlik göstermesi şaşırtıcı bir veri olmuştur. Anne ve öğretmen bildirimlerine göre oluşturulan gruplar arasında aile işlevselliği açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ebeveyn tutumlarına bakıldığında ise DEHB belirti puanına göre oluşturulan iki grup ile benzer olarak bu dört grupta da otoriter ve aşırı hoşgörülü tutum anlamlı farklılık göstermiştir. Anne ve öğretmenlerin DEHB belirtileri gösterdiğini düşündüğü çocukların ebeveynleri diğer gruplardaki çocukların ebeveynlerine göre daha fazla otoriter ve aşırı hoşgörülü tutum sergilediği tespit edilmiştir. Annelerin belirti göstermediğini ancak öğretmenin gösterdiğini belirttiği gruptaki çocukların ebeveynlerinin, otoriter tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Anne ve öğretmenlerin bildirimlerinin benzer olduğu ve farklılaştığı gruplar arasında tutumlar anlamında aşırı hoşgörülü tutumun farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Sonuçların İlgili Çalışmalar İle Yorumlanması

Çocukluk döneminde psikolojik yardım için tedavi amaçlı başvuruların en sık sebeplerden biri DEHB'dur. DEHB'nun dünya genelindeki yaygınlığına bakıldığında %8-12 oranında olduğu belirlenmiştir (Polanczyk, Limas, Horta, 2007). Romanchuk DSM kriterleri ile DEHB sıklığını araştırdığı çalışmasında görülme sıklığının %3-20 arasında olduğunu tespit etmiştir (Romanchuk, 2010). Türkiye'de yapılan araştırma da çocukluk döneminde en sık tanısı konan bozukluk %25,2 gibi yüksek bir oran ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğu görülmüştür (Aktepe ve ark., 2010). Bu çalışmada 92 çocuktan 12'sinde (%13) hem anne hem de öğretmene göre tanı alacak düzeyde DEHB belirtileri görüldüğü izlenmiştir.

DEHB genellikle yaşamın ilk 5 yılında belirtilerini göstermeye başlamaktadır. Buna rağmen birçok aile çocukları 6-7 yaşlarına geldiğinde öğretmenin yönlendirmesiyle tedaviye başvururlar. Çünkü çocuklarının okula başlaması ile birlikte yaşanan sorunlar en üst seviyeye çıkmaktadır. DEHB belirtileri gösteren çocuklar yüksek zeka düzeyinde olsa bile okul başarısında düşüklük ve akran ilişkilerinde sosyal, davranışsal problemler görülebilmektedir (Osipova, Pankratova, Dinamika, 1997). DEHB belirtileri gösteren çocukların okul döneminde bu sorunları yaşamaması, okul öncesi dönemde alınan önlemler ile sağlanabilir. Rimvall ve arkadaşlarının (2014), ‘Güçler ve Güçlülükler Anketi’ ile yaptıkları boylamsal çalışmada okul öncesi dönemde DEHB belirtilerinin ileriye yönelik belirleyici özellikler taşıdıkları tespit edilmiştir. Okul öncesi dönemde DEHB belirtileri ile gelecekteki belirtilerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. DEHB’nun okul öncesi dönemdeki belirtilerinin ileriki yaşlarda devam ediyor olmasının tespit edilmesi, okul öncesi dönemin bize ileriki yaşlardaki DEHB hakkında doğru bilgi verebileceğini göstermektedir (Rimvall, Elberling, Rask, Helenius, Skovgaard, Jeppesen, 2014).

6.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Davranışsal, Sosyal

Problemler ve Okul İşlevleri

DEHB birçok komorbiditesi olan bir bozukluktur. DEHB nun tek başına görülme olasılığı diğer bozukluklarla birlikte olma olasılığına göre daha düşüktür. Her beş olgudan dördünde eşlik eden bir ya da daha fazla bozukluk söz konusudur. Ancak okul öncesi dönemde eşlik eden bozukluklar çoğunlukla görülmemektedir (Semerci, 2014). DEHB’nun bir arada görüldüğü bazı bozukluklar şu şekilde sıralanabilir; karşı olma karşı gelme bozukluğu, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları uyum bozuklukları ve davranım bozuklukları ve motor koordinasyon bozukluğu. Okul öncesi dönemde bu bozuklukların bazı belirtileri DEHB ile birlikte görülebilir. Araştırmanın CEDÖ sonuçları incelendiğinde DEHB belirtileri gösteren çocuklar karşı gelme, kaygı, mükemmeliyetçilik, sosyal problemler ve psikosomatik belirtileri diğer çocuklara göre daha fazla göstermektedir. Ailelerin, DEHB belirtilerini gösteren çocukların diğer birçok semptomu da gösterdiğini düşünmesi, çocuklarını idare etmekte zorlanmaları, bu sebeple yaşadıkları stres ve bunların sonucunda oluşan negatif önyargıları olabilir.

Stresleri ve önyargıları sonucunda çocuklarının davranışlarını algılayışlarında bozulma ve değerlendirmelerinde sapma olabilir (Dupaul, Mcgoey, Eckert, Vanbrakle, 2001; Johnston, Mash, 2001; Deault, 2009). Bu araştırmanın sonuçları, Dupaul ve arkadaşlarının (2001) okul öncesi dönem DEHB araştırmalarında ebeveyn ve öğretmen değerlendirmelerine göre DEHB olan çocukların davranış ve sosyal problemleri daha fazla yaşadıkları bulgusu ile uyumludur (Dupaul, Mcgoey, Eckert ve Vanbrakle, 2001). Bizim çalışmamızda, verilerin analizinde DEHB belirtileri gösteren çocukların kaygı belirtilerini de yüksek düzeyde gösterdikleri görülmüştür. DEHB olan çocukların karşı gelme davranışları ile beraber kaygı belirtilerini göstermeleri şaşırtıcı olmuştur. Kaygı ve karşı gelmenin bir arada görülmesi, DEHB olan çocuklarda dışa ve içe yönelim bozukluklarından yalnızca birinin görülebileceğini değil, ikisinin de bir arada görülebileceğini göstermektedir.

İçe ve dışa yönelim bozukluklarının içerisinde olan bu bozuklukların bir arada olmaları alanyazında çeşitli hipotezlerle yorumlanmaktadır. Bu sonuçlara benzer olarak Drabick, Ollendick ve Bubier (2010) karşı olma karşı gelme bozukluğu ile kaygı bozukluğunun birbiri ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (Drabick, Ollendick ve Bubier 2010). Cunnigham ve Boyle (2002) okul öncesi dönemde DEHB ve KOKG'nin davranışsal etkilerini araştırdıklarında CEDÖ sonuçlarına göre DEHB olan çocukların, normal ve KOKG bozukluğu olan çocuklara göre okulda daha fazla sosyal problem yaşadıklarını ve içe yönelim davranışlarını daha fazla sergilediklerini tespit etmişlerdir (Cunnigham, Boyle, 2002).

Ülkemizde okul öncesi dönemde DEHB hakkında yapılan bir araştırma olmamasına karşın yurtdışında yapılan araştırmaların sonuçları bu çalışmayı destekler niteliktedir. Okul öncesi dönemde, okul işlevselliğinin belirleyicileri çocuğun diğer öğrencilerle, öğretmenleri ile olan ilişkileri, sınıf aktivitelerine katılımı, okul kurallarına uyması, okul için gerekli olan eşyaları unutmaması yada kaybetmemesi ve yaşlıları ile benzer düzeyde bilişsel becerileri sergileyebilmesidir. Okul işlevselliği gözlem yoluyla yada birebir görüşmeler ile daha doğru değerlendirilebilir. Bu çalışmada yalnızca okul işlevselliğini ölçmek amacıyla bir araç kullanılmamıştır ancak elde edilen verilerden çocukların okul yaşamlarında sosyal problemler yaşadıkları, kurallara uymakta güçlük çektikleri, okul için gerekli olan eşyalarını unuttukları yada kaybettikleri, sınıf içi aktivitelerde dikkatlerini sürdürmekte zorlandıkları görülmüştür.

Kuhne, Schachar ve Tannock (1997) yaptıkları araştırmada DEHB belirtileri gösteren çocukların okuldaki grup çalışmalarına daha az katıldıklarını ve iletişimde güçlükler yaşadıklarını ve günlük olaylarda daha fazla problem meydana getirdiklerini tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar DEHB olan çocukların okul döneminde yaşayacakları akademik problemlerin yordayıcısıdır (Kuhne ve ark, 1997).

Bu araştırmada DEHB belirtileri gösteren çocukların duygusal değişkenliğinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuç DEHB'nun bir komorbiditesi olan duygu durum bozukluklarının akla getirebilir. Okul öncesi dönemde komorbidelerin görülmeyeceği öne sürülüyor olsa da DEHB ile birlikte görülebilecek olan diğer bozuklukların bazı semptomlarının okul öncesi dönemde başlayabileceği görülmüştür. DEHB belirtileri gösteren çocukların okul öncesi dönemde daha fazla öfke patlamaları yaşadıkları, sık sık ya da kolayca ağladıkları ve ruh hallerinin ani bir şekilde değiştiği tespit edilmiştir. Slemming ve arkadaşlarının (2010) geriye dönük çalışmasında okul öncesi dönemde görülen duygusal ve davranışsal problemlerin 10 ile 12 yaş arasındaki görünümü araştırılmıştır. Okul öncesi dönemde görülen kaygı-korku ve düşmanca-agresif duygulanım ve davranışların okul döneminde duygusal problemlere yol açtığını tespit etmişlerdir. Okul döneminde duygusal problemler yaşayan çocukların okul öncesi dönemde içe ve/veya dışa yönelim davranışlarının olduğu görülmüştür (Slemming, Sorensen, Thomsen, Obel, Henriksen, Linnet, 2010).

6.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Ebeveyn Tutumları

Çocuklardaki DEHB'nun ebeveynlerinde stres ve kaygıya sebep olması birçok araştırmaya konu olmuş ve DEHB belirtileri olan çocukların ebeveynlerinin daha fazla stres ve kaygı yaşadığı belirlenmiştir (McLaughlin, Harrison, 2006). Ebeveynlerin yaşadığı stres, kaygı ve zorlanmaların tutumlarına olan etkileri göz ardı edilmemelidir (McLaughlin, Harrison, 2006). Bu araştırmada DEHB belirtilerine göre ebeveyn tutumlarının farklılık gösterip göstermediği ve DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinde hangi tutumlara sıklıkla rastlanıldığı araştırılmıştır. Giriş bölümünde değinilen ebeveyn tutumlarına etki eden etmenlerden biri çocuğun yaşıdır. Çocuğun yaşı ile ebeveynin tutumlarının değişmesini araştıran Donenberg ve Baker (1993), DEHB'nun ve ebeveyn stresinin etkilerini doğrulamış ayrıca çocuğun yaşıyla büyümesi ile ebeveyn tutumlarının değişim gösterdiğini tespit etmişlerdir (Donenberg, Baker, 1993).

DEHB belirtileri gösteren yaşı küçük çocuklar yaramaz, hareketli yada yaşı ilerledikçe düzelir gibi değerlendirilebilir, ancak çocuk büyüyüp okul çağına geldiğinde beklentiler artar, tolerans azalır ve DEHB belirtileri çocuk ile ebeveyn arasındaki ilişkinin daha stresli bir hal almasına sebep olur. Bu sebeple ebeveynler okul çağındaki çocuklara daha fazla sözel uyarıda bulunurken, okul öncesi dönemde daha hoşgörülü bir tutum sergileyebilirler. Bu araştırmada okul öncesi dönemdeki çocukların ebeveynlerinin aşırı sözel uyarılarda bulunmadığı daha çok aşırı hoşgörülü ve otoriter tutumu sergiledikleri görülmüştür.

Araştırmanın başlangıcında DEHB olan çocukların ebeveynlerinin diğer ebeveynlere göre disiplin sağlama tutumlarını daha fazla sergiledikleri düşünülmüştür. Aşırı hoşgörülü, aşırı müdahaleci ve otoriter tutumlarının tamamını daha fazla gösterecekleri varsayılmıştır. Araştırma sonucunda ebeveynlerin aşırı hoşgörülü ve otoriter tutumda diğer gruba göre farklılık gösterdiği ancak aşırı müdahaleci tutumda istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çocuğu DEHB belirtileri gösteren ebeveynlerin, çocuklarının dürtüsel davranışları sonucunda başlarına gelebilecek olan yaralanmalardan korumak amacıyla aşırı müdahaleci tutumu daha fazla göstermeleri beklenmiştir. Ayrıca DEHB belirtileri gösteren çocukların sözel uyarılara daha fazla ihtiyacının olması, uygun davranışları gerçekleştirmemesi sebebi ile uyarıların sürekli tekrar edilmesi gerektiği düşünülmüştür. Ancak araştırma sonucunda ebeveynlerin müdahaleci tutumlarının farklılık göstermediği görülmüştür, tespit edilen bu sonuç Donenberg ve Baker'ın araştırması ışığında çocuğun yaşı ile açıklanabilir (Donenberg ve Baker, 1993). Azevedo, Santos, Gaspar ve Homem anaokulu çocuklarında görülen DEHB belirtilerini erken müdahale ile (ebeveynlere psikoeğitim vererek) düzenlemenin anne ve çocuğa olan etkilerini araştırmışlardır. Test tekrar-test yöntemi uygulanan araştırmada iki test arasında ebeveynlere 8-12 aylık eğitim verilmiştir. Eğitim öncesinde ebeveyn tutumlarına bu araştırmada kullanılan 'Ebeveynlik Ölçeği' ile bakıldığında DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin aşırı hoşgörülü, aşırı müdahaleci ve otoriter tutumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla gösterdikleri görülmüştür. En fazla görülen tutum ise aşırı müdahaleci tutum olmuştur. Ebeveynlere verilen eğitim sonrasında tutumlarının anlamlı düzeyde olumlu yönde değişimi gözlemlenmiştir. Ayrıca annelerin bildirimlerine göre ebeveynlerdeki bu değişim çocukların DEHB belirtilerinin azalmasını sağlamıştır (Azevedo, Santos, Gaspar ve Homem, 2014).

Bu araştırma da Azevedo ve arkadaşlarına benzer olarak DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin otoriter ve aşırı hoşgörülü tutumu, belirtileri göstermeyen çocukların ebeveynlerine göre daha fazla sergiledikleri görülmüştür. Yousefia, Far ve Abdolahian (2011) 5-12 yaş aralığındaki DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin tutumlarını araştırdıklarında, belirtilerin ebeveynlerde çocuklarını daha fazla kontrol etme arzusu uyandırdığını ebeveynlerin çocuklarına daha fazla ceza yöntemi uyguladıklarını görmüşlerdir. Ebeveynlerin yaşadığı stres uyguladıkları ceza yöntemlerini artırır. Çocuklarındaki hiperaktif ve dürtüsel davranışları baskılamak amacıyla verilen cezalar ise çocuğun agresif ve dışa yönelim davranışlarının artmasına sebep olmaktadır. DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin demokratik tutum yerine otoriter tutum sergilediklerini tespit etmişlerdir (Yousefia, Far, Abdolahian, 2011). Ayrıca Barkley ve diğer birçok araştırmacı, ebeveynlerin çocuklarındaki DEHB'na yaklaşımı negatif, talepkâr ve eleştirel olduğunu gözlemlemişlerdir (Barkley, 1988; Shelton, Dupaul, 1992; Baker, 1994). Ebeveynlerin bu yaklaşımı otoriter tutum sergilemelerini pekiştiriyor olabilir. Bu araştırmada da DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin otoriter tutum sergilediği görülmüştür. DEHB belirtileri gösteren ile göstermeyen gruplardaki ebeveynlerin farklılık gösterdiği diğer bir ebeveyn tutumu ise aşırı hoşgörülü tutumdur. Aşırı hoşgörülü tutumda ebeveynler çocuklarına yeteri kadar sınır ve kural koymazlar, şımartırlar ve beklentileri düşük seviyededir. Araştırmada elde edilen sonuçlarda DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin hem aşırı hoşgörülü hem de otoriter tutum sergiledikleri görülmektedir. Ebeveynlerdeki bu tutarsızlık DEHB belirtileri gösteren çocuklarda içsel karmaşaya ve davranış problemlerine sebep olabilir. Ebeveyn tutumlarını etkileyen etmenlerden biri de çocuğun mizacıdır. DEHB alt tiplerine göre incelendiğinde dikkat eksikliği belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin aşırı hoşgörülü ve otoriter tutum sergilediği görülmüştür. Hiperaktivite/impulsivite belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin tutumları incelendiğinde ise yalnızca aşırı hoşgörülü tutumu diğer ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla gösterdikleri tespit edilmiştir. Hiperaktivite impulsivite belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin aşırı hoşgörülü tutuma sahip olmaları iki şekilde açıklanabilir, bunlardan biri ebeveynlerin çocuklarının davranışları ile baş edemeyerek boş vermişlik içine girmeleri diğeri ise ebeveynlerin aşırı hoşgörülü tutumlarının çocukları tarafından izin verici olarak algılanması sonucunda belirtilerin belirginleşmesi olabilir.

6.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aile İşlevselliği

DEHB'nun ve aile işlevselliğinin birbirleri üzerindeki etkileri son 40 yıldır araştırmalara konu olmaktadır. DEHB da diğer ruhsal bozukluklar gibi aile işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle birçok araştırmacı DEHB olan çocuk ve yetişkinlerin aile işlevselliğini incelemiştir. Türkiye'de DEHB belirtileri gösteren çocukların aile işlevselliğini araştıran Soysal ve arkadaşları iletişim, problem çözme ve davranış kontrolü alanlarında sorunlar tespit etmişlerdir. İletişim açısından dikkat eksikliği alt tipinde, roller açısından ise birleşik alt tipte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar saptamışlardır (Soysal ve ark. 2013). Mohammad ve Kasaei'nin yaptığı araştırmada ise 30'ar aileden oluşan DEHB belirtileri gösteren ile göstermeyen iki grubun aile işlevselliği karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar görülmüştür (Mohammad, Kasaei, 2012). Ghanizadeh ve Shams (2007) DEHB olan çocuk ve ergenlerin aile işlevlerini bu araştırmada kullanılan aile değerlendirme ölçeği ile incelediğinde DEHB olan çocukların ailelerinde roller ve davranış kontrolü alanlarında sorun yaşadığını tespit etmişlerdir (Ghanizadeh, Shams, 2007). Bu araştırma da da davranış kontrolü alanında işlevsellikte bozulma tespit edilmiş, roller alt boyutunda ise anlamlılığa yakın bir değer tespit edilmiştir ($p=.051$)

Bu çalışmada DEHB belirtilerinin aile işlevselliği üzerindeki etkileri incelendiğinde DEHB belirtileri gösteren çocukların olduğu ailelerde iletişim, davranış kontrolü, duygusal tepki verebilme ve genel işlevler alanlarında sorunlar yaşandığı görülmüştür.

Sağlıksız aile işlevselliğinin görüldüğü alanlardan biri olan *iletişim* alt boyutu, kişiler arası ilişkilerde en kritik konu olarak ele alınmaktadır ve aile işleyişinde dinamik bir güçtür (Russel, 1979). İletişim; işbirliği, karar verme, problem çözme, davranış kontrolü, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme gibi genel işlevlere doğrudan etki etmektedir. Aile içinde etkili bir iletişim, bireylerin birbirlerini daha iyi tanımalarına ve birbirlerine saygı duymalarına, davranışlarda koordinasyona, amaçların belirlenmesine ve aile içinde kaynakların kullanımında beraberliğin sağlanmasına olanak tanır (Hawkins, 1977). DEHB olan çocuklar ile bu sağlıklı iletişim olaylarının deneyimlenmesi oldukça zordur, dolayısıyla bu ailelerde iletişim boyutunda problemler yaşanması kaçınılmazdır. Bu araştırmada da DEHB belirtileri gösteren çocukların aile içi iletişim alanında sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

DEHB belirtileri gösteren gruptaki ebeveynlerin aile içinde birisi hoşlanmadıkları bir şey yaptığında ona bunu açıkça söylemediklerini, sinirlenince birbirlerine küstüklerini, ev içerisinde birbirlerine karşı açık sözlü olmadıklarını bildirmişlerdir.

Temelinde iletişim olan *duygusal tepki verebilme* alt boyutu aile bireyleri arasındaki sevgi, mutluluk, üzüntü, korku gibi duyguların aktarımını içerir. Empati ve birbirlerini anlama becerileri sağlıklı aile işlevselliğinde önemli bir yere sahiptir. DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveynleri bu alanda sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Duygusal tepki verme alt boyutunda ebeveynler en çok; bazı aile üyelerinin duygularını belli etmediklerini ve ağlamak istediklerinde çekinmeden ağlayamadıklarını bildirmişlerdir.

Davranış kontrolü DEHB belirtilerine göre değişiklik gösteren alt boyutlardan biridir. Aile üyelerinin davranışlarına kurallar koyma ve disiplin sağlama becerilerini ele almaktadır. Bu alt boyutta en düşük işlevselliğin görüldüğü madde, ‘Ailede herkes başına buyruktur’ olmuştur. Hiperaktivite ve impulsivite belirtileri olan bir çocuğun bulunduğu ailede bu durumun görülmesi ve ebeveyn tarafından bu şekilde bildirilmesi beklenmedik bir durum değildir. Ebeveynler ailelerinde sert ve kötü davranışların belli durumlarda değil çoğu zaman görüldüğünü bildirmişlerdir.

İletişimdeki aksaklıkların sebep olduğu bir diğer alt boyut ise *gereken ilgiyi gösterebilme*dir ki DEHB belirtileri gösteren çocukların bulunduğu ailelerde bu alanda bir soruna rastlanmamıştır.

Problem çözme aile üyelerinin sorun çıkarıcı konularda etkili çözüm yolları üretebilmeleridir (Falloon, 1986). Bazı araştırmalarda DEHB olan ile olmayan çocukların aileleri incelendiğinde problem çözme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ancak bu araştırmada DEHB olan çocukların bulunduğu ailelerde bu alanda sorun yaşanması beklenirken anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Ailede *roller*, kültürel olarak tanımlanır ve nesilden nesile geçer, aile üyelerinin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Ruhsal bozukluğa sahip olan üyelerin bulunduğu aileler de rol işlevselliğinde bozulma olabilir. Ancak DEHB belirtilerine göre incelendiğinde bu araştırmada aileler de roller anlamında bir sorun yaşanmadığı tespit edilmiştir.

Genel işlevler ise bahsedilen altı alt boyutu kapsamakta ve 12 maddeden oluşmaktadır. DEHB belirtileri gösteren çocukların ailelerinde genel işlevler alanında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sorunlar yaşandığı tespit edilmiştir.

6.4. Öğretmen ve Ebeveynlerin Bildirimlerinin Farklılığı

Öğretmenler ile ebeveynlerin çocuğu değerlendirilmesi çoğu zaman farklılık göstermektedir. Doğru değerlendirme yapabilmek için objektif olan tarafın görüşlerini almak gereklidir. Öğretmenlerin ve ebeveynlerin değerlendirmelerini ele alan birçok çalışma yapılmıştır.

Bazı öğretmenlerin yada ebeveynlerin olumlu yada olumsuz yönde bir değerlendirme eğiliminde oldukları görülmüştür. Olumsuz değerlendirme eğiliminde olan bir öğretmenin çocukların problemlerini olduğundan daha yüksek seviyede olduğunu bildirmesi yada olumlu değerlendirme eğiliminde ise çocukların problemlerini yok sayabildiği görülmüştür.

Antrop ve arkadaşlarının 6-12 yaş aralığındaki DEHB belirtileri gösteren çocukların ebeveyn ve öğretmen bildirimlerindeki benzerliği incelediğinde bildirimlerin uyumluluğunun düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir. Öğretmenlerin annelere göre daha düşük düzeyde belirti bildirmesini öğretmenlerin problem davranış algılarının ebeveynlerinkiler ile farklı olmasına bağlamışlardır (Antrop, Roeyers, Oosterlaan, Oost, 2002). Diğer araştırmalar incelendiğinde çoğunda öğretmen ile ebeveynlerin bildirimlerinin benzer olduğu tespit edilmiştir ancak araştırmaların yapıldığı yaş grubu genellikle 6-12 yaş aralığını kapsamaktadır. Makransky ve Bilenberg 6 ile 16 yaş aralığındaki 566 çocuğun öğretmen ve ebeveyn DSM-V DEHB ölçeği değerlendirmelerini karşılaştırmıştır. Öğretmenlerin verdiği puanların ebeveynlerin puanlarına göre daha düşük ve müsamahalı olduğunu tespit etmişlerdir. Bunun sebebi olarak öğretmenin birçok çocuğu göz önünde bulundurarak değerlendirmesi ve ebeveynlerin ancak kardeş yada etrafında gördüğü birkaç çocuk ile karşılaştırarak değerlendirmesi olabileceğini vurgulamışlardır (Makransky, Bilenberg, 2014). Dupaul'un 6-12 yaş aralığını ele aldığı araştırmasına baktığımızda ise öğretmen ve ebeveynlerin DEHB değerlendirmelerinde test tekrar-test yöntemi uyguladığında iç tutarlılık saptandığı görülmektedir (Dupaul, 1991). Bussing ve arkadaşlarının DEHB'nun ebeveyn ve öğretmen değerlendirmelerini yaş cinsiyet ve ırk bazında 3.158 ilkokul öğrencisini incelendiğinde diğer araştırmalara benzer olarak ebeveyn ve öğretmen değerlendirmelerinin benzerlik gösterdiğini ve sosyodemografik özellikler doğrultusunda istatistiksel olarak bir farklılık olmadığını tespit etmişlerdir. Erkek çocuklarının kızlara göre DEHB belirtilerini daha fazla gösterdiği konusunda hemfikir oldukları görülmektedir (Bussing, Fernandez, Harwood, Garvan, Eyberg, Swanson, 2008).

Bu araştırma da öğretmenler ile ebeveynlerin değerlendirmeleri karşılaştırıldığında büyük bir çoğunluğun aynı görüşte olduğu tespit edilmiştir (N=69). Ancak farklı değerlendirilen çocuk sayısı da azımsanmayacak düzeydedir (N=23). Öğretmenlerin DEHB belirtilerini gösterdiğini ancak ebeveynlerinin göstermediğini bildirdiği 20 çocuk bulunmaktadır. Araştırma da elde edilen veriler ebeveynlerin daha objektif olduğunun düşünülmesine yol açmıştır, çünkü öğretmenlerin verileri ele alındığında çocukların %34.7'sinin DEHB belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sayı yapılan araştırmalar ile uyum göstermemektedir. Araştırmaların çoğu göz önünde bulundurulduğunda DEHB'nun okul öncesi dönemde görülme sıklığının %3-20 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuç okul öncesi dönemdeki DEHB belirtilerinin öğretmenler tarafından abartılarak gözlemlendiği şeklinde yorumlanabilir.

Ebeveyn ve öğretmen değerlendirmelerinin tutarlılığının incelendiği araştırmalar çoğunlukla ilkokul çağındaki çocuklar üzerinde yapılmıştır. Okul öncesi dönemde ebeveyn ve öğretmenlerin görüşlerinin tutarlılığının daha fazla çalışmada değerlendirilmelidir.

BÖLÜM VII

ÖNERİLER

Araştırmaya Yönelik Öneriler

1. Ülkemizde okul öncesi dönemde çocukların davranış problemleri ile ilgili çalışmalar yapılmış olsa da DEHB hakkında yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Okul öncesi dönemde diğer çocuklardan bu anlamda farklılaşan çocukların belirlenmesi ve önlemler alınabilmesi daha fazla araştırma ile sağlanabilir. DEHB belirtileri gösteren çocukların yaşadıkları duygusal, sosyal, davranışsal ve ailesel problemlerini inceleyen betimsel, deneysel ve nitel ve uzunlamasına çalışmalar yapılmasında fayda vardır.
2. Araştırma yapmaya başlamadan önce çalışmanın sürdürüleceği okullarda ebeveyn ve öğretmenlerin katılacağı DEHB hakkında bilgilendirme yapılan bir görüşme yapılması faydalı olacaktır, bu sayede edinilen bilgiler doğrultusunda öğretmenlerin ve ebeveynlerin forumları daha doğru, gerçekçi bir şekilde cevaplandırılması sağlanabilir.
3. Bu çalışmada DSM-V DEHB tanı kriterleri ölçeği kullanılmıştır, ancak semptomların en az 6 aydır görülüyor olması kriteri öğretmenler tarafından karşılanamamıştır. Ayrıca araştırmalarda öğretmenlerden elde edilen diğer ölçek verilerinin de doğrulunun sağlanabilmesi için öğretmenin çocuğu yeterli zaman boyunca gözlemlemiş olması gerekmektedir. Bu sebeple araştırmaların okulların birinci döneminde değil ikinci dönemde yada aynı okulda ikinci yılına başlayan öğrenciler ile yapılması gerekmektedir.
4. Çalışma verileri yaz tatilinden sonraki dönemde toplanmıştır, çocukların tatil sonrasında davranışlarında değişme olabileceği göz önünde bulundurularak araştırmanın verilerinin tamamının tatillerden en az 1 ay sonra toplanması doğruluğu arttıracaktır.

5. Araştırma da veriler sınırlılıklar sebebi ile öğretmen veya okul müdürü vasıtası ile toplanmıştır, verilerin mümkün olduğunca velilerden birebir toplanması formların daha samimi cevaplanması dolayısıyla daha doğru olması ihtimalini arttıracaktır.
6. Bu çalışmada, katılımcılara araştırma sonrasında çocuklarının bulunduğu gelişimsel süreç, DEHB ve ebeveyn tutumları hakkında bilgilendirme yapılması arzu edilmiş ancak sınırlılıklar nedeni ile yapılamamıştır. Araştırma yapılan okullarda seminer verilmesi, ebeveynlerin DEHB ve ebeveyn tutumları hakkında bilgilendirilmesi yanlış yönlendirme ve bilgilendirmelerin azaltılmasını sağlayacaktır. Bu sayede DEHB gibi ruhsal sorunlara ebeveynlerin ve öğretmenlerin daha ılımlı yaklaşması, damgalanma korkusunun azaltılması küçük bir kesimde de olsa sağlanabilir.
7. Araştırma da çocukların okul işlevleri sosyal, davranışsal ve bilişsel boyutlarda ebeveynlerin ve öğretmenlerin verileri ele alınarak değerlendirilmiştir. Ancak araştırmacı okulda çocuğun öğretmeni ve diğer öğrencilerle ilişkilerini, sınıf aktivitelerine katılımını ve gerekli gelişimsel becerilerini (ince motor becerileri gibi) gözlemleyerek verilerin doğruluğunu arttırabilir.
8. Gelecekte yapılacak araştırmalarda DEHB belirtilerinin yüksek düzeyde görüldüğü düşünülen çocuklarla birebir yada başka bir uzman ile görüşmeler yaparak daha detaylı inceleme yapılabilir.
9. Çalışmanın örneklemini 92 anaokulu öğrencisinin annesi ile sınırlı kalmıştır. Örneklemin genişletilmesi ile daha homojen veriler elde edilebilir ve daha ayrıntılı analizlerin yapılması mümkün kılınabilir.
10. Bu araştırma da anne ve öğretmenlerin bildirimlerinden yararlanılmıştır, bu durum elde edilen verilerin subjektif olmasına yol açmaktadır. Okul öncesi dönemde DEHB etkileri araştırılırken daha detaylı bilgi edinmek ve bulguların doğruluğunu arttırabilmek amacıyla daha objektif veriler kullanılmalıdır. Gelecekteki çalışmalarda gözlem yönteminin de kullanılması verilerin daha objektif olmasını sağlayacak ve araştırmanın doğruluğunu arttıracaktır.
11. Araştırmaya babalarında dahil edilmesi ile onların gözlem ve görüşlerinin değerlendirilmesi sağlanabilir. Bu sayede anne ve babaların çocuklarının davranışlarına olan bakış açıları, aile ilişkilerini değerlendirmeleri ve ebeveynlik tutumları ayrı ayrı incelenebilir.

12. Gelecek çalışmalarda araştırmacı daha belirgin bilgilere ulaşabilmek amacı ile öğretmen raporlarından faydalanabilir veya ailelerin yaşanan DEHB ile ilgili olayları kayıt edebilecekleri bir günlük kullanılmasını isteyebilir ve bu günlüklerden yararlanılabilir.
13. DEHB genetik yatkınlığı yüksek olan bir bozukluk olduğu için, verilerin doğruluğunu arttıracak bir diğer önlem ise annelerin ve babaların DEHB düzeyini araştırmaya dahil etmek olacaktır. DEHB olan bir anne yada babanın çocuğu hakkındaki DEHB bildirimleri diğer ebeveynlere göre farklılaşabilir.
14. Konu ile ilgili boylamsal çalışma yapılarak okul öncesi dönemde DEHB belirtilerini yüksek düzeyde gösteren çocukların ilk okul birinci sınıftaki durumları incelenerek, okul öncesi dönemde DEHB'nun tespit edilebilirliği ve tespitlerin doğruluğu sınanabilir. Çocuğun rahatsızlığının ileriki dönemlerde ebeveyn tutumlarında değişime ve aile ilişkilerine etkileri incelenebilir. Çocuğun okul öncesi dönemde yaşadığı sosyal ve davranışsal problemlerin gelişimsel sürecine olan etkilerinin belirlenmesi sağlanabilir.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

1. Araştırmaya katılan ebeveyn ve öğretmenlerin azımsanmayacak sayıda çocuk hakkında farklı görüşleri olduğu tespit edilmiştir, bu sebeple ebeveyn ve öğretmen görüşlerini ortak payda da birleştirmek amacıyla daha sık ve verimli veli öğretmen görüşmeleri yapılabilir, bu görüşmelere rehberlik öğretmeni veya psikolog tarafından psikolojik destek eklenebilir.
2. Çalışmada DEHB belirtileri gösteren çocukların sosyal ve davranışsal alanlarda problem yaşadığı görülmüştür, çocukların bu alanlarda destek alması sağlanabilir.
3. Aile ilişkilerinde yaşanan sorunlar aile terapileri ile ele alınabilir ve yaşanan problemlerin minimuma indirilmesi sağlanabilir. Bu sayede hem ebeveynlerin stresi hem de çocuğun yaşadığı içsel ve dışsal sorunlar azalacaktır.
4. Ebeveynlere, ebeveynlik tutumları hakkında ayrıntılı bilgilendirme psikoeğitimler ile yapılabilir. Daha geniş kitlelere ulaşmak amacıyla eğitim programları düzenlenebilir.

KAYNAKLAR

Aktepe, E., Demirci, K., Çalışkan, AM., Sönmez, Y. (2010). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:100-108.

Alpanda, S. (2010). DEHB ile görsel mekansal işlevler arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul*.

American Psychiatric Association (APA) (2005). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) Washington DC.. Köroğlu, E., (Çev.), *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) Washington DC., Köroğlu, E., (Çev.), *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*.

American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV) Washington DC., Köroğlu, E., (Çev.), *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*.

Arabgol, F., Shooshtari, M., Panaghi, L. (2014). Therapeutic Intervention and Parenting Style of Abusive Parents. *High Risk Behav Addict*, 12; 3(4)

Arnold, L.E., Jensen, P.S. (1995). Attention-Deficit Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4,2295.

Aydın, B. (2005). Çocuk ve Ergen Psikolojisi. Nobel Yayın Dağıtım, 37-48.

Azevedo, A., F., Santos, M. J., Gaspar, M. F., and Homem, T. (2014). A parent-based intervention programme involving preschoolers with ADHD behaviours: are children's and mothers' effects sustained over time?. *Eur Child Adoles Psychiatry*, 23,437-450.

Balkwell, C. and Halverson, C.F. Jr. (1980). "The hyperactive child as a source of stress in the family: consequences suggestions for intervention". *Family relations*, 29,550-557.

Baltaş, A. (1993). Eğitim Başarısını Yükseltmede, Sağlıklı ve Mutlu İnsanlar Yetiştirmede Ailenin Rolü. Ana-Baba Okulu. *İstanbul: Remzi Kitabevi*, 4,157-195.

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. New Jersey: *Prentice-Hall*.

Barkley, R.A. (1998). ADHD and the nature of self-control. 2nd ed. New York: Guilford.

- Barkley, R.A., DuPaul, G.J. and McMurray, M.B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6,775-789.
- Barkley. R.A., Fischer, M., Smallish, L., Fletcher, K. Young (2006). Adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of Am Academy Child Adolescent Psychiatry* 45,192- 202.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37 (4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75 (1), 43-88.
- Biederman J., Faraone S.V., Keenan K., Benjamin J., Krifcher B., Moore C., Buckminster S., Ugalia, K., Jellinek M.S., Steingard R. (1992). Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*, 728-738.
- Biederman, J., Petty CR, Monuteaux, M.C. (2008). The longitudinal course of comorbid oppositional defiant disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: findings from a controlled 5-year prospective longitudinal follow- up study. *J Developmental Behavior Pediatr*, 29(6),501- 507.
- Biederman, J., Monuteaux, M., Spencer, T., Wilens, T., MacPherson, H. and Faraone, S. (2008). Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 165,597-603.
- Bosh, M., (1988). “Aile terapisinde grup” grup psikoterapileri ve sempozyum bildirileri. *Ankara: Aşama Matbaacılık Sanayi*.
- Both, E. (1972). “Urban families: the norms of conjugal roles” The psychosocial interior of the Family. *Chicago: aidine. Atherton Inca*.
- Bronstein, M.H. and Zlotnik, D. (2008). Parenting styles and their effects. Haith, M.M & Benson, J.B (Ed.), *Infant and Early Childhood Development*, 496-509.
- Bulut I. (1990). Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Elkitabı. *Özgüzelış Matbaası, Ankara*.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: s review of the past 10 years. *Journal of Am Academy Child Adolescent Psychiatry*, 35,978- 986.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C, Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K. and Hall, L.L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Serv.*, 56(5):551-556.
- Cortese, S. (2001). The neurobiology and genetics of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *European Journal of Pediatrics Neurology*, 168:422-433.

Cuningham, C.E. and Boyle, M.H., (2002). Preschoolers at risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder: family, parenting and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6):555-569.

Dang, M. T., Warrington D., Tung T., Baker, D., Pan, R.J. (2007). A School- Based approach to early identification and management of students with ADHD. *Journal of School Nursing*, 23:2-12.

Deault, L.C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev*, 41:168–192

Demiriz, S. ve Öğretir, A.D. (2007). Alt ve üst sosyo-ekonomik düzeydeki 10 yaş çocuklarının anne tutumlarının incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(1):105-122.

Dodson, W.W, (2006). Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu, psikiyatrinin sınırları. Ed: Jacobson J.L., Jacobson M.A. Çev Ed: Kayaalp M.L, Doğangün B., *Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul*, 302-309.

Doğan, S., Öncü, B., Saraçoğlu, G.V, Küçükgöncü, S. (2009). Adult attention deficit hyperactivity disorder self-report scale (ASRS-v1.1): the validity and reliability of Turkish version. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10:77-87.

Doğan, S., Öncü, B., Varol S.G., Küçükgöncü, S. (2008). Üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 10:109-115.

Drabick, D.A.G., Ollendick, T.H., Bubier, J. L., (2010). Co-occurrence of ODD and Anxiety: shared risk processes and evidence for a dual-pathway model. *Clin Psychol*, 17(4): 307–318.

Durukan, İ., Karaman, D., Kara, K., Türker, T., (2011). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:113-120.

Dünya Akıl Sağlığı Raporu (2007). <http://www.who.int/whr/previous/en/> Erişim Tarihi: 04. 08. 2016

Ekşi, A. (1999). Ben Hasta Değilim. *Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara*.

Elderkin, B. J. (1975). Family Therapy. *New York: Jason Aronson*, 180-185.

Ercan, E.S., Köse, S., Kutlu, A., (2012). Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22:148-60.

Erol, N., Şimşek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: çocuk ve gençlerde ruh sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. 1. Baskı, N., Erol, C., Kılıç, M., Ulusoy, M., Keçeci, Z., Şimşek A., (Ed), *Eksek Tanıtım Ltd. Şti, Ankara.*, 25-75.

- Everett, A.C. and Everett, S.V. (1999). Family Therapy for ADHD. *Guilford Press, New York.*, 7.
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., (2008). A Meta-Analysis of behavioral treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Clinical Psychology Review*, 29:129–140.
- Fallon, I.R.H., Krekorian, H., Shanahan, J., (1993) A family based approach to adult mental disorders. *Journal of Family Therapy*, 15:147-61
- Faraone, S.V., Biederman, J. (1998). Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Biological Psychiatry*, 44:951-958.
- Fettahoğlu, Ç., Özatalay, E. (2006). Çocuklarda hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmaları ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13:13-18.
- Friedlander, W. A. (1966). Sosyal Refah Hizmetine Başlangıç, Çeviren: Resan Taşcıoğlu, *Ankara SSYB Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü Yayınları, Senyuva Matbaası*, 44
- Gadow, K. D., Nolan, E. E., Litcher, L., Carlson, B., Panina, N., Golovakha, E., Sprafkin, J., Bromet, E. J. (2000). Comparison of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder symptoms syndromes in Ukrainian schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:1520– 1527.
- Geçtan, E., (1982). Çağdaş Yaşamda Normal Dışı Davranışlar, *Ankara: Maya Matbaacılık*, 12
- Gentschel, D.A., McLaughlin, T.F. (2000). “Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: characteristics and suggested methods of treatment”, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 12 (4):333-347.
- Goldenberg, L. R. (1992). The development of markers for the big-five factor structure, *Psychological Assessment*, 59:1216-1229.
- Goldstein, S., Goldstein, M. (1992). Hyperactivity: Why won't my child pay attention. *New York : John Wiley & Sons Inc.*
- Gökçen, C., Özatalay, E., Fettahoğlu, E.Ç. (2011). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların anne babalarında psikolojik belirtiler ve aile işlevselliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 18:95-104.
- Grusec, J.E. (2002). Parental socialization and children's acquisition of values. M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates*, 143-168.
- Güçlü, O., Erkıran, M., (2004). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yükünlük. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7:32-41.

Hale, R. (2008). Baumrind parenting styles and their relationship to the parent developmental theory. *Doctoral Dissertation, Pace University*.

Hechtman, L. (1996). "Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Review". *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41:350- 360.

Johnston C, Mash EJ. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev.*, 4:183-207

Kandemir, H., (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar ve ailelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara*.

Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E., Ak, A., Özaydın, L., (2011). Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu: faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*,18 (1)

Karabekiroğlu, K., Akbaş, S., Taşdemir, GN. (2009). Anne sütü alma süresi erken çocukluk dönemi psikiyatrik sorunları için özgül bir risk faktörü müdür?. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 3:24-33.

Karabekiroğlu, K., Memik, N., Özcan, O., (2009). DEHB ve Otizm ile ilgili bilgi düzeyleri ve damgalama: sınıf öğretmenleri ve ana-babalarla çok merkezli bir çalışma, *Klinik Psikiyatri*, 12:79-89

Karazsia, B. T., Dulmen, M. H. M., Wildman, B. G., (2007). Confirmatory factor analysis of Arnold et al.'s Parenting Scale across race, age and sex. *J Child Fam Stud*, 17: 500-516

Kayaalp, L., (2008). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62:147-152

Kendall. J. (1999), "Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)". *Family Process*, 38(1):117-136.

Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *The European Network Adult ADHD*. 3: 10:6

Lange, K.W., Lange, K. M., Reichl, S., Tucha, L., Tucha, O. (2010). The History of Attention Deficit Disorder, *Published Online Springer ADHD*, 2(4): 241–255

Maslow, A. (1968). A critical theory of adult learning and education. *Adult Education*, 32:19–23.

McHale, S.M., Gamble, W.C. (1989). "Sibling relationships of children with disabled and nondisabled brothers and sisters". *Developmental Psychology*, 25(3):421-429.

McHugh, M. (2003). Special Siblings : Growing up with someone with a disability, *Paul H. Brookes Publishing Company., Baltimore*

Merrell, W. K. ve Gimpel, G.A. (1997). Social skills of children and adolescents: conceptualization, assessment, treatment. *New Jersey : Lawrence Erlbaum.*

Minuchin, S. (1974). Families and Family Therapy. *Harvard University Press, USA.*

Mishler E. G., Waxler N. E., (1968). Interaction in families, an experimental study of family and schizophrenia *USA: Rinehart, Winston Inc.*

Mitchell S. A., Black, M. J. (1996). Freud and Beyond, A History of Modern Psychoanalytic Thought. *Basic Books, A Member Of The Perseus Book Group.*

Motavallı, N., (1993) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: tanı ölçütleri, yapısı sınıflandırma sistemindeki yeri. *Nöropsikaytri Arşivi*, 30:226-231.

Muuss, R.E. (1996). Theories of Adolescence. *New York: The McGraw-Hill Co.*

National Institutes of Health (NIH). (2012). Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *U.S. Department of Health and Human Services*, 12-357.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., (1989). Families, what makes them work. *USA Sage Publications*

Osipova EA, Pankratova NV. (1997). Dynamics of neuropsychological status in children with different forms of attention deficit hyperactivity disorder. *School of Attention* 4:31-43.

Öncü, B., Şenol, S., (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun etiyolojisi: bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, 5:111-119.

Öner, P., Öner, Ö. ve Aysev, A. (2003). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Sted (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)*, 12(3):97-98.

Özabacı, N., Erkan, Z. (2013). Aile danışmanlığı kuram ve uygulamalara genel bir bakış. *Pegem A Yayıncılık, Ankara.*

Palmer E, Finger S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr. Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychology and Psychiatry Rev.* 6:66-73.

Pazvantoğlu, O., Akbaş, S., Sarısoy, G., Baykal, S., Korkmaz, I. Z., Karabekiroğlu, K., Böke, Ö. (2014). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları, *Düşünen Adam, The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27:61-68.

Polanczyk, G., de Limas, M. S., Horta, B.L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta regression analysis. *Am J Psychiatry* 164:942-8.

Rimvall, M.K., Elberling, H., Rask, C. U., Helenius, A. M., Skovgaard, A. M., Jeppesen, P., (2014). Predicting ADHD in school age when using the Strengths and

Difficulties Questionnaire in preschool age: a longitudinal general population study, CCC2000, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23:1051–1060

Rodriguez, C. M. (2007). Ecological predictors of disciplinary style and child abuse potential in a Hispanic and Anglo-American sample, *J Child Fam Stud*, 17:336-352

Romanchuk OI., (2010). Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in children, *Moscow: Genesis*.

Russell, A., Aloa, V., Feder, T., Glover, A., Miller, H., Palmer, G. (1998). Sex-based differences in parenting styles in a sample with preschool children. *Australian Journal of Psychology*, 50:89-99.

Sciutto, MJ., Feldhamer, E., (2005). The Knowledge of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Scale (KADDS), Unpublished test manual.

Selçuk, Z. (2000). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar, *Ankara: Pegem Yayınevi*.

Semerci, B., (2014) Bebeklikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Alfa Yayıncılık*

Senemoğlu, N. (2009). Gelişim Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya, *Pegem Akademi, Ankara*

Sertelin, Ç. (2003). Ebeveyn tutumlarının sosyo-kültürel yapı ve aile fonksiyonları ile ilişkisi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.*

Soysal, A. Ş., Yıldırım, A., Acar, A., Karateke, B., Kılıç, K. M., (2013). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tiplerinin aile işlevleri üzerindeki etkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 26:286-294.

Steinberg, L. D., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement and encouragement to succeed. *Child Development*, 63:1266-1281.

Sungur, M. Z., (2009). Sen Ben ve Aramızdaki Herşey. *Goa Yayınları, İstanbul*.

Sürücü, Ö. (2003). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Anababa-Öğretmen El Kitabı. İstanbul: Yapa*

Şanlı, D., Öztürk, C. (2012) Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32:31-48.

Şenol, S., Şener, Ş. (1998). Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Güleç, C. ve Köroğlu, E., (ed) *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*, 1119-1130.

Şenol, S. Şener, P. (2007) Connors Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerlikleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18.Sayı, s.1-12.

Şenol, S. ve İşeri, E. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Güncel Psikoloji ve Psikiyatri Dergisi*, 4:37-38.

Şimşek Ş, Gökçen C, Fettahoğlu Ç. (2012). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25:230-237.

Taneli, S., (1988). “Aile Tedavisinde Sorunlar” grup psikoterapileri kongre ve sempozyum bildirileri. *Ankara: Aşama Matbaacılık Sanayi*

Taylor, E., Rutter, M., Taylor, L. (1995). Syndromes of Attention Deficit and Overactivity, child and adolescent psychiatry; modern approaches. *Blackwell Science, Oxford*, 3:285-307.

Timimi, S. (2005). The Rise and Rise of ADHD. In C. Newnes & N. Radcliffe (Eds.), Making and breaking children's lives. *Ross-on-Wye: PCCS Books*.

Turan, Z. (2004). Ailede Ruh Sağlığı. Y. Uzuner (Ed.), Çocukta Ruh Sağlığı, Uyum Bozukluğu. *Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları*, 52-53.

Turner, P.H, Haris, M.B (1984). Parental attitudes and preschool childrens social competence, *The Journal of Genetic Psychology*, 144:105-113.

Ünalın, T., (1988). “Türkiye’de Çekirdek Aileler” *Nüfus Bilim Dergisi* 10:51

Weiss, G., (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, child and adolescent psychiatry, *Williams and Wilkins, Baltimore*, 2:544-563.

Yavuzer, H. (2006). Ana-Baba Okulu. *İstanbul: Remzi Kitabevi*.

Yavuzer, H. (2008). Çocuk Psikolojisi, *Remzi Kitabevi Yayınları, İstanbul*.

Yörükoğlu, A. (1978). Çocuk Ruh Sağlığı. *Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları*.

Zapitelli U., Pinto M., Grizenko N., (2001). Pre-, Peri- and Postnatal trauma in subjects with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Can J. Psychiatry*, 46:542-548.

Özgeçmiş

Beril Börekçi, 4 Şubat 1991 yılında İstanbul'da doğdu. 2014 yılında Bahçeşehir Üniversite Psikoloji Bölümünden mezun oldu. Lisans süresince Bahçeşehir Üniversitesi'nde Dr. Lauren Rogers Şirin'in araştırma asistanlığını yaptı. 2015-2017 yılları arasında Işık Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisansını tamamladı. Araştırma alanları çocuk ve ergen psikopatolojileri ve aile işlevselliği, oyun terapileri ve aile terapileridir. 2015 yılından beri özel bir danışmanlık merkezinde çalışmaktadır.

Yayınlanmamış Projeler:

Domestic violence effects on children, Proje Danışmanı: Ayşe Meltem Budak

Experimenter effect on participants, Proje Danışmanı: Oliver Wright

Integration of technology in education, Proje Danışmanı: Hande Briddick

Violence at work place, Proje Danışmanı: Doruk Uysal Irak

EKLER

EK A. Ebeveyn Formları

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı İçin Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) sıklığını ve düzeyini araştırmak, okul öncesi çocukların sosyal, davranışsal ve okul işlevlerini değerlendirmek, bu değişkenlerle aile ilişkilerinin ve ebeveyn tutumlarının ilişkili olup olmadığını incelemektir. Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığınız sorularda yardım isteyebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde elde edilen bulgular sadece bilimsel amaç için kullanılacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu çalışmanın herhangi bir risk faktörü bulunmamaktadır.

Katılımcının Beyanı:

Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız. Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Tez Öğrencisi Beril Börekçi tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen bilgileri okudum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu koşullarla araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onam belgesini kendi isteğimle imzalıyorum.

Katılımcı:

Tarih:...../...../.....

Adres/ Tel:

İmza:

Tanık:

Adı Soyadı: Doç. Dr. Sennur Zaimoğlu

Adres/Tel: Işık Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

İmza:

Araştırmacı:

Psk. Beril Börekçi

Adres/ İletişim: Işık Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü,
berilborekci@hotmail.com

İmza:

Katılımcı Kodu:

Tarih:

Doğum Tarihi (ay/yıl):

Yaşı(yıl/ay):

Cinsiyeti:

Şuanki Okulu:

Okul Öncesi Eğitime Başlama Yılı:

	Adı	Yaş	Eğitim (yıl)	İşi	Sağlık Durumu
Anne					
Baba					
Birlikte:	Boşanmış:	Ayrı Yaşıyor:			

Notlar:

Ailede sağlık sorunları:

	Psikiyatrik Tanı Alma	Kronik İlaç kullanma	Özel Eğitim Alma	KBB/Odyoloji	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Belirtileri	DYX/ Dil Konuşma Bozukluğu
Anne						
Baba						
Kardeş 1						
Kardeş 2						
Kardeş 3						

ÖZGEÇMİŞ:

PRENATAL (Zamanlarıyla)

İlaç öyküsü: DM: HT: GUATR: X-ray:
Antenatal Kanama: Hipotansiyon : Ateşli Hastalık Öyküsü:
Döküntülü Hastalık Öyküsü:
Sigara, Alkol:
Gebelikteki Önemli Yaşam Olayı(stres):

NATAL

Gebelik Süresi 1:Term 2:Prematüre (süre):
Doğum Ağırlığı:
Doğum Şekli: 1:NSVY 2:C/S
Doğum Komplikasyonu:.....
.....

POSTNATAL:

Emme: Başlangıcı ve süresi
Sarıklık (fototerapi, exchange transfüzyon, küvöz, yoğun bakım)

Süt Çocukluğu Dönemi Sorunları:

	Evet	Hayır
Nedensiz Ağlamalar		
Sakinleştirmede güçlük		
Beslenme sorunları		
Uyku Sorunları		

Erken Çocukluk Dönemi İle İlgili Sorular

Uyku Bozuklukları: Var/Yok

Duyusal-motor regülasyon sorunları:

	Hiç yok	Normal	Çok fazla
Dokunsal (çimene basamama, etiket kestirme vb.)			
İşitsel Hassasiyet			
Görsel			
Koklama			

Bebeklik Döneminde Bakım Verenler:

Okula başlamada kaygı sorunları yaşad mı?

GELİŞİM ÖYKÜSÜ:

Cümle kurmaya başlama zamanı:
Oturma, Emekleme, Yürüme Zamanı ve Özellikleri:
Motor Koordinasyon ve denge sorunları
Tuvalet eğitimi:

TIBBİ ÖYKÜ:

Geçirdiği Önemli Hastalıklar, Ameliyat:
belirtiler)

Kaza-Travma (komplike kafa travmasına ait

Hastaneye Yatma:

Kullandığı İlaçlar:

Ateşli Havale ve nöbet öyküsü:

Ailede FK ve Epilepsi öyküsü:

Sosyal Ekonomik Kültürel İndeks (Evet-E Hayır-H)

1) Gelir düzeyiniz önemli ihtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli midir?	E	H
2) Ev kirası veriyor musunuz?	E	H
3) Çocuğunuzun kendine ait odası var mı? (kardeşleriyle paylaşma?)	E	H
4) Sağlık güvenceniz var mı?	E	H
5) Arabanız var mı?	E	H
6) Gazete alır mısınız?	E	H
7) Kitap okur musunuz?	E	H
8) İnternet kullanır mısınız?	E	H
9) Son 6 ay içinde tiyatroya gittiniz mi?	E	H
10) Son 6 ay içinde sinemaya gittiniz mi?	E	H
11) Son 6 ay içinde konsere gittiniz mi?	E	H
12) Hiç yurtdışına çıktınız mı? (kaç kez)	E	H
13) Memlekete gitmek dışında tatil yapar mısınız?	E	H
14) Düzenli yardım yapıyor musunuz?	E	H
15) Geri dönüşüme önem verir misiniz?	E	H
16) Arkadaş grubunuz var mı?	E	H

DSM-V DİKKAT EKSİKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU- TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Sorunun Derecesi

	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde yada diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.(ör: detayları kaçırabilir veya atlayabilir, yaptığı görev hatalıdır.)				
2. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyun vb etkinliklerde dikkati dağınık. (ör: derslerde, ikili konuşmalar sırasında veya uzun paragraflar okurken odağını korumada zorluk)				
3. Doğrudan kendisine hitap edilerek konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür. (ör: apaçık bir dikkat dağıtıcı unsur olmadığı halde bile aklı başka yerdeymiş gibi görünür)				
4. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. (ör: bir göreve başlar ama odağını çabuk kaybeder ve kolaylıkla dikkati kayar, okul ödevlerini, ev işlerini veya iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz)				
5. Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker. (ör:sırayla yapılması gereken görevleri yönetmekte zorlanma, materyalleri ve eşyaları belli bir düzende tutmakta zorlanır; işleri dağınık ve dezorganizedir; zaman yönetimi zayıftır; ödevlerin teslim tarihini kaçıır)				
6. Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez yada bunlarda yer almaya karşı isteksizdir. (ör: okulda verilen ödevler veya ev ödevleri; yaşça daha büyük ergen ve yetişkinler için: rapor hazırlama, form doldurma veya uzun rapor veya makaleleri gözden geçirmek)				
7. Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (ör: oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler) (ör: okul gereçleri, kalem, kitap, ödev, cüzdan, anahtar, gözlük veya cep telefonu)				
8. Çoğu zaman, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağınık				
9. Çoğu zaman günlük etkinliklerinde unutkan (örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken)				
10. Çoğu zaman kıpırdanır yada ellerini yada ayaklarını vurur yada oturduğu yerde kıvrılır				
11. Çoğu zaman oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar (ör: sınıfta, iş yerinde ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.)				
12. Çoğu zaman uygunsuz durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir.)				
13. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.				
14. Çoğu zaman hareket halindedir ya da adeta bir motor takılmış gibi davranır. (ör: uzun bir zaman boyunca lokanta veya toplantılarda yerinde rahat bir şekilde duramaz; başkaları tarafından huzursuz ve ayak uydurulması zor olarak algılanabilir.)				
15. Çoğu zaman çok konuşur				
16.Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.(ör:başkalarının cümlelerini tamamlar veya konuşmalarda başkasının sözünü keser, konuşma sırasını bekleyemez)				
17. Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır(ör: kuyrukta)				
18. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer (ör: başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar; sormadan veya izin almadan başkalarının yaptıklarına karışır veya üstlenirler.)				

YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6	Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7	Karnı ağırır.	0	1	2	3
8	Kavgaya eder.	0	1	2	3
9	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmaktan zorlanır.	0	1	2	3
10	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14	İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16	Çabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17	Ağrıları ve sızıları olur .	0	1	2	3
18	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20	Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21	Hiddetlenir.	0	1	2	3
22	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24	Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25	Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez .	0	1	2	3
27	Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karın ağrıları olur.	0	1	2	3
28	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3
29	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3

HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
--	------------------------	--------------------------------------	---

30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
31	Sinirlidir.	0	1	2	3
32	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
33	Yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2	3
34	Her şey, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Başı ağrır.	0	1	2	3
37	Başladığı işi bitiremez.	0	1	2	3
38	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
39	Çok konuşur.	0	1	2	3
40	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
41	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
42	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
43	Pek çok korkuları vardır.	0	1	2	3
44	Mutlaka gerçekleştirdiği kalıpsal davranış biçimleri vardır	0	1	2	3
45	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
46	Hiç bir şeyi yokken hastalıktan yakınır.	0	1	2	3
47	Öfke patlamaları vardır.	0	1	2	3
48	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
49	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
50	Günlük etkinliklerde unutkanlıktır.	0	1	2	3
51	Matematiği kavrayamaz	0	1	2	3
52	Yemekte lokmalar arasında koşturur durur.	0	1	2	3
53	Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.	0	1	2	3
54	Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.	0	1	2	3
55	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
56	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
57	Alıngandır ya da başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
58	Özensiz bir el yazısı vardır.	0	1	2	3
59	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
60	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
61	Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle başkalarını suçlar	0	1	2	3
62	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
63	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
64	Bir başkası ona ait şeyleri yeniden düzenlerse bundan rahatsız olur.	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
65	Anne babasına ya da diğer yetişkinlere yapışır	0	1	2	3
66	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
67	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
68	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
69	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
70	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
71	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
72	Başkalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.	0	1	2	3
73	Çoğu zaman yorgun ya da bitkin görünür	0	1	2	3
74	İmlası zayıftır.	0	1	2	3
75	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
76	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
77	Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir	0	1	2	3
78	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3
79	Dışsal uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
80	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır	0	1	2	3

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()

	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımızı, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüydük.	()	()	()	()

	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güvenimiz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

EBEVEYNLİK ÖLÇEĞİ

Yönerge: Her çocuk zaman zaman yaramazlık yapar ya da zararlı, “yanlış” ya da ebeveynlerinin hoşlanmadığı şeyler yapar. Örneğin:

birine vurmak

sızlanmak

oyuncaklarını toplamamak

ev ödevini unutmak
öfke nöbetine girmek
sokağa fırlamak

yiyeceklerini fırlatmak
yalan söylemek
karşı çıkmak

yatağa gitmeyi reddetmek
yemekten önce kurabiye istemek
eve geç gelmek

Ebeveynlerin bu tür sorunlarla baş etmede kullandıkları birçok farklı yol ve tarz vardır. Aşağıda bazı ebeveynlik tarzlarını tanımlayan maddeler yer almaktadır.

Her bir madde için sizin son iki ay içerisinde **yukarıda adı geçen çocuğa** yönelik ebeveynlik tarzınızı en iyi tanımlayan yuvarlağın içini doldurunuz.

ÖRNEK MADDE:

Yemek zamanında...

çocuğumun ne kadar yemesi gerektiği kararını kendisine bırakırım.	0---0---●---0---0---0---0	çocuğumun ne kadar yiyeceğine ben karar veririm.
---	---------------------------	--

1. Çocuğum yaramazlık yaptığında...

derhal bir şey yaparım.	0---0---0---0---0---0---0	daha sonra bir şey yaparım.
-------------------------	---------------------------	-----------------------------

2. Bir sorunla ilgili bir şey yapmadan önce...

çocuğuma birkaç defa hatırlatma ya da uyarıda bulunurum.	0---0---0---0---0---0---0	sadece bir hatırlatma ya da uyarıda bulunurum.
--	---------------------------	--

3. Üzgün ya da stres içinde olduğumda...

tahammülsüz olurum ve çocuğuma yüklenirim.	0---0---0---0---0---0---0	normalden daha tahammülsüz olmam.
--	---------------------------	-----------------------------------

4. Çocuğuma bir şey yapmamasını söylediğimde...

çok az şey söylerim.	0---0---0---0---0---0---0	çok şey söylerim.
----------------------	---------------------------	-------------------

5. Çocuğum beni sürekli rahatsız ettiğinde...

rahatsız edişleri görmezden gelebilirim.	0---0---0---0---0---0---0	rahatsız edişleri görmezden gelemem.
--	---------------------------	--------------------------------------

6. Çocuğum yaramazlık yaptığında...

genellikle çocuğumla uzun bir tartışmaya girerim.	0---0---0---0---0---0---0	herhangi bir tartışmaya girmem.
---	---------------------------	---------------------------------

7. Çocuğumu, yapmakla tehdit ettiğim şeyler...

yapabileceğimden emin olduğum şeylerdir.	0---0---0---0---0---0---0	aslında yapmayacağımı bildiğim şeylerdir.
--	---------------------------	---

8. Ben öyle bir ebeveynim ki...

çocuğumun yapabileceği şeylere sınırlar koyarım.	0---0---0---0---0---0	çocuğumun ne isterse onu yapmasına izin veririm.
--	-----------------------	--

9. Çocuğum yaramazlık yaptığında...

onunla uzun uzun konuşurum.	0---0---0---0---0---0	konuşmamı kısa ve öz tutarım.
-----------------------------	-----------------------	-------------------------------

10. Çocuğum yaramazlık yaptığında...

sesimi yükseltirim ya da bağırırım.	0---0---0---0---0---0	çocuğumla sakin bir şekilde konuşurum.
-------------------------------------	-----------------------	--

11. Eğer “hayır” demem o an işe yaramıyorsa...

başka bir yol denerim.	0---0---0---0---0---0	konuşmaya devam eder ve çocuğuma söz geçirmeye çalışırım.
------------------------	-----------------------	---

12. Çocuğumun yaptığı bir şeyi bırakmasını istediğimde...

çocuğuma kararlı bir şekilde durmasını söylerim.	0---0---0---0---0---0	çocuğuma durması için dil dökerim ya da yalvarırım.
--	-----------------------	---

13. Çocuğum gözümün önünde olmadığı zaman...

onun ne yapmakta olduğunu genellikle bilmem.	0---0---0---0---0---0	onun ne yapmakta olduğu hakkında daima bir fikrim vardır.
--	-----------------------	---

14. Çocuğumla ilgili bir sorun olduktan sonra...

genellikle ona kin beslerim.	0---0---0---0---0---0	her şey çabukça normale döner.
------------------------------	-----------------------	--------------------------------

15. Evde olmadığımız zaman...

onu evde idare ettiğim gibi idare ederim.	0---0---0---0---0---0	ona karşı daha fazla müsamaha gösteririm.
---	-----------------------	---

16. Çocuğum hoşlanmadığım bir şey yaptığında...

onu her yapışında bir şeyler yaparım.	0---0---0---0---0---0	genellikle boş veririm.
---------------------------------------	-----------------------	-------------------------

17. Çocuğumla ilgili bir sorun olduğunda...

her şey birikir ve yapmak istemediğim şeyler yaparım.	0---0---0---0---0---0	kontrolden çıkmam.
---	-----------------------	--------------------

18. Çocuğum yaramazlık yaptığında, onun poposuna vururum, tokatlarım, sıkıca kollarından tutarım ya da döverim.

hiçbir zaman ya da nadiren.	0---0---0---0---0---0	çoğunlukla.
-----------------------------	-----------------------	-------------

19. Çocuğum istediğim bir şeyi yapmadığımda...

genellikle boş veririm ya da onu kendim yaparım.	0---0---0---0---0---0	başka bir yol denerim.
--	-----------------------	------------------------

20. Haklı olarak bir tehdit ya da uyarıda bulunduğumda...

söylediğimi genellikle yapmam.	0---0---0---0---0---0	söylediğimi her zaman yaparım.
--------------------------------	-----------------------	--------------------------------

21. Eğer “Hayır” demek işe yaramazsa...

başka bir yol denerim.	0---0---0---0---0---0	çocuğuma doğru durması için güzel bir şey sunarım.
------------------------	-----------------------	--

22. Çocuğum yaramazlık yaptığımda...

durumla üzülmekten baş ederim.	0---0---0---0---0---0	öyle hayal kırıklığına uğrar ya da kızarım ki çocuğum ne kadar üzüldüğümü görebilir.
--------------------------------	-----------------------	--

23. Çocuğum yaramazlık yaptığımda...

çocuğuma neden öyle yaptığını anlattırırım.	0---0---0---0---0---0	“Hayır” derim ya da başka bir yol denerim.
---	-----------------------	--

24. Çocuğum yaramazlık yapıp sonra da üzgün davrandığımda...

sorunu her zaman yaptığım gibi hallederim.	0---0---0---0---0---0	sorunu bu seferlik görmezden gelirim.
--	-----------------------	---------------------------------------

25. Çocuğum yaramazlık yaptığımda...

nadiren kötü söz ve küfür kullanırım.	0---0---0---0---0---0	hemen her zaman kötü söz kullanırım.
---------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------

26. Çocuğuma bir şeyi yapamayacağını söylediğimde...

onu yapmasına yine de izin veririm.	0---0---0---0---0---0	söylediğime sadık kalırım.
-------------------------------------	-----------------------	----------------------------

27. Bir sorunla baş etmem gerektiğinde...

çocuğuma bundan dolayı üzgün olduğumu söylerim.	0---0---0---0---0---0	üzgün olduğumu söylemem.
---	-----------------------	--------------------------

28. Çocuğum hoşlanmadığım bir şey yaptığımda, onu aşağılarım, ona kötü sözler söylerim ya da lakaplar takarım...

hiçbir zaman ya da nadiren.	0---0---0---0---0---0	çoğunlukla.
-----------------------------	-----------------------	-------------

29. Ben bir sorunla baş ederken çocuğum karşılık verirse ya da yakınırorsa...

yakınmalarını görmezden gelir ve söylediğime sadık kalırım.	0---0---0---0---0---0	çocuğumla yakınmaması konusunda konuşurum.
---	-----------------------	--

30. Ben “Hayır” dediğimde çocuğum üzülrse...

geri adım atar ve vazgeçerim.	0---0---0---0---0---0	söylediğime sadık kalırım.
-------------------------------	-----------------------	----------------------------

Ek B Öğretmen Formları

DSM-V DİKKAT EKSİKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU- TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Sorunun Derecesi

	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde yada diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.(ör: detayları kaçırabilir veya atlayabilir, yaptığı görev hatalıdır.)				
2. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyun vb etkinliklerde dikkati dağılır. (ör: derslerde, ikili konuşmalar sırasında veya uzun paragraflar okurken odağını korumada zorluk)				
3. Doğrudan kendisine hitap edilerek konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür. (ör: apaçık bir dikkat dağıtıcı unsur olmadığı halde bile akli başka yerdeymiş gibi görünür)				
4. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. (ör: bir göreve başlar ama odağını çabuk kaybeder ve kolaylıkla dikkati kayar, okul ödevlerini, ev işlerini veya iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz)				
5. Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker. (ör:sırayla yapılması gereken görevleri yönetmekte zorlanma, materyalleri ve eşyaları belli bir düzende tutmakta zorlanır; işleri dağınık ve dezorganizedir; zaman yönetimi zayıftır; ödevlerin teslim tarihini kaçıır)				
6. Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez yada bunlarda yer almaya karşı isteksizdir. (ör: okulda verilen ödevler veya ev ödevleri; yaşça daha büyük ergen ve yetişkinler için: rapor hazırlama, form doldurma veya uzun rapor veya makaleleri gözden geçirmek)				
7. Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (ör: oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler) (ör: okul gereçleri, kalem, kitap, ödev, cüzdan, anahtar, gözlük veya cep telefonu)				
8. Çoğu zaman, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır				
9. Çoğu zaman günlük etkinliklerinde unutkanır (örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken)				
10. Çoğu zaman kıpırdanır yada ellerini yada ayaklarını vurur yada oturduğu yerde kıvrılır				
11. Çoğu zaman oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar (ör: sınıfta, iş yerinde ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.)				
12. Çoğu zaman uygunsuz durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir.)				
13. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.				
14. Çoğu zaman hareket halindedir ya da adeta bir motor takılmış gibi davranır. (ör: uzun bir zaman boyunca lokanta veya toplantılarda yerinde rahat bir şekilde duramaz; başkaları tarafından huzursuz ve ayak uydurulması zor olarak algılanabilir.)				
15. Çoğu zaman çok konuşur				
16.Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştirir.(ör:başkalarının cümlelerini tamamlar veya konuşmalarda başkasının sözünü keser, konuşma sırasını bekleyemez)				
17. Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır(ör: kuyrukta)				
18. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer (ör: başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar; sormadan veya izin almadan başkalarının yaptıklarına karışır veya üstlenirler.)				

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
--	--	--	------------------------	--------------------------------------	---

21	Kelimedeki harfleri doğru sırada yazamaz	0	1	2	3
22	Hiç arkadaşı yoktur	0	1	2	3
23	Ürkektir, kolayca korkar.	0	1	2	3
24	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
25	Sık sık ve kolayca ağlar	0	1	2	3
26	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
27	Görevleri ya da etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker	0	1	2	3
28	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker	0	1	2	3
29	Sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
30	Beklenen düzeyde okuyamaz.	0	1	2	3
31	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez.	0	1	2	3
32	Eleştiriye duyarlıdır.	0	1	2	3
33	Göründüğü kadarıyla ayrıntılarla çok fazla uğraşır.	0	1	2	3
34	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
35	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
36	Çok konuşur.	0	1	2	3
37	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
38	Hareket etmeden duramaz.	0	1	2	3
39	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
40	Okul çalışmalarına ilgisizdir.	0	1	2	3
41	Sosyal becerileri zayıftır.	0	1	2	3
42	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3
43	Her şeyin düzgün ve temiz olmasını ister .	0	1	2	3
44	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
45	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
46	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabi yapıştırır.	0	1	2	3
47	Kinlidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
48	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
49	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
50	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
51	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
52	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
53	Her şey her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
54	Ruh hali çok ani ve çarpıcı bir şekilde değişir.	0	1	2	3
55	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
56	Matematikte zayıftır.	0	1	2	3
57	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil).	0	1	2	3
58	Dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
59	Huzursuzdur, her an ayakta ve hareket halindedir.	0	1	2	3