

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ANA
BİLİM DALI

NÖROLOJİK GERİBİLDİRİM YÖNTEMİNİN
ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
DÜZEYİNİ İYİLEŞTİRİCİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Buse DAMDELEN

Lefkoşa

2019

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ANA
BİLİM DALI

NÖROLOJİK GERİBİLDİRİM YÖNTEMİNİN
ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
DÜZEYİNİ İYİLEŞTİRİCİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Buse DAMDELEN

Danışman: Doç. Dr. Yağmur ÇERKEZ

Lefkoşa

2019

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI

Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

BUSE DAMDELEN'in "Nörolojik Geribildirim Yönteminin Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyini İyileştirici Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez Şubat 2019 tarihinde jürimiz tarafından Rehber ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

imza

Üye (Başkan): Doç. Dr. Serap ÖZBAŞ

.....

Üye: Yrd. Doç. Dr. Ayhan ÇAKICI

.....

Üye (Danışman) : Doç. Dr. Yağmur ÇERKEZ

.....

Yukardaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

....../....../2019

Prof. Dr. Fahriye ALTINAY AKSAL

Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurullar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kuralların gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Buse DAMDELEN

ÖNSÖZ

Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehber ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans çalışma programının gereği olarak hazırlanan bu araştırmanın amacı nörolojik geribildirim yönteminin çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) düzeyini iyileştirici etkisinin incelenmesi ve ailelerin DEHB'ye yönelik bakış açılarının tespit edilmesidir.

Bunun yanında, düşünce ve önerileriyle akademik yaşamımda yol gösterici ve yönlendirici rol oynayan; bugünlere gelmemi sağlayan, tez danışmanım Doç. Dr. Yağmur ÇERKEZ'e içtenlikle teşekkür ederim.

Değerli arkadaşım Seda HAKOĞLU'na ve Sultan SUKUŞU'na beni gayretlendiren ve en zor anlarımda hep yanında olan; destek ve güvenini gördüğüm canım arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

Uzun süre çaba ve yoğun emek sonucunda ortaya çıkan bu araştırma boyunca, her zaman görüş ve önerilerine başvurduğum, büyük bir sabırla beni destekleyen, karşılaştığım güçlükleri aşmamda sürekli yanımda olan, değerli Doç. Dr. Emete YAĞCI'ya ne kadar teşekkür etsem azdır. Tüm öğrenim yaşamım boyunca bana maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım olan canım annem, babam ve kardeşime yürekten sonsuz sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım. Beni motive eden ve her zaman desteklerini esirgemeyen erkek arkadaşım Bulut Doğay'a teşekkürümü bir borç bilirim.

Değerli annem ve babama armağandır.

Saygılarımla

Buse Damdelen

ÖZET

NÖROLOJİK GERİBİLDİRİM YÖNTEMİNİN ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE DÜZEYİNİ İYİLEŞTİRİCİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

DAMDELEN, Buse

Yakın Doğu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik

Danışmanlık Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yağmur ÇERKEZ

Ocak 2019, 75 Sayfa

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) diğer tıbbi hastalıklar gibi erken tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Ancak DEHB tedavi edilmediğinde tıbbi, akademik ve sosyal sorunlara yol açmaktadır.

Mevcut çalışmanın iki temel amacı vardır. Çalışmanın birinci amacı nörolojik geri bildirim ile ilaçlı tedavi yöntemlerinin DEHB'yi iyileştirmedeki etkililik düzeyinin saptanmasıdır. Araştırmanın diğer amacı ise çocuklarına DEHB tanısı konmuş ailelerin söz konusu rahatsızlığa olan bakış açılarını ele alarak farkındalık düzeylerini tespit etmektir.

Araştırmanın çalışma grubunu; Lefkoşa ve Girne bölgelerindeki okullarda 2018-2019 akademik dönemi boyunca ilköğretimlerini sürdüren DEHB teşhisi konmuş 15'i deney, 15'i kontrol grubunda yer alan 8-10 yaş aralığında olan 30 öğrenci ve onların ebeveynleri oluşturmuştur. Çalışmada, seçkisiz (yansız) örneklem tipi kullanılmıştır. Mevcut çalışmada, karma araştırma modeli uygulanmıştır.

Araştırmada elde edilen nicel verilerin çözümlemesinde SPSS programı kullanılmıştır. Çalışmada deney ve kontrol gruplarına ön-test ve son-test uygulanmıştır. Bağımlı Örneklem T testi (Paired Samples T test) analizi neticesinde deney ve kontrol gruplarının son test açısından birbirlerinden istatistiksel olarak farklılaştıkları ortaya çıkmıştır. Başka bir ifadeyle nörolojik geri bildirim yönteminin DEHB'yi tedavi etmede daha etkili olduğu bulgulanmıştır. Araştırmanın nitel bulgularının çözümlemesinde tematik çalışma yapılmıştır. Katılımcıların,

internetten, araştırarak, doktordan, kitaplardan, okuldan ve televizyon aracılığıyla DEHB ile alakalı bilgi edindikleri ve DEHB’li çocukların tedaviye ihtiyaçları olduklarını düşünmeleri çalışmanın önemli nitel bulguları arasında yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: DEHB, Lefkoşa, Girne, SPSS, Karma Araştırma Modeli, İlaçlı Tedavi Yöntemi, Nörolojik Geri Bildirim Yöntemi.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF NEUROLOGICAL FEEDBACK METHOD OF TREATMENT EFFICIENCY AND HYPERACTIVITY LEVEL IN CHILDREN

DAMDELEN, Buse

**Near East University, Institute of Educational Sciences, Guidance and
psychological counseling department**

January 2019, 75 Pages

It could be mentioned that Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is a sort of disease that should be treated as early as other medical diseases. However, when ADHD is not treated, it is likely to cause medical, academic and social problems.

The current study has two main objectives. The first objective of the current study was to explore the level of effectiveness of both neurological feedback and medication treatment methods to treat ADHD. Moreover, the second objective of the current study is to discover the level of awareness of parents with children who were diagnosed with ADHD

The study group of the current research could be expressed as 30 pupils which diagnosed with ADHD. Pupils were enrolled with primary school education during the academic year of 2018-2019. Moreover, it could be stated that their schools that were located in Nicosia and Kyrenia regions. Age intervals of the pupils can be lamented as 8-10. Besides of these, it could be signified that parents of the pupils were also constituted the study group of the research. In addition to these, mixed research model and random sampling method were applied for the present study.

The SPSS program was executed to analyze and interpret the quantitative findings. Furthermore, to test the efficiencies of both treatment techniques, pre-test and post-test were applied for both experimental and control groups. The data values were interpreted with the light of the Paired Samples T test. The results stressed that neuro-feedback was influential to treat ADHD when compared with medication treatment. Besides from these, a thematic study was arranged to analyze the qualitative findings of the study. Least but not last, it could be elicited that participants were

captured a knowledge regarding ADHD through internet, personal research, books, doctors, educational institutions and lastly from TV and participants depicted that people with ADHD need to have treatment.

Keywords: ADHD, Nicosia, Kyrenia, SPSS, Mixed, Medication Treatment, Neurofeedback Method.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI	i
ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLO LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ	xii
KISALTMALAR.....	xiii

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Problem Durumu	1
1.2 Çalışmanın Alt Amaçları	3
1.3 Çalışmanın Önemi.....	3
1.4 Çalışmanın Sınırlılıkları	4

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1 DEHB Tarihçe, Tanımı ve Görülme Sıklığı	5
2.2 DEHB'nin Semptomları	8
2.3 DEHB Tanı Ölçütleri.....	8
2.3.1 Dikkat Eksikliği Belirtileri.....	8
2.3.2 Aşırı Hareketlilik Belirtileri (Hiperaktivite)	9
2.3.3 Dürtüsellik.....	9
2.4 DEHB'nin Klinik Bulguları.....	11
2.5 DEHB'nin Tipleri.....	11
2.5.1 DEHB Birleşik Tip	11
2.5.2 DEHB Dikkat Eksikliğinin Önde Olduğu Tip	11
2.5.3 DEHB- Aşırı Hareketliliğin Önde Olduğu Tip	12
2.6 DEHB Tanısında Kullanılan Testler	12
2.7 DEHB'ye Katkısı Olan Etkenler	13
2.7.1 Hamilelik ve Doğuma İlişkin Etkenler	13
2.7.2 Sinirsel Etkenler	14
2.7.3 Genetik ve Ailesel Özellikler	14
2.7.4 Psiko-sosyal ve Çevresel Etkenler.....	15

2.8 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	15
2.8.1 Alkol-Madde Kullanımı.....	15
2.8.2 Sigara Bağımlılığı.....	16
2.8.3 Karşıt Olma Karşı Gelme ve Davranım Bozukluğu	16
2.8.4 Duygu-Durum Bozuklukları	17
2.8.5 Tourette (tik) Bozukluğu.....	17
2.9 DEHB'nin Dönemlere Göre Belirtileri.....	18
2.9.1 Bebeklik Dönem.....	18
2.9.2 Okul Öncesi Dönem	18
2.9.3 DEHB'li Çocukların Okul Dönemi	18
2.10 Genç Erişkin ve Yetişkinlerde DEHB	19
2.11 Aile ve DEHB	20
2.12 DEHB'li Öğrencilerin Güçlü Yönleri.....	21
2.13 DEHB'li Öğrencisi Olan Öğretmenlere Öneriler	21
2.14 DEHB'li Çocuğu olan Ailelere Öneriler	23
2.15 DEHB Tedavi Yöntemleri	24
2.15.1 İlaçlı Tedavi Yöntemleri	24
2.15.1.1 Stimulanlar ve Atomeksetin	24
2.15.1.2 İmipramin (Topranil) ve Atipik Antipsikotikler	25
2.15.2 Diğer Tedavi Yöntemleri	26
2.15.2.1 Sosyal Beceri Eğitimi	26
2.15.2.2 Anne Baba Eğitimi.....	26
2.15.2.3 Davranış Değiştirme Eğitimi	29
2.15.2.4 Nörolojik Geri Bildirim.....	30
2.16 Konu ile Alakalı Yapılmış Benzer Çalışmalar	32

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli	35
3.2 Araştırmanın Çalışma Grubu	35
3.3 Veri Toplama Araçları.....	37
3.5 Araştırmanın Etik Boyut ve Prosedürü.....	39

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

4.1 Araştırmanın Nicel Bulguları.....	41
4.1.1 Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test ve Son-Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular	41
4.2 DEHB'li Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Görüşleri	44

4.2.2 Katılımcıların DEHB İle İlgili Bilgileri Kimden Ya Da Nerden Öğrendiklerine Dair Bulgular	45
4.2.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Alakalı Tanımlara İlişkin Bulgular ..	46
4.2.4 DEHB Olan Çocukların Fiziksel Olarak Tanımına İlişkin Görüşler	48
4.2.5 DEHB'nin Anne-Baba Tutumları ve Aile Yapısı İle Alakalı Olup Olmadığına İlişkin Görüşler	49
4.2.6 DEHB Olan Çocukların Tedavi İhtiyacına Yönelik Görüşler.....	51
4.2.7 Katılımcıların DEHB ile Alakalı Duydukları Tedavi Yöntemleri.....	52
4.2.8 DEHB ile Alakalı Farkındalığın Artırılması İçin Tavsiyeler	53

BÖLÜM V

TARTIŞMA	56
----------------	----

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç	58
6.2 Öneriler	59
6.2.1 DEHB'ye Yönelik Farkındalığın Artırılması İle Alakalı Öneriler.....	59
6.2.2 İleride Yapılacak Benzer Çalışmalara İlişkin Öneriler	60

KAYNAKÇA	61
----------------	----

EKLER.....	68
------------	----

Ek 1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DSM-V) Envarteri.....	68
--	----

Ek 2. Mülakat Soruları	71
------------------------------	----

Ek 3. Anket Sahibi İzni 1	72
---------------------------------	----

Ek 4. Anket Sahibi İzni 2	73
---------------------------------	----

ÖZGEÇMİŞ	74
----------------	----

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1 DSM V Kriterler Ölçeği	38
Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyo-demografik Bulguları	36
Tablo 4.2 Deney Grubunun Ön-Test ve Son- Test Bağımlı Örneklem T test neticesi.....	40
Tablo 4.3 Kontrol Grubunun Ön-Test ve Son- Test Bağımlı Örneklem T Tesi Sonucu.....	41
Tablo 4.4 Kontrol ve Deney Gruplarının Ön-Test ve Son- Test Bağımlı Örneklem T Test Sonuçları.....	42

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1 DEHB’ye İlişkin Önceden Bilgilerinin Varlığı Durumu	43
Şekil 4.2 Katılımcıların DEHB İle Alakalı Bilgileri Kimden ya da Nerden Öğrendiklerine İlişkin Görüşleri	44
Şekil 4.3 Katılımcıların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanıma Dair Görüşleri	46
Şekil 4.4 DEHB Olan Çocukların Fiziksel Olarak Tanımına Yönelik İfadeleri	47
Şekil 4.5 Katılımcıların DEHB’nin Anne-Baba Tutumları ve Aile Yapısına Yönelik Görüşleri.....	49
Şekil 4.6 Katılımcıların DEHB Olan Çocukların Tedavi İhtiyacına Yönelik Görüşleri	50
Şekil 4.7 Katılımcıların DEHB ile Alakalı Duydukları Tedavi Yöntemleri	51
Şekil 4.8 DEHB İle Alakalı Farkındalığın Artırılması İçin Tavsiyeler	53

KISALTMALAR

ADHD	: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperkaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
P	: İstatistiksel Anlamlılık Değeri
SPSS	: Statistical Package and Social Sciences.

BÖLÜM I

GİRİŞ

Çalışmanın giriş kısmında; problem durumuna, çalışmanın amacına ve önemine, çalışmanın sınırlılıklarına ve son olarak da çalışmanın bölümlerine yer verilmiştir.

1.1 Problem Durumu

Eğitim, ekonomik gelişmeyi sağlayan, nitelikli insan kaynağının yetiştirilmesinde önemli rol oynayan unsurlardan biridir. Eğitimin en önemli gayesi bilgi düzeyi yüksek, kültürlü ve sağlıklı bir ulus yaratmaktır (Çakmak, 2008).

Bir ulusun geleceği olarak kabul edilen çocukların ve gençlerin topluma faydalı bireyler olarak yetiştirilebilmeleri için iyi bir eğitime ve sağlam sosyal ilişkilere ihtiyaçları vardır. Bu çerçeveden bakıldığında ailelerin, eğitimcilerin ve sağlık bilimcilerinin hem fiziksel hem de ruhsal yönden sağlıklı bir nesil yetiştirdiklerinden emin olmaları gerekmektedir.

Bireylerin, akademik hayat ve sosyal ilişkilerini etkileyen çeşitli etmenler vardır. Bu etmenler arasında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yer almaktadır. DEHB'yi; ilk olarak inceleyen pediatri uzmanı Dr. George Frederick Still olduğu ifade edilmektedir (Lange, Reicht, Lange, Tucha ve Tucha, 2010). Dr. Still, yapmış olduğu çalışmada DEHB'yi çocuklarda gelişen ahlaki bir kusur olarak tarif etmiş, DEHB'nin çocuklara irade koymada zorluklar yaşattığına değinerek söz konusu rahatsızlığı olan çocukları ise depresif anneden doğma, alkolik babadan olma şeklinde nitelendirmiştir (Hanna, 2009).

Kandemir (2009) yaptığı çalışmada DEHB'yi, çocukluk döneminde belirginleşen ve çocukların gerek aile bireyleri, gerek akranları ile olan münasebetlerini, gerekse akademik başarı düzeylerini ters yönde etkileyen nöropsikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlamıştır. DEHB yaşayan bireylerin aileleri, çocuklarının rahatsızlığından dolayı kendilerini sorumlu tutarak, depresyona girerler ve kendilerini sosyal çevrelerinden soyutlarlar, hatta ilerleyen süreçte evlilikleri dahi çıkmaza girmektedir (Kanay, 2006).

Hanna (2009) araştırmasında DEHB'nin beyin fonksiyonlarının bozulması neticesinde ortaya çıkan dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik (hiperaktivite) ve dürtüsellik şeklinde kendini belli eden bir tür rahatsızlık olduğuna değinmiştir. Diğer taraftan Felt ve Biermann (2014) yayınladıkları çalışmalarında, DEHB'nin erken teşhis ve tedavi edilmesi durumunda bireylerin sosyal ilişkilerinin normale döndüğüne, akademik ve iş hayatında gösterdikleri başarı düzeyinin yükseldiğine dikkat çekmişlerdir.

Öte yandan, DEHB rahatsızlığının birey ve toplum üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu ifade etmek mümkündür. Daha farklı bir deyişle, DEHB'nin yanlış yorumlanması ve DEHB rahatsızlığı bulunan çocukların “zamane çocuğu”, “yaramaz”, ya da “büyüyünce düzelir” şeklinde değerlendirilerek tedavi yönüne gidilmemesi, ilerleyen yıllarda çocukları madde kullanmaya, kaza ve suça ilişkin davranışlara sevk ederek toplum güvenliğini tehdit eden bireyler haline getirebilir (Aslan, 2013). Bu bakımdan DEHB olan çocukların tedavi ettirilmesi hem çocukların ruh sağlığı hem de toplum yaşamı açısından hayati öneme sahiptir.

Genel anlamda DEHB'nin kesin bir iyileştirme yöntemi olmamakla birlikte, uzmanların DEHB bulunan bireyleri detaylı şekilde muayene ederek gözlemledikleri semptomlar doğrultusunda tedavi yöntemi belirleyebilirler. Tedavi yöntemleri arasında biyokimya ve farmakolojik tedavi, vestibuler uyarı, koşma, diyet, oyun terapisi, sınıf terapisi ve rölaksasyon yer almaktadır (Korkmaz, 2000). DEHB'nin tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem olan nörolojik geri bildirim yöntemi (neurofeedback) duyuşsal motor ritminin kuvvetini artırarak ve beta aktivitesini düşürerek DEHB'yi hafiflettiği buna bağılı olarak bireylerin entellektüel kabiliyetlerinde ve dikkate bağılı davranışlarında düzelmeler olduğı gözlemlenmiştir (Fuchs, Birbaumer, Lutzenberger, Gruzelier ve Kraiser, 2003).

Eğitim hayatına devam eden çocukların ortalama olarak %8'ni etkisi altına alan DEHB'nin çocukların eğitim hayatını ters yönde etkilediğini ifade etmek mümkündür (Tuğlu ve Şahin, 2010). Bu olumsuz etkilerin en önemlileri arasında, çocuklarda oluşaşı kendi kendine yetememe duyusu, kendine yeteri kadar güvenememe ve problemli ilişkiler yer almaktadır (Kanay, 2006). Bu çerçeveden bakıldığında anne ve babaların DEHB ile alakalı doyurucu bilgiye sahip olmaları, onlara çocuklarını dikkatlice gözlemleyerek rahatsızlığı erken teşhis etme imkânını sağlayacaktır. Erken

teşhis, genç nesillerin mental sağlığında oluşabilecek olumsuzlukların tedavi ile azaltılmasına ve toplumda DEHB ile ilgili önyargının ortadan kalkmasına yardımcı olacaktır. Bundan hareketle bu çalışma, ailelerin DEHB bozukluğuna ilişkin bilgilerinin artırılmasına ve nörolojik geri-bildirim tedavi yöntemi ile rahatsızlığın giderilmesine ilişkin etkililik düzeyini tespit etmeyi amaçlamaktadır.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, DEHB teşhisi konulmuş 8 ila 10 yaş çocuklar üzerinde nörolojik geri bildirim yönteminin etkililik düzeyini incelemektir. Ayrıca araştırmanın diğer bir amacı DEHB'ye ilişkin farkındalık adına DEHB teşhisi konulmuş çocukların ailelerin DEHB ile ilgili görüşleri incelenmiştir.

1.2 Çalışmanın Alt Amaçları

Çalışmanın alt amaçlarına ilişkin sorulara aşağıda yer verilmiştir.

- Ailelerin, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile alakalı farkındalıkları ne düzeydedir?
- Deney ve kontrol gruplarının DSM-V ile ilgili ön test ve son test sonuçları farklılaşmakta mıdır?
- Deney ve kontrol grublarına uygulanan ilaçlı iyileştirme ve nörolojik geri bildirim yöntemi birbirlerinden farklılaşmakta mıdır?
- Nörolojik geri bildirim ve ilaçlı tedavi yöntemlerinin etkililik düzeyi nedir

1.3 Çalışmanın Önemi

Konu ile alakalı gerçekleştirilen literatür taramasında gerek Türkiye Cumhuriyeti'nde (TC) gerekse Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) nörolojik geri bildirim yöntemi ile tedavide başarı derecesini inceleyen çalışmaların sayısının az olduğu gözlemlenmiştir. Literatürdeki bu boşluktan hareketle çalışma, elde edeceği sonuçlarla ilgili alanyazına katkı koyacak ve ileride yapılacak benzer çalışmalara izlemiş olduğu yöntem ve elde ettiği bulgularla ışık tutacaktır. Çalışma, okullarda DEHB ile alakalı sunulan rehberlik hizmetlerinde de kullanılabilecek ve çalışmada kullanılan nörolojik geri bildirim yönteminin başarılı olması halinde birçok DEHB'li çocuğun tedavi edilmesine katkı koyacaktır.

1.4 Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma, 2018-2019 döneminde Lefkoşa ve Girne Bölgelerinde ikamet eden 8-10 yaş aralığında olan DEHB tanısı konmuş 15'i deney, 15'i kontrol olmak üzere 30 öğrenci ve onların aileleri ile sınırlandırılmıştır.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Çalışmanın bu bölümünde konu ile alakalı kavramsal boyutlara ve ilgili çalışmalara yer verilmiştir.

2.1 DEHB Tarihçe, Tanımı ve Görülme Sıklığı

DEHB'yi ele alan eserlerin kaleme alınması 16. ve 17. yüzyıllara dayanmaktadır. Örneğin 1653 yılında Fransız asıllı yazar Jean Baptiste Poquelin “Létourdi ou Les Contretemps” isimli eserinde DEHB semptomları sergileyen bir topluluktan bahsetmektedir. Diğer yandan, ünlü İskoç hekim Alexander Crichton yazdığı eserinde okulda dikkat ve distraktibilite semptomları taşıyan bir bozukluğu anlatmıştır (Zorlu, 2012).

DEHB ile alakalı tanımı en erken yapanların başında Dr. George Still gelmektedir. Dr. Still DEHB tanımlamasını yapmadan 43 çocuğu gözlemlemiştir. Still'e göre davranışlarını kontrol edemeyen, herhangi bir konuya dikkatini vermede sıkıntı çeken, belirlenen kurallara uymada problemler yaşayan bireyler bu tür bozukluğa sahiptirler. DEHB'nin tanımına katkı koyanlardan biri de Tredgold'dur. Tredgold, 1908 senesinde Still'inkilere benzer görüşleri savunmuştur. Tredgold Still'e ilaveten söz konusu bozukluğun gelişimin erken safhalarında minimum veya fark edilmemiş bir beyin hasarından kaynaklandığına ve bu hasarın da çocuklarda görülen davranışsal problemleri tetiklediğine dikkat çekmiştir (Kiriş, 2009). I. Dünya Savaşı döneminde beyin iltihabı salgını ortaya çıkmıştır. Bu hastalıktan sağ çıkan çocuklarda birtakım değişiklikler tespit edilmiştir. Bu değişiklikler arasında dikkat bozukluğu, aşırı hareketlilik ve öğrenmede problemler yer almaktaydı. Bu da bilim adamlarını söz konusu bozukluğu “beyin hasarı sendromu” şeklinde isimlendirmelerine yol açmıştır (Zabcı, 2004). Bradley 1937 yılında DEHB'li çocuklarla bir çalışma yapmıştır. Bradley, yapmış olduğu çalışmada hiperaktivite bozukluğu olan çocukları uyarıcı ilaçlarla tedavi etmeyi amaçlamıştır. Elde edilen neticeler, uyarıcıların hiperaktivite

semptomlarının hafiflemesine katkıda bulunduğunu tespit etmiştir. Bu netice “beyin hasarı” yaklaşımını birkez daha doğrulamıştır (Zabcı, 2004).

Diğer bir taraftan 1940 yılında Strauss DEHB semptomlarının sadece beyin iltihabına bağlı bir rahatsızlıktan görülmediğini bulgulamış ve bozukluğun adının “minimal beyin hasarı” şeklinde değişmesine ve bozukluğun farklı boyutlardan incelenmesine katkıda bulunmuştur (Börekçi, 2017).

1960’lı yıllarda Clements yaptığı araştırmalar ışığında bozukluğu; öğrenmede yaşanan sıkıntılar, bilişsel ve algısal güçlükler ve kısa süreli hafıza problemleri şeklinde tarif etmiştir. 1965 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması’nın 9. versiyonunda, söz konusu bozukluk için “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu” ifadesi kullanılmaya başlanmıştır. 1968’de Amerikan Psikiyatri Birliği’nin “Psikiyatride Hastalıkların Tanımlaması ve Sınıflandırılması’nın 2.versiyonunda (DSM II) söz konusu bozukluk için “Çocuklarda Hiperkinetik Sendrom” tanımlaması kullanılmaya başlanmıştır (Kartal, 2012).

Aynı yıl Harticollis, ergen ve genç erişkin dönemdeki olguların nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmelerini yapmıştır. Araştırmacı yayınladığı makalesinde ilk kez DEHB’nin erişkin dönemde de devam ettiğine vurgu yapmıştır. Diğer yandan 1970’li yıllarda Cantwell ve Morison iki ayrı çalışma yapmışlardır. Araştırmacılar, yapmış oldukları çalışmalarında hipertaktif çocukların ebeveynlerinin de hiperaktif olduğu ve bu çocukların erişkin dönemde sosyopati, histeri ve alkol problemleri ile karşılaşabileceklerini vurgulamışlardır (Tuğlu ve Şahin, 2010). 1973’de Pontius minimal beyin disfonksiyonlu 100 erişkin hastayı, klinik ortamında incelemiştir. Pontius, söz konusu bozukluğun frontal lab ve kaudal disfonksiyonundan kaynaklandığını işaret etmiştir.

Diğer yandan, 1980 yılında söz konusu davranışları ifade etmek için kavramı daha sık bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Dürtüsellik de sıklıkla dikkat eksikliği ile beraber kullanılmaya başlanmıştır. Ancak bu dönemde hiperkativite kavramı diğer kavramlara oranla daha nadir olarak kullanılmıştır. Söz konusu bozukluk; hiperaktivitenin olduğu ve hiperaktivitenin oluşmadığı iki alt tip şeklinde incelenmiştir. 1994 yılına gelindiğinde söz konusu bozukluk; “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” şeklinde ele alınan Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorder (DSM) IV ‘te dikkatsizliğin daha belirgin olduğu tipi DEHB-DE, hiperaktivite ve dürtüsellikğin ağırlıklı olduğu tipi DEHB-DA ve birleşik tipi ise DEHB-B biçiminde tarif edilmiştir (Kartal, 2012).

1996 ve 1997 yıllarında Castellenas ve Filipele tarafından yapılan çalışmalarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) prefrontal ve kaudat ağda azalma tespit edilmiş ve böylelikle Pontius’un düşünceleri doğrulanmıştır. DEHB; gerek sosyal bilimlerde, gerek eğitim bilimlerinde, gerekse tıp alanında çalışan uzmanlar tarafından tarihsel gelişimi farklı perspektiflerden ele alınmıştır (Doğaroğlu, 2013).

Önceden de ifade edildiği üzere DEHB ile ilgili araştırmalarda farklı ölçütler kullanılmaktadır. Bu sebepten ötürü DEHB’yi izah etmede birtakım pürüzler yaşanmaktadır (Altıntaş, 2012). En genel anlamı ile DEHB semptomlarının birçoğu 12 yaşından önce başlayan en az 6 ay boyunca devam eden ve bireyin gerek eğitim gerekse toplumsal faaliyetlerde problemler yaşamasına sebep olan, bireyin gelişim süreci ile paralellik göstermeyen dikkat süresi ve yaşla örtüşmeyen hareketlilik ve dürtüsellik ya da her iki olguyu da tarif edilen bir tür bozukluk şeklinde tarif edilmektedir (Uytun, 2015).

DEHB’yi tarif etmede “çılgın aptallık”, “dürtüsel delilik”, “kötü çocuklar”, “yaramaz çocuklar” şeklinde çeşitli nitelendirmeler de kullanılmıştır (Börekçi, 2017).

Öte taraftan Wender (1995) DEHB’nin en önemli belirtilerini dikkat dağınıklığı, dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve erişkin döneminde psikolojik, sosyal, akademik ve mesleki alanlarda sorunlar yaşaması şeklinde sıralarken, Biederman vd. (1996) çocukluk döneminde DEHB tanısı konulan fertlerin %30-%70’nin ergenlik ve erişkinlik döneminde de DEHB’ye bağlı güçlükler yaşadıklarına vurgu yapmışlardır.

Yapılan çalışmalar ışığında DEHB’nin saldırganlıkla yakın ilişkisi saptanmıştır. Bir başka deyişle DEHB’li çocuklar, ergenlik çağına geldiklerinde suç işlemeye meyilli olmakta; uyuşturucu kullanmaya ve asosyal davranışlar göstermeye yatkın olmaktadır (Özmen, 2011).

Dünya’da DEHB tanı ve ölçümü için farklı kriterlerin kullanılması farklı ülkelerde değişik değerlerin elde edilmesine yol açmaktadır. Bu durum, DEHB’nin görülme sıklığı hakkında bir bilgi elde edilmesini güçleştirse de yapılan çalışmalar

ışığında 8-15 yaş aralığında Amerika'da %8.7, Türkiye'de erkeklerde %25.2, kadınlarda %10.4, Almanya'da 2003-2006 yılları arasında erkek çocuklarında %7.9 kız çocuklarında %1.8, İspanya'da %6.8, Türkiye'de 4-18 yaş grubunda %11.3 (klinik seviyede), Suudi Arabistan'da %16.4 civarındadır (Arslan, 2013). Brezilya'da 2007 senesinde DEHB'nin görülme sıklığı ile alakalı yapılan araştırmada oran %6.7 şeklinde ifade edilirken, Nijerya'da yine aynı yıl yapılan bir çalışmada DEHB'nin 6-12 yaş aralığındaki bireylerde görülme sıklığı %8.7 olarak ifade edilmiştir. Dünya genelinde DEHB'nin görülme sıklığı ise %5.29 olarak açıklanmıştır (Toklu, 2016).

Öte yandan DEHB'nin kızlarda dikkatsizlik ve bilişsel problemlerle daha yoğun bir biçimde kendisini göstermesi bunun yanında dürtüsellik ve hiperaktivite davranışlarının daha nadir olmasından ötürü mevcut olan DEHB'nin kızlarda gözardı edildiği varsayılmaktadır (Arslan, 2013).

2.2 DEHB'nin Semptomları

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) üç ana semptomdan oluşan bir bozukluktur. Bu semptomlara aşağıda yer verilmiştir.

- Dikkat Eksikliği
- Aşırı hareketlilik (hiperaktivite)
- Dürtüsellik (alışılmışın dışında tepki göstermek, birşeyin neticesini düşünmeden eyleme geçmek, dürtülerini kontrol etmede zorluk yaşamak)

Söz konusu semptomlar çeşitli davranış bozukluklarına sebebiyet vermektedir. Öte yandan evde ya da okulda adaptasyon sorunlarına ve öğrenme ile alakalı problemlerin yaşanmasına neden olmaktadır.

2.3 DEHB Tanı Ölçütleri

DEHB için dünyanın çeşitli bölgelerinde yaygın olarak kullanılan sınıflama yöntemlerinden biri de ABD Psikiyatri Derneği'nin DSM IV-R sınıflama yöntemidir. Bu yöntem ışığında DEHB bulgularına aşağıda yer verilmiştir.

2.3.1 Dikkat Eksikliği Belirtileri

Dikkat eksikliği belirtileri aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- Detaylara yönelik dikkatini toparlamakta güçlük çekme ya da okul, iş ve diğer aktivitelerde dikkat probleminden kaynaklanan hatalar yapmak.
- Dikkat verilmesi gereken iş yüklerini gerçekleştirirken ya da devamını getirirken problemler yaşama.
- Herhangi birisiyle yüz yüze konuşurken onları dinlemede sıkıntılar yaşama.
- Ev ödevlerini ya da işte kendisine verilen görevleri tamamlamada güçlükler çekmek, yayınlanan kuralları ya da yönergeleri takipte problem yaşama.
- Kendisine verilen yükümlülükler ya da işleri organize etmekte problemler yaşama.
- Görev ve sorumluluklarını yerine getirmekte kullandığı eşyaları kaybetme.
- Günlük yapılan etkinlikleri hatırlamada güçlük çekme.
- Uzun süren ve mental efor gerektiren aktivitelerden kaçınma.

2.3.2 Aşırı Hareketlilik Belirtileri (Hiperaktivite)

Hiperktivite ile alakalı belirtilere aşağıda yer verilmiştir.

- El ve ayaklarda aşırı hareketlilik, oturduğu yerde duramama.
- Sık sık koşuşturmak ya da kendini huzursuz hissetmek.
- Bireyin sürekli hareket etme isteği halinde olması ya da motor takılıymış gibi hareket etmesi.
- Boş zamanlarındaki etkinlikleri sessiz bir şekilde yapamama.

2.3.3 Dürtüsellik

Dürtüsellikle birlikte görülen belirtiler aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- Kendisine yöneltilen soruların bitmesini beklemeden cevap vermeye çalışma.
- Sıra beklemede ya da sıraya girmekte güçlük çekme.
- Çevresindeki kişilerin işlerine ya da konuşmalarına müdahalelerde bulunma.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile birlikte en sık görülen belirtilere kapsamlı olarak aşağıda yer verilmiştir.

- Amaçlarına erişememe ve başarısızlık duygusu.
- Başladığı işi bitiremememe ya da işe başlamada sorun yaşama.
- Eş zamanlı olarak birçok işle uğraşmaya çalışmak fakat bunları takip etmede ya da tamamlamada problemlerle karşı karşıya kalmak.
- Zaman ve yer olgularını göz önünde bulundurmadan hareket etmek ya da aklına geleni söylemek.
- Sık sık macera peşinde koşmak.
- Herhangi birşeyden çabucak sıkılmak ya da vazgeçmek.
- Diğer fertlerin takip ettiği yöntem ve kuralları uygulamamak.
- Sabırsız olmak.
- Düşünmeden kararlar alıp uygulamaya koymak.
- Kendini güvende hissetmemek.
- Sinirlilik ve aşırı tepki göstermek.
- Düşük benlik değeri.
- Parmaklarıyla ritm tutmak, ayak sallamak ya da ayak vurmak.
- Mükemmadiyen iş değiştirmek.
- Gerginliğe karşı aşırı hassas olmak.
- Zaman yönetiminde güçlük yaşama
- Unutkanlık yaşamak.
- Sözel ve fiziksel tedirginlik yaşamak.
- Alkol ve madde kullanma.
- Konulan yasalara uymakta sıkıntılar yaşama.
- Depresif ruh hali içinde olmak
- Kendine zarar verme eğiliminde olmak.
- Kaygılı bir ruh haline sahip olmak.
- Yaptığı işten hoşlanmamak.
- Düş kırıklığı duygusu yaşamak.
- Cesaret toplamakta güçlükler yaşamak.
- Uzun müddet mutsuzluk hissi yaşamak.
- Kapasitesine uyan bir düzeye ulaşamamak.

2.4 DEHB'nin Klinik Bulguları

DEHB'nin çeşitli klinik bulguları mevcuttur. Bu bulgulardan en sık rastlanılanları arasında, çocukların çevreleri tarafından aşırı hareketli ve yaramaz diye tarif edilmeleri, dikkatlerini toplamakta ve konsantre olmakta sıkıntı yaşamaları, agresif, kavga etmeye yatkın ve çevresindeki bireylerle zıt düşme, anlık ihtiyaçlarına karşı koyamama, koltuklara tırmanma, aniden yemek masasından yemeğini yemeden kalkma, sık sık el kol, bacak oynatma ya da sallama, uygunsuz anda konuşmaya başlama ve yorumlar yapma, kazalara yol açma eğilimlerinin yüksek olması, bir işi sonlandırmadan diğerine başlama isteklerinin yoğun olması, unutkanlık yaşama, çevresindeki diğer fertleri dinlememe, oynadıkları oyunun kurallarını takip etmede güçlük yaşama, tehlikeli etkinliklere kalkışma, ödevlerine yeterli itina göstermeme, okul hayatında başarı düzeylerinin düşük olması ve sıklıkla çevresindeki diğer bireylerin sözünü kesme yer almaktadır (Korkmaz, 2000).

2.5 DEHB'nin Tipleri

1994 DSM IV'e göre söz konusu bozukluğun üç alt tipi vardır. Bunlar sırasıyla DEHB birleşik tip, DEHB dikkat eksikliğinin önde olduğu tip, DEHB aşırı hareketliliğin önde olduğu tip şeklinde ifade edilmektedir (Motavallı, 2000).

2.5.1 DEHB Birleşik Tip

Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüselliğin eş zamanlı olarak yer aldığı tiptir. Her iki cinsiyette de en sık rastlanan birleşik tipte bireyler, sıklıkla düşünmeden davranmakta, sırasını bekleyememekte, birşeyleri kurcalamakta, aşırı konuşmakta, dikkatlerini herhangi bir konu üzerinde yoğunlaştırmamakta ve eğitim hayatlarında problemler yaşamaktadırlar.

2.5.2 DEHB Dikkat Eksikliğinin Önde Olduğu Tip

DEHB-dikkat eksikliğinin önde olduğu tipte, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerine pek rastlanmaz. Bu tür çocuklarda bir konuya dikkatin verilmesinde ve dikkat süresi ile alakalı sıkıntılara rastlanmaktadır. Aile içinde ya da sosyal ilişkilerde ufak tefek sorunlar yaşanabilmektedir. Ancak eğitimciler bu tür çocukları; derse geç kalan, belli bir çalışma sisteminden ya da okul disiplininden yoksun, ödevlerini yapmakta ya da tamamlamakta problemler yaşayan, rüya aleminde olan ve unutkan

bireyler olarak nitelendirmektedirler. Dikkat eksikliğinin önde olduğu bu tipte, bireylerde farklı seviyelerde performans kaybı, motivasyonla alakalı problemler ve konuları kavramada sıkıntılar yaşanmaktadır. Sonuç olarak bu bireyler kendi zekâ potansiyellerinin altında başarı gösterirler. Dikkat eksikliği, kızlarda erkeklere oranla daha çok görülmektedir.

2.5.3 DEHB- Aşırı Hareketliliğin Önde Olduğu Tip

DEHB-aşırı hareketliliğin ön planda olduğu bireylerde, dikkat eksikliği belirtilerine rastlanmaz. Aşırı hareketliliğin ön planda olduğu tip, dikkat eksikliği alt tipinden daha erken yaşlarda tespit edilmektedir. Hiperaktivite, çocukların okul öncesi muayenelerinde daha kolay tespit edilmektedir. Bireyler yaş aldıkça motor aktivitelerinde düşüş gözlemlenir ve erişkinlik çağında yerini duygusal açıdan huzursuzluğa bırakabilir. Aşırı hareketliliğin ön planda olduğu tipin, erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. (Tahiroğlu, Avcı, Fırat ve Seydaoğlu, 2005).

Karaca (2013) eserinde aşırı hareketliliğin artış gösterdiği ortamlara dikkat çekmiştir. Bunları aşağıdaki gibi belirtmek mümkündür.

- Sofra başındayken.
- Yatma vakti yaklaştığı zaman.
- Arabada yolculuk yaparken.
- Giyinirken.
- Banyo alırken.
- Eve misafir geldiğinde ya da misafirlğe gidildiğinde.
- Evde ebeveynlerce kendisine sorumluluk verildiğinde.
- Kendi kendine ya da başkaları ile oyunlar oynarken.

2.6 DEHB Tanısında Kullanılan Testler

DEHB tanısında sıklıkla başvurulanan testler arasında Bourdon Dikkat Testi, Bender-Gestalt Görsel Motor Algılama Testi (Karaca, 2013), İz Sürme Testi ve Stroop Testi (Doğanlı, 2015) yer almaktadır. Bu testlerin açıklamalarına aşağıda yer verilmiştir.

- Bourdon Dikkat Testi: Bourdon Dikkat testi temel olarak iki farklı formdan oluşmaktadır. Bu formlardan birincisi karışık bir biçimde verilen kitap harfleri arasından önceden belirlenmiş olan harfleri bulmayı ve işaret koymayı kapsarken, ikinci form; karışık olarak verilmiş şekiller arasından belirlenmiş şekilleri bulup işaretlemeyi kapsar.
- Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi: Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testi 9 geometrik şekilden oluşmaktadır. Bu testte puanlama yöntemi kullanılarak değerlendirme yapılmaktadır. Testte toplamda 30 adet hata tipi mevcuttur. Hatalar 0 ve 1 olarak kodlanmaktadır. Testte, çocuklara sessiz bir ortamda şekiller tek tek gösterilerek onlardan o şekilleri çizmeleri istenmektedir.
- İz Sürme Testi: Test, temel olarak çalışma belleği, görsel arama, karmaşık arama, dikkat ve hıza bağlı motor faaliyetler, dizme kabiliyeti, problemlerle mücadele etme kabiliyetleri, set kaydırma kabiliyeti üzerine yoğunlaşmaktadır.
- Stroop Testi: 1935 yılında J.R. Stroop tarafından geliştirilen bu test, üç temel aşamadan oluşmaktadır. Test, görsel algı ile sembolik semantik algı arasında uyumsuzluk yaşandığı hallerde görsel algının sembolik semantik algıya oranla daha ön plana çıktığını göstermektedir.

2.7 DEHB'ye Katkısı Olan Etkenler

Uzun yıllardan beridir DEHB'nin oluşumuna katkı koyan etkenler, araştırma konusu olmuştur. Yapılan çalışmalar neticesinde söz konusu bozukluğa sebebiyet veren en önemli etmenler arasında hamilelik ve doğuma ilişkin etkenler, nörolojik etkenler, genetik ve ailesel etkenler, psiko- sosyal ve çevresel etkenler yer almaktadır. Bu etkenlere detaylı bir şekilde aşağıda yer verilmiştir.

2.7.1 Hamilelik ve Doğuma İlişkin Etkenler

DEHB'ye sebep olan hamilelik ve doğuma ilişkin maddeler aşağıda sıralanmıştır.

- Annenin yaşının genç olması.
- Hamilelik süresi boyunca ilaç, alkol ve sigara tüketilmesi.

- Kan basıncının yüksek olması.
- Annenin ödem sorunu yaşaması.
- Annenin gergin olması.
- Doğum süresinin uzaması.
- Zor doğum.
- Bebeğin doğum esnasında travmaya uğraması.
- Bebeğin normal kilonun altında doğması.
- Bebeğin zamanından önce doğması (prematüre doğum).
- Erken bebeklik sürecinde enfeksiyonu gidermek amaçlı ilaçların kullanımı.

2.7.2 Sinirsel Etkenler

DEHB'ye yol açması muhtemel sinirsel etkenlere aşağıda yer verilmiştir.

- Hamilelik sırasında ya da doğum sürecinde bebekte oluşan doğum hasarları.
- Beyin hacminin küçük olması, korteksin incilmesi, beyin kan dolaşımında ve glukoz kullanımında azalma.
- Beyin gelişiminde yavaşlama,
- Beyin elektrofizyolojik aktivitelerinde azalma ve uyku dalgalanması.

2.7.3 Genetik ve Ailesel Özellikler

Genetik ve ailesel özelliklere aşağıda yer verilmiştir.

- Anne ya da babada yaşanan DEHB, çocukta görülme oranını %50-60 artırmaktadır.
- Yakın akrabalarda DEHB olması %10-%30 arası artırmaktadır.
- İkiz kardeşlerden birinde DEHB varsa %80 oranında artırmaktadır.

Marangoz (2016) belli başlı genlerdeki düşük sapmaların söz konusu bozukluğun ortaya çıkmasında önemli rolü olduğuna değinmiştir. Bu genler aşağıda sıralanmıştır.

- Dopamin, D2,D4,D5 reseptör genleri (DED2, D2D4,DRD5).
- Dopamin taşıyıcı gen (DAT 2).

- Serotonin taşıyıcı geni (SLCGA3 ve SLCGA4).
- Sinaptosomal ilişkili protein (SNP25).

2.7.4 Psiko-sosyal ve Çevresel Etkenler

DEHB'nin ortaya çıkmasını veya gelişimini hızlandırıcı psikolojik etkenler aşağıda listelenmiştir (Utkun, 2015).

- Düşük sosyal statü.
- Kalabalık aile ortamı.
- Evliliklerde ortaya çıkan çatışmalar.
- Annede gözlemlenen psikolojik rahatsızlıklar.
- Babanın suç işlemeye eğilimli olması.
- Çocuğun bakımevinde yetiştirilmesi.

DEHB'nin gelişimini ve semptomlarını hızlandırın çeşitli çevresel etkenler de vardır. Bu etkenlerden en önemlilerine aşağıda yer verilmiştir (Börekçi, 2017).

- Vitamin ve besin eksikliği.
- Kurşun ve besin katkı maddeleri.
- Şeker zehirlenmeleri.

2.8 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

DEHB eşlik eden psikiyatrik tanılar arasında; yıkıcı davranım bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı, sigara bağımlılığı, karşıt olma, karşı gelme eğilimi yer almaktadır (Duran, 2006). Bu tanılara ilaveten duygu durum bozukları (Turgay ve Semerci, 2011) ve tik bozukluklarından da bahsetmek mümkündür (Selçuk, 2001).

2.8.1 Alkol-Madde Kullanımı

Shekim, Asarnow, Hess, Zaucha, ve Wheeler (1990) yapmış oldukları çalışmalarında DEHB teşhisi konulmuş erişkinlerin %34 alkolizm, %30 madde kullanımı bulgulamışlardır. Biederman (1998) araştırmasında DEHB'li bireylerin alkol- madde kullanım sürelerinin ve kullanım sıklıklarının DEHB tanısı konulmamış

bireylere göre daha çok olduğunu vurgulamış ve DEHB'li bireylerin alkol-madde bağımlılıklarının tedavilerinin daha güç olduğuna değinmiştir.

2.8.2 Sigara Bağımlılığı

DEHB teşhisi konmuş ve konmamış bireyler sigara kullanma açısından mukayese edildiklerinde DEHB tanısı almış fertlerin sigara kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğunu ifade etmek mümkündür.

Literatürde DEHB'li bireylerin sigara kullanma oranlarını inceleyen farklı çalışmalar mevcuttur. Örneğin Pormerkau ve Downey (1995) yapmış oldukları çalışmada DEHB teşhisi konmuş erkek ve kadın katılımcıları yaş ve cinsiyet bakımından kendileri ile benzer özelliklere sahip kontrol grubu ile eşleştirmeye yaparak incelemiştir. Yapılan bu incelemede DEHB teşhisi konmuş erkek katılımcıların %42'si sigara kullandığı, 13'ünün bıraktığı, %45'nin ise sigara içmediği bulgulanmıştır. Kontrol grubundaki erkek katılımcıların %28'si sigara tüketmekteyken, %29'u bırakmış, %42'si ise hiç kullanmamıştır. DEHB teşhisi konmuş kadın katılımcılar %38'i sigara tüketmekteyken, %31'i bırakmış, %31 ise daha önce hiç sigara kullanmamıştır. Kontrol grubunu oluşturan kadın katılımcıların %28,5'i sigara tüketirken, %19'u bırakmış, %57,5'i ise daha önce sigara hiç kullanmadığı bulgulanmıştır.

2.8.3 Karşıt Olma Karşı Gelme ve Davranım Bozukluğu

Semerci ve Turgay (2011) yayınladıkları eserlerinde karşıt olma, karşı gelmenin belli başlı semptomlarına dikkat çekmişlerdir. Bu semptomların en önemlileri arasında; çocuklarda sık sık huysuzlanma, büyükleri ile zıtlasma ve tartışma, çevresindeki büyüklerin isteklerine karşı çıkma, kasten diğer fertleri kızdıracak tutum ve davranışlar sergileme, alıngan olma, kinci olup intikam için fırsat kollama yer almaktadır. Davranım bozukluğu ile karşıt olma karşıt gelme davranışları iç içedirler. Davranım bozukluğunun en belirgin özelliği, kendi yaşına bağlı toplumsal kuralları sürekli olarak ihlal etmedir. Davranım bozukluğunun belirtileri arasında kabadayılık yapmak, çevresindeki diğer fertleri tehdit ederek korkutmak, sopa, taş, şişe gibi nesneleri zarar verme aracı olarak kullanmak, fertlerin eşyalarını alıkoymak ya da çalmak, eve gitmemek yer almaktadır. Bir bireye davranım bozukluğu tanısının konabilmesi için yukarıda ifade edilmiş semptomların en az üçünü taşıması,

semptomların en az bir yıl devam etmesi ve fertlerin üç yaşı üstünde olması gerekmektedir (Semerci ve Turgay, 2011). Davranım bozukluğu gösteren çocuklar ya da gençler tedavi edilmeli ve davranım bozukluğu seviyelerinin düşürülmesi sağlanmalıdır. Bunun nedeni, bu tür bireylerin çevresindekilere zarar verme ihtimalinin yüksek olması ve hapse girme risklerinin fazla olmasıdır (Semerci ve Turgay, 2011).

2.8.4 Duygu-Durum Bozuklukları

DEHB teşhisi konmuş çocukların depresyona girme oranı, diğer çocuklara oranla daha yüksektir. DEHB'li çocukların karşıt olma-karşı gelme ve davranım bozukluğu gösterme eğilimlerinin olduğu daha önceden de vurgulanmıştır. Karşıt olma-karşı gelme ve davranım bozukluğu sergileyen DEHB'li çocuklarda depresyonun görülme sıklığı %30 artmaktadır. DEHB ile birlikte görülen akademik başarının düşmesi ve zihinsel problemler, depresyona neden olmaktadır. Depresyon ise zihinsel aktiviteleri, dikkat ve hafıza gibi okul başarısında önemli rol oynayan olguları etkileyerek yaşanan başarısızlığın daha da artmasına yol açmaktadır (Turgay ve Sermerci, 2011). Diğer yandan araştırmalar, DEHB ile anksiyete bozukluğunun birlikte görülme oranının %40-%60 olduğunu bulgulamışlardır. Araştırmalar, DEHB'li kadınlarda anksiyete bozukluğunun daha sık gözlemlendiğini ortaya çıkarmıştır. DEHB ile anksiyetenin ortak yönleri arasında huzursuzluk, düşünceleri kontrol edememek, stres altında olmak, dikkat ve çalışma belleği ile alakalı sorunlar yaşamak yer almaktadır. DEHB'de var olan bilişsel sorunlar, anksiyeteye neden olmaktadır. Anksiyete de dikkatle alakalı sorunları arttırmaktadır (Semerci, 2012).

2.8.5 Tourette (tik) Bozukluğu

DEHB ile birlikte görülen bir başka olgu da tik bozukluğudur. Tik bozukluğu, aniden oluşan, ritmik olmayan, tekrarlayıcı, ses çıkarma veya aynı tarzda motor hareketleri yapma ile ortaya çıkmaktadır. Tik bozukluğu, 18 yaşından önce oluşur ve bireylerin dikkatlerini toplamalarına ve sürdürmelerine mani olmaktadır (Selçuk, 2001).

2.9 DEHB'nin Dönemlere Göre Belirtileri

DEHB'nin dönemlere göre belirtilerini; bebeklik dönemi, okul öncesi dönemi, okul dönemi, genç erişkin ve yetişkinlik dönemi şeklinde sıralamak mümkündür.

2.9.1 Bebeklik Dönem

DEHB'nin bebeklik dönemine ait en belirgin semptomları aşağıdaki gibi listelenmiştir (Karaca, 2013).

- Uykunun az ve düzensiz olması.
- Yemek yemede sorunlar, iştahın az olması.
- Huzursuzluk.

2.9.2 Okul Öncesi Dönem

DEHB'nin okul öncesi döneminde gözlemlenen en önemli belirtileri aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Karaca, 2013).

- Aşırı hareketlilik, sürekli koşmak.
- Dolapların üstlerine tırmanmak.
- Sık sık kavga etmek.
- Sakarlığa ve kazalara eğilimli olmak.
- İntikam alma duygusunda artış.
- Etrafındaki kişilerin sözlerini dinlememek.
- Gereğinden çok fazla konuşmak.
- Sabırsızca davranışlar sergilemek.
- Oynan oyunlarda kurallara uymamak.

2.9.3 DEHB'li Çocukların Okul Dönemi

Yapılan çalışmalar, DEHB'li çocukların okul yaşantılarında kendilerine has davranışlar sergilediğine ve bu davranışların da DEHB tanısının konmasında yardımcı olabileceğine değinmişlerdir.

Okula yeni başlayan birçok çocuk sırada oturmada, anlatılan dersleri takip etmede ve yazı yazmada belli başlı problemlerle karşılaşabilmektedir. Fakat çocuklar bu problemlerin üstesinden en geç iki hafta içinde gelmektedirler.

DEHB'li çocukların hemen hemen tamamı okul hayatına adapte olmakta güçlük çekerler. Sınıf ortamında oturup, öğretmenler tarafından anlatılan dersleri dinlemede, takip etmede ve dersleri ile alakalı planlamalar yapmada güçlük çektikleri gibi akranları ile ilişkiler kurmada, ödevlerini tamamlamada, tertipli ve düzenli olmada problemler yaşamaktadırlar. Bu problemler, onların okul yaşamlarında başarısız olmalarına sebep olmaktadır.

Diğer taraftan, DEHB'li çocuklar dikkatlerini derslerine vermede güçlük yaşarlar ve genellikle ders esnasında hayal âlemine dalarlar. Bazı DEHB'li çocuklarsa sırasını paylaştığı arkadaşı ya da yakınındaki diğer arkadaşları ile ders esnasında konuşmaya, ya da ders boyunca defterlerine karalama yapmakla meşgul olurlar. Kanay (2006) yapmış olduğu çalışmasında, DEHB'nin çocukların okul başarısındaki genel etkilerinden bahsetmiştir. Bu etkilerin özellikle DEHB'li çocukların üretkenliklerini, motivasyonlarını, düşüncelerini ve duygularını açığa çıkarmalarını olumsuz yönde etkilediğine ve birçok DEHB'li çocuğun liseden mezun olamadığına değinmiştir.

DEHB'li çocuklar dürtüselliklerinden kaynaklanan hızlı ve uzun konuşmalar yapmakta, sık sık başkalarının sözünü kesmekte, sırasını beklemede zorlanmakta, arkadaş ilişkilerinde problemler yaşamakta, hiperaktivite ve dürtüsellikten dolayı kaza geçirmekte ya da okulda diğer bireylere oranla daha çok ceza almaktadırlar. Tüm bu olgular, çeşitli problemleri de beraberinde getirmektedirler (Turgay ve Semerci, 2011).

2.10 Genç Erişkin ve Yetişkinlerde DEHB

DEHB, ilerleyişi değişkenlik gösteren bir bozukluk olarak nitelendirilmektedir. Bu bağlamda belirtileri genç yetişkinlik ya da yetişkinlik çağlarında da sürmektedir. Genel manada belirtilerde iyileşme 12 yaşında başlamaktadır. Ancak DEHB'li fertlerin birçoğu kısmen iyileşmektedir (Kanay, 2006). Genel olarak DEHB'nin genç erişkinlik ve yetişkinlik dönemindeki gidişatı aşağıdaki gibi özetlenmektedir (Korkmaz, 2000).

- Başlanan işlerin tamamlanamaması.
- İlgi alanı olmayan konularda dikkatin verilmesinde problemler yaşanması
- Agresif davranışlar sergileme.
- Sık sık iş değiştirme, işin gerektirdiği planlamayı yapmakta yetersiz kalma.
- Uğraş verdiği işin önceliklerini belirlemede yetersiz kalma.
- Diğer fertlerle ilişkiler kurmada zorluklar yaşama.
- Stresle mücadele etmede problemler yaşama.
- Anti-sosyal kişiliğe sahip olma.
- Depresyon yaşamaya eğilimli olma.
- Düşük güven duygusunun olması.

Öte yandan yapılan çalışmalar DEHB tanısı konmuş fertlerin genç erişkinlik ya da yetişkinlik dönemlerinde % 27'sinin alkol problemi yaşadığına, %23-45'nin ise adli olaylara karıştıklarına dikkat çekmişlerdir (Korkmaz, 2000).

2.11 Aile ve DEHB

DEHB ile alakalı yapılan çalışmalar, ailenin tutum ve davranışlarının söz konusu bozukluğun gidişatını olumlu ya da olumsuz etkilediğine dikkat çekmişlerdir. Daha farklı bir ifadeyle, ebeveynlerin çocuklarına sıcak ve hoşgörülü bir şekilde yaklaşması ve yakın ilişki kurması çocukların gelişiminde olumlu rol oynamaktadır. Ancak, ebeveynlerin çocuklarına karşı katı, reddedici, düşmanca tutum ya da davranışlar sergilemesi çocukların gelişimlerini negatif yönde etkilemektedir. Araştırmacılar, bu tür tutumların çocuklarda dikkat problemlerine yol açtığına ve onları suça ve taşkınlığa sevk ettiğine değinmişlerdir (Kilit, 2017).

Öte yandan, DEHB'nin yoğunluğu ve süresi arttıkça ebeveynlerin negatif davranışlarında ve endişe düzeylerinde artış görüldüğünü ifade etmek mümkündür. Ebeveynlerde görülen endişe, çocuğun duygu durumuna direkt etki ettiğinden DEHB'nin gidişatında ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır. DEHB teşhisi konmuş çocukların aile yapıları irdelendiğinde uyuşmazlık, boşanma ya da ebeveynlerin evliliklerinden aldıkları doyum düzeyinin giderek düştüğünü belirtmek mümkündür (Kilit, 2017).

2.12 DEHB’li Öğrencilerin Güçlü Yönleri

Önceden de ifade edildiği üzere DEHB’li öğrenciler gerek eğitim kurumlarında gerekse ev ortamında çeşitli problemler yaşamaktadırlar. Bu durum DEHB’li talebelerin; eğitimcileri, sınıftaki arkadaşları, aile bireyleri ile birçok sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Genel olarak DEHB’li öğrenciler sorunlu davranışları sebebiyle, “oyunbozan” ya da “sınıfı karıştıran” kişiler olarak etiketlenilmektedirler. Bu nedenden dolayı da gerek öğretmenleri, gerekse sınıf arkadaşları tarafından karşıt taraf olarak değerlendirilirler (Ackermann-Stoletzky ve Stoletzky, 2004).

Schröder (2006) yapmış olduğu çalışmada DEHB’li öğrencilerin güçlü taraflarına değinmiştir. Daha farklı bir değişle, gerek eğitimciler gerekse ebeveynler, DEHB tanısı almış çocukların güçlü tarafları hakkında bilinçli olduklarında, onlara karşı yaklaşımları da değişmektedir. DEHB’li talebelerin en belirgin karakteristik özellikleri arasında; meraklı, heyecanlı, enerjik, sepatik, şakacı, risk almayı seven ve empati yapmaları yer almaktadır (Neuy-Bartman, 2005). DEHB’li bireylerin bu olumlu özelliklerinin fark edilmemesi, onların adaptasyonla alakalı problemlerinin çoğalmasına sebep olmaktadır. Öğrencilerin DEHB’ye bağlı sorunlarla mücadele etmesinde, öğretmenlerin sergilediği tutum ve davranışlar önemli rol oynamaktadır. Başka bir ifadeyle öğretmenler, DEHB tanısı almış öğrencilerin ilgilerini, enerjilerini ve yaratıcılıklarını yapıcı bir şekilde kullanabilirse, söz konusu öğrencilerin sınıf ortamdaki yıkıcı davranışlarını en alt seviyeye indirebilirler ve DEHB’li öğrencilerin istenmeyen davranışları ile daha rahat mücadele ederler (Ackmann-Stoletzky ve Stoletzky, 2004).

2.13 DEHB’li Öğrencisi Olan Öğretmenlere Öneriler

Sınıflarında DEHB olan öğrencinin bulunması, eğitimcilerin dersin verimli geçmesi için ek çaba sarfetmelerini gerektirmektedir. Semerci ve Turgay (2011) yayınladıkları eserlerinde DEHB’li öğrencisi olan öğretmenlere birtakım önerilerde bulunmuşlardır. Bu önerilerden bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

- DEHB’li öğrencinin sınıf içindeki davranışları takip edilmeli ve onlara gidişatları hakkında yapılandırıcı geri dönüt verilmeli.

- Öğrencinin ebeveynleri ile sık sık iletişim halinde olmak ve düzenli bir biçimde onlarla toplantılar yapmak.
- Öğrenciye özel izleme formu ve ödül sistemi geliştirmek.
- DEHB'li öğrencilere, derste işlenecek konularla alakalı özet yaparak sunmak.
- Önceden de ifade edildiği üzere DEHB'li öğrenciler ödevlerini unutmaktadırlar. Bu yüzden öğretmenlerin onların ödevlerini kaydedip kaydetmediğini kontrol etmesi gerekmektedir. Ödevlerin kaydedilmesini ve hatırlanmasını kolaylaştıracak ödev defteri edinilmesini sağlamak bu problemi büyük ölçüde hafifletecektir.
- Öğrencinin sorumluluk alıp almadığını kontrol de önemlidir. Ancak bu kontrol yapılırken öğrencinin sınıf arkadaşları önünde küçük düşürülmemesine özen gösterilmelidir.
- Sınıfta ders işlerken, görsel ve işitsel ders materyallerinden faydalanmak dersi daha dikkat çekici kılacağından, DEHB'li öğrencinin dikkatini derse vermesini kolaylaştıracaktır.
- Derslerde anahtar kelimelerin vurgulanması ve fosforlu kalemle altlarının çizilmesi, öğrenmeye olumlu yönde katkı sağlayacaktır.
- DEHB'li öğrencileri pencere kenarı, kapı önü gibi yerlerde oturtmak onların dikkatini dağıtacağından bu tip öğrencilerin ön sıralarda yer toplanması daha uygun olacaktır.
- DEHB'li öğrenciyle öğretmenin gizli işaret geliştirmesi, (ör. Burnuna ya da omuzuna dokunmak) ve arzulanan davranış sergilemesi durumunda bunun kullanılması, öğrencinin sınıf arkadaşlarının gözünde mahcup olmadan uyarılmasını sağlar.
- Olumlu davranışları takdir etmek, takdir ederken de neyi niçin takdir edildiğini açıklamak.
- DEHB'li öğrencinin, diğer arkadaşları ile sorun yaşayabileceği hissedilmesi halinde onun mola almasını ve sakinleştiğinde sınıfa dönmesini sağlamak.
- Derse hareketli molalar eklemek, yararlı olabilir. Örneğin 2-3 dakika sürecek fiziksel egzersizler koymak.
- DEHB'li öğrencilere güçlük çektikleri konularda seçme imkânı tanımak.

- DEHB’li öğrenciyi zaman baskısından ve aşırı rekabet ortamından uzak tutmak.

2.14 DEHB’li Çocuğu olan Ailelere Öneriler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’nun meydana geliş nedenleri hakkında çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. Çocuklarının DEHB tanısı alması, aileleri suçluluk duygusuna itmektir. DEHB’li çocuğa sahip ailelerin kendilerini suçlu hissetmemesi ve bu durumu kabullenmesi gerekmektedir. Turgay ve Semerci (2011) yayınladıkları eserlerinde DEHB’li çocuğa sahip olan ailelere çeşitli önerilerde bulunmuşlardır. Bu önerilerden bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

- Önceden de ifade edildiği üzere, ödev konusu DEHB’li çocuklar için sorun teşkil etmektedir. Aileler ödev yapımı için uygun zamanı ve mekânı belirlemeli, ödevin yapıldığı masanın üzerinde yalnızca ödevin yapılmasına yardımcı olacak araç-gereç ve kitapların olmasına özen gösterilmeli, çocuklarının dikkatini bozacak diğer materyaller ortadan kaldırmalıdır.
- Aileler, çocuğun okuldan sonraki etkinliklerini planlamada ona yardımcı olmalıdırlar.
- Aileler, çocuklarına yeni yetenekler geliştirebilecekleri bir ortam hazırlamalıdırlar. Aieleler çocuklarının olumlu davranışlarını takdir etmelidirler.
- Aileler, çocuğunun öfke patlaması yaşaması durumunda aileler, çocukta bunu tetikleyen nedenlerin araştırmasını ya da gözlemini yapmalı ve gerekli önlemleri almalıdırlar.
- Aileler, çocuğa karşı onaylayıcı bir ses tonu ile yaklaşmalı ve onlara olaylara aynı pencereden baktıklarını hissettirmelidirler.
- Aieler, çocuğa ceza verirken olumsuz davranışın ne olduğunu ve ondan neyi beklediklerini açıklayarak ceza vermelidirler. Cezalar suçu takiben verilmeli ve suça göre şekillenmelidir.

Diğer yandan, Karaca (2013) yayınladığı eserinde ailelere birtakım önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler aşağıdaki gibi listelenmiştir.

- Aileler, olumlu olmalı ve çocuklarına ne yapmaları gerektiğini anlaşılır bir biçimde iletmelidirler.
- Aile ortamında belli başlı kurallar vardır. Bu kurallar, aileler tarafından açıkça belirlenmeli ve yazılmalıdır. Böylelikle, aile ile çocuk arasında yaşanan tartışmalar en alt düzeye inmiş olur.
- DEHB'li çocuklar kendilerini zaman zaman olumsuz ya da kötü hissedebilmektedirler. Bu yüzden bir görevi tamamladıklarında ya da olumlu davranış sergilediklerinde aileleri tarafından övülmeli ve yaptıkları olumlu şeyler karşılığında ödüllendirilmelidirler.
- Aileler, çocuğun ortaya koymuş olduğu çabayı da en az başarıları kadar takdir etmelidirler.

2.15 DEHB Tedavi Yöntemleri

DEHB tedavi yöntemleri ilaçlı tedavi, sosyal beceri, anne-baba eğitimi, bilişsel terapi olarak ifade edilmektedir.

2.15.1 İlaçlı Tedavi Yöntemleri

2.15.1.1 Stimulanlar ve Atomeksetin

Yapılan çalışmalar DEHB'nin ilaçla tedavisinde sıklıkla stimulanların kullanıldığını işaret etmişlerdir. Stimulanlar, 1936 yılından itibaren DEHB'nin tedavisinde kullanılmaktadırlar. Stimulanların tedavide kısa ve uzun dönem etkinlikleri vardır ve hekimlerce oldukça güvenilir bulunmaktadır (Biederman ve Spencer, 2008).

Öte yandan Durukan, Kara ve Karaman (2013) yapmış oldukları çalışmada stimulanlarla tedavi gören DEHB'li çocukların sosyal kabiliyetlerinde ve akademik başarılarında düzelme gerçekleştiğine dikkat çekmişlerdir.

Diğer taraftan Ercan, Çetin, Mukaddes ve Yazgan (2009) çalışmalarında DEHB tedavisinde stimulanların %70-%80 başarı sağladığına, ancak kırmızı reçete ile satılmasından dolayı ilaca karşın bir ön yargının oluştuğuna değinmişler ve alkol, madde kullanımı, anksiyete ve tik bozukluğu olan hastalarda alternatif ilaçların kullanılması gerektiğine işaret etmişlerdir.

Kanay (2006) çalışmasında Metilfenidat (Ritalin) isimli ilacın da cinsiyet ayrımı yapmaksızın okul çağındaki DEHB'li çocukları tedavi etmede kullanıldığına değinmiştir. Araştırmacı ilacın etkilerini üç farklı düzeyde değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapmıştır. Bu düzeyler aşağıdaki gibi açıklanmıştır.

- Motor etkinlikler düzeyi: DEHB'li çocuk, akranlarının hareketleriyle örtüşen hareketler sergilemeye başlar, daha az konuşur ve sınıf düzeni için tehdit unsuru olmaktan çıkar.
- Toplumsal düzeyi: Söz konusu ilaçla tedavi edilen birey, etrafındaki kişilerle daha sıcak ilişkiler kurmaya başlar, öfke kontrolü geliştirir, derslerine odaklanarak ders çalışmaya başlayabilir ve akranları ile oyunlar oynamaya başlar. Bu durum, gerek ebeveynleri gerekse öğretmenleri ile daha iyi ilişkiler kurmasına yardımcı olur.
- Bilişsel düzeyi: Çocuk, dikkatini daha kolay toplayabilir, tertipsizliği ve düzensizliği azalmaya başlar, okul başarısında artış görülür.

Yapılan çalışmalar stimulanların bazı yan etkilerinin de olduğunu göstermiştir. Bu yan etkilerin arasında uyku problemlerinin, kilo kaybının, iştahsızlığın, çarpıntının ve korku hissinde artış yer almaktadır.

DEHB tedavisinde kullanılan ilk stimulan dışı ilaç ise Atomoksetin (atomoxetine)'dir (Purper-Ouakil, Fournenet, Wohl-Reneric, 2005). Atomoksetin DEHB tedavisinde FDA (Food and Drug Administration) tarafından kabul görmüş bir ilaçtır. Spencer ve arkadaşları (1998) yapmış oldukları çalışmada atomoksetinin DEHB'yi tedavi etmede etkili olduğundan bahsederken, Ercan vd (2009) çalışmalarında söz konusu ilacın karaciğer işlevlerinde bozulmaya, gelişime, kardiyovasküler sisteme olumsuz etkileri olduğundan bahsetmişlerdir.

2.15.1.2 İmipramin (Topranil) ve Atipik Antipsikotikler

Genellikle stimulanların etkili olmadığı dönemlerde kullanılan İmipramin, DEHB'nin yanı sıra anksiyete, depresyon ve tikin tedavisinde de kullanılmaktadır. Beyaz reçete karşılığında tedarik edilmesi ve uzun süreden beri ilaç piyasasında bulunması, onun masum olarak düşülmesine neden olmuştur. Ancak imipramin'in de içinde yer aldığı Trisiklik antidepresanların kardiyovasküler ve antikalerjik yan

etkilerinin olduğu bilinmektedir. Ercan (2018) söz konusu ilacın dikkatli kullanılması gerektiğine vurgu yapmıştır.

Atipik antipsikotikler, yalnız başına ya da stimulanlarla birlikte DEHB'nin tedavisinde kullanılan ve kısa ve uzun vadeli yan etkileri bulunduğundan elzem olmadıkça kullanılması tavsiye edilmemektedir. Fakat DEHB ile komorbid davranış bozukluğu, yaygın gelişim bozukluğu ta da mental retardasyonu bozukluklarında, düşük dozdan başlanmak şartı ile kullanılabilir (Ercan, 2018).

2.15.2 Diğer Tedavi Yöntemleri

2.15.2.1 Sosyal Beceri Eğitimi

Gerek okulda yaşadığı eğitimsel problemler, gerekse gösterdiği olumsuz davranışlar DEHB tanısı konmuş çocuğun, aile üyeleri, öğretmenleri, okul arkadaşları ve etrafındaki diğer fertlerle sorun yaşamasına yol açmaktadır (Wender ve Garfinkel, 1989).

Sosyal Beceri Eğitim programları; DEHB'li çocukların bir gruba dâhil olmasına, karşılıklı iletişim ve etkileşim kabiliyetlerini geliştirmesine, problem çözme ve öfkelerini kontrol altına alma kabiliyeti kazanmalarına katkı koymaktadır (Pekcanlar, 1998). Öte yandan, bir grubun mensubu olmak, DEHB tanısı konulmuş çocuklara o grubun kaidelerinin ve sınırlarının ne olduğunu öğreterek dış dünya ile alakalı davranışları öğretir. Bu tür grupların, çocukların sporla alakalı faaliyetlerde ve aktivitelerde bulunacağı gruplar olması tercih edilir. Bunun nedeni ise DEHB'li çocuğun dönem dönem fazla enerjisini tüketmeye ihtiyacı olmasındandır. DEHB'li çocukların bu tür kaideleri kavramasının zaman aldığı yadsınamaz bir gerçek olsa da söz konusu çocukların ilgi duydukları bir spor dalı ile uğraşması onlar için faydalı olmaktadır (Swedo & Leonard, 2003). Diğer yandan, DEHB teşhisi almış çocukların, kabiliyetleri ile paralellik gösteren sosyal faaliyetlerle, oyunlarla ve diğer aktivitelerle uğraşmaları da kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olmaktadır (Sürücü, 2003).

2.15.2.2 Anne Baba Eğitimi

Yapılmış çalışmaların çoğu, DEHB'li tanısı almış çocukların ebeveynlerinin kurdukları cümlelerin emir kalıpları içerdiğini ve çocuklarına karşı daha mücadeleci

tutumlar sergilediklerini ortaya koymuştur. DEHB’li çocuğu olan ebeveynlerin yaptıkları yaygın hatalardan biri de çocuklarını terbiye etme düşüncesiyle şiddete ya da ölçsüz cezalara başvurmalarıdır. Oysa ailelerin çocuklarına nasıl daha esnek davranabilecekleri konusunda eğitim almaları gerekebilir. DEHB tanısı konulmuş çocukların da her çocuk gibi şiddetten uzak, sakin, anlayışlı tutum ve davranışlardan olumlu etkilendikleri bilinmektedir. Ancak bazı aileler, toplumsal ve ahlaki kuralları zorlayan bu tür çocuklara daha katı davranılması ve ödün verilmemesi gerektiği kanısını taşımaktadırlar. Oysa bu yaklaşım biçimi gerek çocuğu gerekse ebeveynleri kısır döngünün içine sürüklemektedir. Diğer yandan, hiperaktivitesi bulunan çocukların özellikle annelerinden daha çok yardım bekledikleri, ya da talep ettiği, buna karşılık söz dinlemediklerini ifade etmek mümkündür. Bunun yanı sıra ebeveynlerin çocuklarını diğer çocuklara oranla daha fazla yönlendirdiği de ortaya çıkmıştır. Bu tür davranışlar, çocukların kurallara uymamasına ve etrafındaki kişilerin sözlerini dinlememesine neden olmaktadır (Karaca, 2013).

DEHB tanısı almış çocukların aileleri bilinçlendirilerek kapsamlı bir eğitim programına dâhil edilmeleri sağlanmalıdır. Böylelikle ebeveynler bu programa katılarak çocukları için nasıl davranmaları gerektiği konusunda bilgilendirilerek hem aile hem de çocukta yaşanan olumsuzluklar minimum seviyelere indirgenir (Stein, 2002).

İnal (2004) araştırmasında ebeveynlere eğitim programı oluşturmuş ve onlarla oturum çalışması yapmıştır. Bu oturumlara aşağıda yer verilmiştir.

- **Birinci Oturum:** Ailelere, DEHB ve söz konusu bozuklukta gözlemlenen davranış bozukluklarının detaylı bir şekilde anlatılması ve DEHB’nin ortaya çıkmasında rol oynayan faktörler hakkında aileye gerekli bilginin aktarılmasını içerir. Bununla beraber DEHB’li çocuğu olan ailelere ilişkin ev düzeninin nasıl olması gerektiği hakkında bilgi verilmesi ve çocukların olumlu tutum ve davranışlar geliştirmesinde önemli rol oynayacak özel zaman uygulaması tekniğinin ailelere anlatılması da birinci oturumun konularındandır. Özel zaman uygulaması; en yalın şekli ile ebeveynlerin çocuklarına günlük olarak düzenli bir şekilde vakit ayırması ve birlikte geçirdikleri süre şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tür bir uygulama, çocukta “ihmal edilmişlik” duygusunu azaltır ve ailesi tarafından sevildiğini ve

değer gördüğünü anlamasına yardımcı olur. Böylelikle, çocuğun kendine olan saygısını artırarak, ailesi ile olan münasebetinin gelişmesine ve onlarla daha da yakınlaşmasına neden olmaktadır (Karaca, 2013).

- **İkinci Oturum:** Birinci oturumda verilen eğitim kısaca gözden geçirilir. Aileler, çocuklarına karşı etkili yönerge vermeleri konusunda bilinçlendirilmesi öğretilir. Etkili yönerge verirken, aileler istedikleri şeylerin gerçek anlamda yapılması gerektiği konusunda emin olmalıdırlar. Başka bir deyişle çocuğa verilecek yönerge “verilmiş olmak için” olmamalıdır. Aileler, verilen yönergenin çocuk tarafından yapıp yapılmadığını ciddiyetle takip etmelidirler. Etkili yönergelerin parçalara bölünerek çocuklara nasıl aktarılması gerektiği konusunda ve söyleyiş tonları hakkında ailelerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Örneğin evde tertipli durmayan oyuncaklar için çocuğa “oyuncak kutunu getir” ve “şimdi onu kutusuna koy” şeklinde yönergeleri parçalara bölmek ve yönergeyi dile getirme şeklinin açık, anlaşılır ve tehditvari olmayacak şekilde, göz teması kurularak yapılması etkili bir yönerge vermenin önemli noktalarıdır. Tekrarlanması gereken yönergeler, “görev kartı” şekline getirilerek evin görünür bir köşesine asılması da yönergelerin yerine getirilmesinde faydalı olmaktadır (Karaca, 2013). Öte yandan, ailelere çocuğunun çevresi ile nasıl daha uyumlu olabileceği hususunda gerekli ipuçlarının verilmesi de önemlidir. Diğer yandan, puan sisteminin uygulanabilmesi için ailelerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Puan sistemi; çocukları olumlu davranışlar sergilemesi için motive etmektedir. Bu sistemde aileler, çocuklarının olumlu davranışlarına marka, puan vererek onları sistematik olarak ödüllendirmelidirler. Puanlama sisteminde ebeveynler, bir puan tablosu hazırlayarak kısa orta ve uzun vadede onlara gerçekleştirecekleri olumlu davranışlarına karşılık ne tür ödüller vereceğini oraya yazmalıdırlar. Ödüller; ekstra televizyon izleme, sokakta akranları ile oynama, istediği oyuncağın alınması, arzuladığı sinema filmine birlikte gidilmesi, bilgisayar oynamasına izin verilmesi şeklinde olabilir.
- **Üçüncü Oturum:** Ailelerce, puan sisteminin başarılı bir şekilde ailelerce uygulanıp uygulanmadığının irdelenmesi ve diğer uygulamaların yeniden gözden geçirilmesi safhasını kapsar

- **Dördüncü Oturum:** Ailelere, ceza zamanı uygulamasının ailelere anlatıldığı aşamadır. En basit ifadeyle ceza zamanı; çocuğun istenmeyen davranışından dolayı onun belli bir süre boyunca sessiz bir ortamda bulundurulmasıdır. Başka bir deyişle ceza zamanı, çocuktaki olumsuz davranışları engellemek adına onları bulundukları ortamdan çıkarmak için başvurulun bir yöntemdir. Ceza sistemindeki önemli noktalardan biri de ebeveynlerin cezayı uygulamaya koymadan önce çocuğa uygulama hakkında doyurucu bilgi vermesidir. Ailelerin, ceza sistemini uygularken kararlı olmaları ve sakinliklerini korumaları gerekmektedir.

2.15.2.3 Davranış Değiştirme Eğitimi

Davranış yönetimi en yalın ifadeyle, bireyin davranışlarının kontrol altına alınmasıdır. DEHB teşhisi konmuş çocuklar, davranışlarını denetim altına almada zorluk yaşadıkları, hatta bazı durumlarda tümünden kontrollerini yitirdikleri yadsınamaz bir gerçektir. Bu çerçeveden bakıldığında DEHB’li çocukların arzulanmayan davranışlarını azaltmak için davranış değiştirme metodunu kullanmak gerekmektedir. Bazı araştırmacılar tarafından davranış değiştirme yöntemi, ABC yöntemi olarak da ifade edilmektedir. Buna göre (A) Davranış Öncesi, (B) Davranış (C) Davranışsal Sonuç olarak incelenmektedir (Özdoğan, Ak ve Soytürk, 2005). Davranış Öncesi; bu yöntemin uygulamaya geçirilmesinde oldukça önemlidir. Başka bir ifadeyle bu safhada, DEHB’li çocuğun arzulanmayan davranışı sergilemeden önce gerçekleşen olguları analiz etmek gerekmektedir. Bu analizler arasında istenmeyen davranış olduğunda orada bulunanlar kim ya da kimlerdi, davranış ilk olarak nasıl başladı, çocuğun davranışı sergilerken yapmış olduğu eylemler ya da söylemleri nelerdi, istenmeyen davranışın sıklığı ve şiddeti nedir ve bu davranışın ne kadar sürdüğü yer almaktadır (Selçuk, 2001). Davranış değiştirme yönteminde ödüller ve cezalar önemli role sahiptirler. Ödüller, aynı zamanda “pekiştireç” olarak da isimlendirilmektedirler. Pekiştireçler, arzulanılan davranışlardan hemen sonra sunulan ödülleri kapsar. Verilen ödüller, arzulanılan davranışların tekrarlanmasında önemli yer tutmaktadırlar. Pekiştireçleri soyut ve somut olarak ayırmak mümkündür.

- **Somit Pekiştireçler:** DEHB’li çocuklara imtiyaz sunulması, şeker, çikolata, para gibi ödülleri kapsamaktadır.

- Soyut Pekiştireçler: DEHB’li çocuklara sevgi ve şefkat göstermek gibi somut olmayan hususları kapsamına alır. Örneğin onlara sarılmak, öpmek ve istedikleri şeyleri yapabilmeleri için yüreklendirmek soyut pekiştireçlere verilecek güzel örneklerdendir.

Davranış değiştime yönteminde, kurallar yazılı ya da sözlü olarak DEHB’li çocuklara aileleri tarafından aktarılmalıdır. Kurallar anlaşılır ve basit olmalı ve aileler tarafından istikrarlı bir şekilde uygulanmalıdır. Davranış değiştirmede, mola yönteminin de uygulanması oldukça önemlidir. Mola yöntemi, çocukların ödül ortamından çıkarılarak, sakinleşip davranışlarını kontrol altında tutmasında faydalı olur. Mola yöntemi için ailelerce uygun yer belirlenmeli ve süreç sona erdiğinde çocuğun sergilemiş olduğu olumsuz davranış ya da davranışlar üzerinde onunla konuşulmalıdır (Kanay, 2006).

2.15.2.4 Nörolojik Geri Bildirim

1960’lı yılların son dönemlerinde ve 1970’li yılların başlarında beyin dalgalarını yeniden koşullandırma veya şekillendirme çalışmaları hız kazanmıştır (Kamiya, 2011). Bu tür araştırmalar, önceleri hastalarda gevşemeye yardımcı olma amacıyla alfa dalgaları aktivitesi eğitimi ve denetim altında tutulamayan sara rahatsızlığı sahalarında yapılmıştır. Bu çerçeveden bakıldığında neurofeedback ya da Türkçe karşılığı ile nörolojik geri bildirim yöntemi yeni bir kavram değildir. Nörolojik geri bildirim yöntemi, deneklerin beyin dalgalarını bilinçli bir biçimde kontrol altına almalarına yardımcı olmaktadır (Marzabani, Marateb ve Mansourian, 2016).

Nörolojik geri bildirim yöntemi, duygusal ve davranışsal problemlerin çözümünde, stresle mücadele etmede, uyku problemlerinde ve DEHB’nin tedavisinde tercih edilmektedir. Nörolojik geri bildirim işlemi esnasında ferдин kafa derisine ve kulak memeleri üzerine elektrodlar konulmak suretiyle beyin ile alakalı aktiviteleri bilgisayara transfer edilir ve orada görüntülenir (Hammond, 2011). Nörolojik geri bildirim yönteminde temel varsayım; beyin aktivelerinin saniyenin binde biri kadar bilgisayarda görüntülenerek, onları şekillendirerek değiştirmedir. Bu yöntemin ana amacı sürekli geribildirim sağlayarak sağlıklı beyin dalgaları oluşturmaktır.

Nörolojik geri bildirim tedavi protokollerinde sıklıkla alfa, teta, teta ve alfa/teta oranları tercih edilmektedir (Marzabani vd., 2016).

Nörolojik geri bildirim tedavi yönteminin 7 tipi mevcuttur. Bunlar aşağıdaki gibi listelenmiştir (Marzabani vd., 2016).

- **Frekans (Güç) Nörolojik Geri Bildirim Yöntemi:** Sıkça tercih edilen nörolojik geri bildirim yöntemlerinden biridir. Uygulanma alanları arasında DEHB, kaygı ve uykusuzluğun tedavisi yer almaktadır. Frekans (güç) nörolojik geri bildirim tipinde beyin dalgalarının genliği ya da hızı değiştirilerek tedavi gerçekleştirilmektedir.
- **Düşük Kortikal Nörolojik Geri Bildirim Yöntemi:** Uygulanma alanları arasında migren, epilepsi ve DEHB tedavisi yer almaktadır. Düşük kortikal nörolojik geri bildirim yöntemi ile yavaş kortikal potansiyallerin yönü değiştirilir.
- **Düşük Enerjili Nörolojik Geri Bildirim Yöntemi (LENS):** Hastaların gözleri kapalı ve hareketsizken beyin dalgalarını düşük seviyede elektromanyetik sinyal göndererek değiştirmeyi amaçlayan bir yöntemdir. Çalışma alanları arasında travmatik beyin hasarları, DEHB, uykusuzluk, huysuz bacak sendromu, fibromiyalji, anksiyete, öfke ve depresyon yer almaktadır.
- **Hemoensefolografik Nörolojik Geri Bildirim Yöntemi (HEG):** Bu yöntem, migreni tedavi etmek için beyin-kan akışı hakkında nörolojik- geri bildirim sağlar.
- **Canlı Z skoru Nörolojik Geri-Bildirim Yöntemi:** Bu yöntem uykusuzluğu tedavi etmede kullanılır. Canlı Z skoru, sürekli geri bildirim sağlayarak beyinin sürekli elektriksel aktivite değişkenlerini mukayese ederek veritabanına sunar.
- **Düşük çözünürlüklü elektromanyetik tomografi (LORE-TA)** Söz konusu yöntem; bağımlılık, depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluğu tedavi etmek için kullanılmaktadır.
- **Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (FIMRI)** Beyinin derin subkortikal bölgelerinden gelen aktivite geri bildirimlerine bağlı kalarak beyin aktivitesini düzenleyen en yeni nörolojik geri bildirim tipidir.

2.16 Konu ile Alakalı Yapılmış Benzer Çalışmalar

Miesel, Servera, Garcia-Banda, Cardo, Moreno (2014) yapmış oldukları çalışmada ilaçlı tedavi yöntemi ile nörolojik-geri bildirim yönteminin DEHB'yi tedavi etmedeki etkililik düzeyini tespit etmeyi amaçlamışlardır. Araştırmacılar, çalışmanın kapsamına aileleri ve öğretmenleri de dahil etmişlerdir. Ailelerin ve öğretmenlerin ortaya koydukları görüşler doğrultusunda, nörolojik geri bildirim tedavi yönteminin ilaçlı tedavi yöntemine oranla daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, nörolojik geri bildirim yöntemi ile tedavi edilen bireylerin akademik performanslarında da düzelme görülmüştür

Ogrim ve Hestad (2013) yapmış oldukları çalışmalarında DEHB tanısı konmuş 7-16 yaş aralığındaki bireyleri nörolojik geri bildirim ve ilaçlı tedavi yöntemleri ile tedavi ederek söz konusu yöntemlerin etkililik düzeyini saptamaya çalışmışlardır. Bu bağlamda 14 katılımcı nörolojik-geri bildirim, 14 katılımcı ise ilaçlı tedavi yöntemi ile tedavi görmüştür. Elde edilen neticeler doğrultusunda her iki grup arasında hastalığın iyileşmesi açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Daha farklı bir ifadeyle, ilaçlı tedavi yöntemi ile tedavi gören grubun nörolojik geri bildirim yöntemine oranla iyileştirilmesi daha etkili bulunmuştur.

Duric, Assmus, Gundersen (2012) yapmış oldukları çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konmuş 6-18 yaş aralığındaki 91 bireyin nörolojik geri-bildirim, tedavi yöntemi, ilaçlı tedavi yöntemi ve hem nörolojik geri bildirim hem de ilaçlı tedavi yöntemi (bütünleşik yöntem) ile tedavi ederek yöntemlerin etkililik düzeyini bulgulamayı amaçlamışlardır. Çalışmada, belirlenen tedavi süreci 30 seanstan oluşmaktadır. Araştırmacılar, ailelere anket dağıtarak onların görüşleri doğrultusunda elde ettikleri verileri çözümlemişlerdir. Elde edilen veriler doğrultusunda tüm gruplarda dikkat eksikliği, hiperaktivite-dürtüsellik boyutlarında belirgin iyileşme tespit edilmiştir. Ancak yapılan değerlendirmeler neticesinde gruplararası iyileşmenin düzeyinde belirgin bir farklılık tespit edilmemiştir. Elde edilen önemli bulgular arasında tüm gruplarda dikkat eksikliği boyutunun, hiperaktivite-dürtüsellik boyutuna oranla daha etkili bir iyileşmenin sağlanmasıdır.

Gevensleben, Holl, Albrecht, Vogel, Schlamp, Kratz, Studer, Rottenberger, Moll, Heinrich (2009) yapmış oldukları çalışmada 8-12 yaş aralığındaki 102 denekle nörolojik geri bildirim yönteminin etkililik düzeyini tespit etmeyi amaçlamışlardır. Çalışma, Mayıs 2005-Aralık 2007 dönemini kapsamış ve 36 seans sürmüştür. Çalışmada elde edilen bulgular nörolojik geri bildirim yönteminin iyileştirici özelliğinin etkili bulunduğu dikkat çekmiştir.

Arns, Ridder, Strehl, Breteler ve Coeneen (2009) yapmış oldukları çalışmalarında nörolojik geri bildirim yönteminin DEHB tedavisinde etkililik düzeyini tespit etmeyi amaçlamışlardır. Araştırmacılar, çalışmalarında katılımcılara ön-test ve son-test uygulamışlardır. Elde edilen bulgulara göre nörolojik geri bildirim yöntemi DEHB'yi iyileştirmede daha etkili bulunmuştur.

Fuchs, Birbaumer ve Lutzenberger (2003) yapmış oldukları çalışmada DEHB tedavi etmede nörolojik geri-bildirim ile metilfenidat tedavi yöntemlerini etkililik açısından mukayese etmişlerdir. Çalışmaya 8-12 yaş aralığında 34 denek katılmıştır. Bu deneklerin 22 tanesi nörolojik geri bildirim yöntemi, 12 tanesi ise metilfenidat yöntemi ile tedavi görmekteydi. Elde edilen sonuçlar, hem nörolojik geri bildirim yönteminin hem de metilfenidat tedavi yönteminin DEHB'yi tedavi etmede etkili olduğuna işaret etmiştir. Ancak belli başlı davranışları iyileştirmede nörolojik geri bildirim yönteminin metilfenidat tedavi yöntemine oranla daha etkili olduğu bulgulanmıştır.

Monastra, Monastra ve George (2002) çalışmalarında 6-19 yaş aralığında olan ve DEHB tanısı almış 100 bireyi çalışmalarının kapsamına dahil ederek ilaçla tedavi yöntemlerinden ritalini, nörolojik geri bildirim tedavi yöntemini ve aile eğitimi kullanarak söz konusu rahatsızlığı iyileştirmedeki etkililik derecelerini bulgulamayı amaçlamışlardır. Araştırmacılar, eğitimcileri de çalışmalarına dahil ederek deneklerin akademik başarılarını da irdeleme imkanı bulmuşlardır. Elde edilen bulgulara göre nörolojik geri bildirim yöntemi ile tedavi edilen deneklerin ritalinle tedavi edilen deneklere oranla dikkat düzeylerinde düzelme, hiperaktivite ve dürtüsellik davranışlarında düşüş gözlemlenirken, akademik başarılarında da artış tespit edilmiştir.

Linden, Habib ve Rodojevic (1996) yapmış oldukları araştırmalarında DEHB teşhisi konmuş bireylerde nörolojik geri bildirim yönteminin ne derecede etkili olduğunu saptamayı amaçlamışlardır. Araştırmacılar 40 seanstan oluşan bir tedavi süreci planlamışlardır. Verilerin çözümlenmesinde ailelerin görüşleri ve Kaufman-Brief değerleri göz önünde bulundurulmuştur. Elde edilen bulgular dikkat eksikliği, hiperaktivite, öfke ve karşıt olma davranışlarının belirgin bir biçimde düzeldiğine dikkat çekmiştir.

Rosierter ve La Vague (1995) yapmış oldukları çalışmalarında DEHB tanısı konmuş bireylerde ilaçlı (ritalin) ve nörolojik geri bildirim yöntemini uygulayarak söz konusu rahatsızlığın ilerleyişini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Denekler arzu ettikleri tedavi yöntemini seçmişlerdir. Araştırmacılar yaklaşık 3 aylık bir tedavi süreci planlamışlardır. Elde edilen neticeler, DEHB üzerinde etkililik derecesi açısından her iki tedavi yöntemi arasında farklılık olmadığını tespit etmişlerdir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırma modeli, veri toplama araçları, çalışma grubu ve son olarak da araştırmanın etik boyut ve prosedürü ile alakalı bilgilere yer verilmiştir.

3.1 Araştırma Modeli

Çalışmada, nicel ve nitel yöntemler kullanılmıştır. Çalışmada nicel veri toplama yöntemlerinden, deneysel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Deneysel araştırmalar *"sistemik bir yöntem kullanmak şartı ile bir müdahalenin kontrol altına alınması ile sorunların çözüme erişmesinde ne ölçüde başarılı olacağını tespit etmek amacıyla kullanılır (Metin, 2014, s. 49)*. Deneysel araştırma yöntemlerinde deneysel ve kontrol grupları oluşturularak, söz konusu gruplara ön-test ve son-test uygulanır. Deneysel araştırmada, deney ve kontrol grupları araştırma konusu açısından birbirleri ile benzerlik göstermelidirler.

Katılımcıların velilerine ön-test uygulandıktan sonra, deneysel grup nörolojik geri bildirim yöntemi ile tedavi edilmiştir. Deneysel grubun tedavisi sona erince araştırmacı, deneysel ve kontrol grubunun velilerine DSM-V Kriter Ölçeğini yeniden dağıtarak son-test uygulamıştır. Son testte elde edilen veriler, nörolojik geri bildirim yönteminin etkililik derecesini tespit etmede ışık tutmuştur.

3.2 Araştırmanın Çalışma Grubu

İlaçlı tedavi ile nörolojik geri bildirim yöntemlerinin etkililiğini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada evren, Lefkoşa ve Girne bölgelerinde ikamet eden ve psikiyatri ve psikologlar tarafından DEHB teşhisi konmuş 8 ila 10 yaş aralığındaki öğrencilerdir. Kolay ulaşılabilirlik ve seçkisiz (yansız) örneklem seçme yöntemleri ile çalışma grubu oluşturulmuştur. Örneklem grubu, ilaçlı ve nörolojik geri bildirim yöntemleri karşılaştırmak amacıyla deney ve kontrol grubu için Rehber ve Psikolojik Danışmanlık ofisine gelen ve araştırmacının çevresinde DEHB teşhisi konmuş 30 çocuktur. Deney grubuna kolay ulaşılabilirlik yöntemi kullanılarak Rehberlik ve Psikolojik Ofise yeni gelen 15 çocuk; kontrol grubuna seçkisiz (yansız) örneklem tipi kullanılarak çevresinden seçilen 15 çocuk katılmıştır. Deney grubunda yer alan

çocuklar ilaç kullanmıyor ve nörolojik geri bildirim yöntemi uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan çocuklar ise Psikiyatri gözetiminde ilaç kullanan çocuklardır.

Evrenin tamamına ulaşılabilirdiğinden örneklem seçme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmada iki yöntemin etkililiği karşılaştırılmak için katılımcılar, deney ve kontrol gruplara 15'şer olarak atanmıştır. Ayrıca araştırmada ebeveynlerin farkındalıklarını saptamak için araştırmanın diğer çalışma grubu da katılımcı öğrenci grubun ebeveynleridir. Aşağıdaki Tablo 3. 1'de araştırma gruplarının demografik özellikleri yer almaktadır.

Tablo 3.1.

Katılımcıların Sosyo-demografik Bulguları

Katılımcıların Sosyo-demografik Bulguları	Sayı (N)	Geçerli Yüzdelik (%)
Ebeveynlerin Cinsiyet		
Kadın	21	70
Erkek	9	30
Ebeveynlerin Yaşı		
25-30	6	20
31-35	7	23.3
36-41	10	33.3
41+	7	23.3
Ebeveynlerin Eğitim Durumu		
Ortaokul Mezunu	2	6.7
Lise Mezunu	9	30
Üniversite Mezunu	19	63.3
Ebeveynlerin Uyuşuğu		
KKTC	22	73.3
TC	6	20.0
KKTC-TC	1	3.3
İRAN	1	3.3
İkamet Bölgesi		
Lefkoşa	18	60
Girne	12	40
Çalışmaya Katılan Çocukların Cinsiyeti		
Kız	7	23.3
Erkek	23	76.7
Çalışmaya Katılan Çocukların Yaşları		
8	14	46.7
9	4	13.3
10	12	40.0
Toplam	30	100

Tablo 3. 1’de araştırmaya katkı koyan ebeveynlerin cinsiyetlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmaya katkı koyan ebeveynlerin %70’i kadın, %30’u ise erkektir. Diğer yandan katılımcı ebeveynlerin yaş aralıklarına ilişkin elde edilen neticeler; %20’sinin 25-30 yaş aralığında, %23.3’nün 31-35 ve 41 yaş üzerinde, %33.3’nün 36-41 yaş aralığında olduklarını göstermiştir. Ebeveynlerin eğitim durumlarına ilişkin veriler; %30’nun lise mezunu, %63.3’nün üniversite mezunu, %6.7’sinin ise ortaokul mezunu olduğunu göstermiştir. Ebeveynlerin uyruğuna ilişkin bilgiler; %73.3’nün KKTC, %20’sinin TC, %3.3’nün KKTC-TC ve İran uyruklu olduğunu göstermiştir. Ebeveynlerin ikamet ettikleri bölgelere ilişkin bilgilere gelince; %60’nın Lefkoşa, %40’nın ise Girne bölgesinde ikamet ettiği bulgulanmıştır.

Çalışma grubu olan ve DEHB tanısı konmuş çocukların %23.3’ü kız, %76.7’si ise erkektir. DEHB tanısı konmuş çocukların %46.7’si 8 , %13.3’ü 9, % 40 ise 10 yaşındadır.

3.3 Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama araçları nicel yöntem için DSM-V Kriterler Ölçeği ve nitel yöntem için görüşme formu kullanılmıştır.

DSM-V Kriterler Ölçeği

DEHB teşhisi konulmuş çocuklara uygulamak amacı ile DSM-V Kriterler Ölçeği kullanılmıştır. DSM-V Kriterler Ölçeği; Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) tarafından oluşturulan mental rahatsızlıkların teşhis kriterlerini içeren el kitabının DEHB tanı kriterlerini kapsamına alan bir ölçektir. Ölçek, dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik olmak üzere iki alt ölçekten ve toplamda 18 maddeden oluşmaktadır. Her iki alt ölçek de dokuzar sorudan oluşmaktadır. Sorulara 1 ile 4 arasında puan verilmektedir (1 =”Yok, 2=”Biraz”, 3=”Fazla”, 4=”Çok Fazla”). Örnek sorular arasında “çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar (ör: detayları kaçırabilir, atlayabilir, yaptığı görevler hatalıdır”, “çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyun ya da etkinliklerde dikkati dağınık”, “doğrudan kendisine hitap edilerek konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür, “çoğu zaman okul ödevlerini tamamlayamaz ve kurallara uymakta güçlük çeker,” “ çoğu zaman üzerine

aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker (bir göreve ama odağını çabuk kaybeder ya da kolaylıkla dikkati kayar”) yer almaktadır.

Metin, Alpuğan, Burkovik, Çengel, Yılmaz, Aydın, Sunar, Eserkaya, Arslan, Metin ve Tarlan (2018) DSM-V ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır. Ölçeğin genel Cronbach Alpha değeri 0.90 olarak hesaplanmıştır. Araştırmacılar yapmış oldukları çalışmalarında; Dikkat Eksikliği Alt boyutunun Cronbach Alpha değerini 0.89, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutunun Cronbach Alpha değerini ise 0.84 olarak bulmuşlardır. Yapı geçerliliğinin test sonuçları altboyutlar da olmak üzere ölçeğin Türkçe uyarlamasında herhangi bir engelin olmadığına işaret etmiştir.

Diğer yandan, Aslan (2013) araştırması için geliştirdiği ölçek için ön uygulama yapmıştır. Yapılan ön uygulama neticesinde anlaşılmayan maddeler üzerinde uzman görüşlerine dayanarak gerekli düzenlemeleri tamamlayıp çalışmasını gerçekleştirmiştir. Mevcut çalışmada da veri toplama aşamasına geçilmeden önce araştırmacı, söz konusu ölçeklerde bulunan ifadelerin anlaşılır olup olmadığını tespit etmek amacı ile Türkçe Dil Bilimcilerinden uzman görüşü almıştır. Uzmanlar, ölçeklerdeki ifadeleri anlaşılır bulmuşlardır. Araştırmacı, Türkçe Dil Bilimcilerinden aldığı onay doğrultusunda veri toplama aşamasına geçmiştir.

Bu çalışmada, ölçeğin güvenirlik değeri için Cronbach Alpha testi uygulanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.80’dir. Boyut bazlı ise Dikkat Eksikliğinde 0.78, Hiperaktivite ve Dürtüsellik için ise 0.83’dür. Kurallara göre ölçeğin güvenilir ve uygulanabilir olması için en az 0.65 olması gerekmektedir. Bu çerçeveden bakıldığında çalışmada kullanılan ölçek güvenilir ve uygulanabilir.

Ölçeğin boyutlarına ve maddeleri içeren numaralara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 3.2

DSM V Kriterler Ölçeği

Alt boyutlar	Maddeler
Dikkat Eksikliği Boyutu	1-9
Hiperaktivite ve Dürtüsellik	10-18
Toplam	18

Görüşme Formu

Çalışmada, ebeveynlerin farkındalıkları saptamak üzere nitel veri toplama tekniklerinden yarı-yapılandırılmış mülakat tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat teknikleri sistematik ve karşılaştırılabilir bilgi sunmada oldukça etkili bir yöntemdir. Bundan hareketle; araştırmada, katılımcıların velilerinin DEHB ile ilgili görüşlerini tespit etmek amacıyla yarı-yapılandırılmış mülakat tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat tekniğinde kullanılan sorular, Aslan (2013) tarafından geliştirilmiştir. Örnek sorular arasında, “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu olarak adlandırılan DEHB’ye ilişkin daha önceden öğrendiğiniz bilgileriniz var mı?”, “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu nasıl tanımlarsınız?”, “DEHB olan çocukları fiziksel olarak nasıl tanımlarsınız?”, “DEHB’nin anne-baba tutumları ve aile yapısı ile alakalı olduğunu düşünüyor musunuz “ yer almaktadır.

3.4 Analiz

Çalışmada, nicel bölümden elde edilen veriler SPSS 23 ile analiz edilmiştir. Analiz sürecinde T testi kullanılmıştır. Nitel bölümde elde edilen verilerin analizinde içerik analizi kullanılmıştır. Analizde kodlama yapılmıştır. Araştırmacının yapmış olduğu kodlama danışmanı tarafından da test edilmiştir.

3.5 Araştırmanın Etik Boyut ve Prosedürü

Çalışmanın deney grubunu; Ekim 2018 döneminde Buse Damdelen Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Kliniği’nde DEHB tanısı konmuş ve nörolojik geri bildirim yöntemi ile tedavisi planlanmış 8-10 yaş aralığında olan, Girne ve Lefkoşa bölgelerinde ikamet eden çocuklar ve onların aileleri oluşturmaktadır. Diğer yandan, çalışmanın kontrol grubu oluşturulurken; ergen ve çocuk psikiyatrisi uzmanları ve psikologları kliniklerinde ziyaret edilerek çalışmanın amacı ve önemi kendileri ile paylaşılmıştır. Uzmanlar, Ekim 2018 döneminde DEHB tanısı koymuş oldukları ve ilaçla tedavi edecekleri 8-10 yaş aralığında olan, Girne ve Lefkoşa bölgelerinde ikamet eden çocukların aileri ile görüşme yaparak söz konusu araştırma hakkında onları bilgilendirmiştir. Uzmanlar, çalışmaya katılmaya sıcak bakan ailelerin isimlerini ve iletişim bilgilerini içeren listeyi hazırlayarak araştırmacıya iletmışlerdir. Araştırmacı, gerek kontrol gerekse deney grubunu oluşturacak deneklerin yasal temsilcileri olan aileleri ile iletişime geçerek onlara çalışmanın amacı

ve ynemi hakkında detaylı bilgi vererek, araştırmaya katkı koyacak katılımcıların isimlerinin ve diğerk kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağını dikkatlerine getirmiştir. Çalışmada, deneklerin ve ailelerin gönüllölükleri esas alınmıştır. Ebeveynlerle gerekli görüşme yapıldıktan sonra, çalışmaya gönüllöl olarak katılacak gruplara araştırmada izlenilecek yöntem ve aşamalar anlayacakları bir dille aktarılmıştır. Farklı zaman dilimlerinde, deney ve kontrol gruplarını oluşturan deneklerle görüşmeler ayarlanmış ve çocukların DEHB derecesini belirlemek amacı ile Buse Damdelen Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Kliniğine davet edilmiştir.

Burada, araştırmacı tarafından ailelere anket dağıtılıp çocuklarında gözlemledikleri davranışlar ışığında verdikleri cevaplara bağılı olarak ön-test uygulanmıştır Ön-test uygulandıktan sonra araştırmacı, sonuçları değerlendirerek her iki grubun ailelerine çocuklarının DEHB derecesi hakkında bilgi vermiştir. Daha sonra, kontrol grubu ilaçlı, deney grubu ise nörolojik geri bildirim yöntemi ile 1 ay boyunca tedavi edilmiştir. Bu süreç sonunda araştırmacı, gruplara uygulanan tedavilerin etkililik derecesini ve ailelerin DEHB kavramına olan bakış açılarını tespit etmek amacıyla onları bir kez daha Buse Damdelen Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Kliniğine davet etmiş ve onlara ön testte cevapladıkları anket sorularını vererek yeniden cevaplamalarını rica etmiştir. Uygulanan anketin ardından ailelerle yarı-yapılandırılmış mülakat yapılmış ve onların DEHB'ye ilişkin bakış açıları bulgulanmıştır. Çalışmada anket aracılığı ile elde edilen veriler SPSS programı ile çözümlenmiş ve tematik çalışma yaparak ailelerin DEHB'ye yönelik bakış açıları analiz edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmada elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmada ilaçlı tedavi ve nörolojik geri bildirim yöntemlerine ilişkin elde edilen bulgular ve DEHB’li çocuğa sahip olan ailelerin görüşlerine ilişkin başlıkları sırası ile ele alınmıştır.

4.1 Araştırmanın Nicel Bulguları

4.1.1 Deney ve Kontrol Grubunun Ön-Test ve Son-Test Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu kısmında “deney grubunun DSM-V ilişkin ön test ve son test sonuçları farklılaşmakta mıdır?”, “kontrol grubunun DSM-V ilişkin ön-test ve son-test sonuçları farklılaşmakta mıdır?”, “kontrol ve deney grubunun DSM-V ilişkin ön-test ve son-test sonuçları farklılaşmakta mıdır?” şeklindeki alt problem sorularımıza cevap bulabilmek için parametrik analizlerden bağımlı örneklem t testi (paired samples t test) uygulanmıştır. Temel olarak bağımlı örneklem t testi; herhangi bir değişkenin iki farklı durumda elde edilen rakamsal değerlerin ortalamalarını mukayese etmek için kullanılmaktadır (Pallant, 2013). Bu bağlamda her iki tedavi yönteminin öncesi ve sonrası mukayese edilmiş ve alt amaç sorularımız cevaplanmıştır.

Tablo 4.1

Deney Grubunun Ön-Test ve Son- Test Bağımlı Örneklem T test neticesi

Deney Grubunun Ön-Test ve Son test Ortalama sonuçları	N	Ortalama	Standard Sapma	Tdeğeri (Anlamlılık)	P değeri
Nörolojik Geri Bildirim Yöntemi Ön-Test	15	46.60	9.81	0.75	6.00
Nörolojik Geri Bildirim Yöntemi Son-Test	15	27.73	4.19		0.00*

Elde edilen neticeler ışığında nörolojik geri bildirim yöntemi ile tedavi gören deney grubunun DSM-V ilişkin ön-test ve son-test sonuçları birbirlerinden farklı olduğunu belirtmek mümkündür. Daha farklı bir ifadeyle, elde edilen Bağımlı Örneklem T testi neticesinde nörolojik geri bildirimle tedavi gören çocukların DSM-

V ilişkin ön-test ve son- test sonuçlarının anlamlılık değerinin $p<0.05$ olmasından dolayı istatistiksel olarak test sonuçlarının farklılaştıklarını ve nörolojik-geri bildirim yönteminin DEHB'yi tedavi etmede başarılı olduğu gözlemlenmiştir. Arslan (2013) çalışmasında, DEHB'nin kızlarda dikkatsizlik ve bilişsel problemlerle daha yoğun bir biçimde kendisini göstermesi bunun yanında dürtüsellik ve hiperaktivite davranışlarının daha nadir olmasından ötürü mevcut olan DEHB'nin kızlarda gözardı edildiği düşünülmüştür. Bu çerçeveden bakıldığında çalışmada elde edilen bu bulgu Arslan'ın (2013) düşüncelerini destekler niteliktedir.

Kontrol grubu ön- test ve son test sonuçlarının farklılaşp farklılaşmadığını bulgulamak amacı ile yine Bağımlı Örneklem t test sonuçlarına yer verilmiştir. Elde edilen bulgulara tablo 4.2'de yer verilmiştir.

Tablo 4.2

Kontrol Grubunun Ön-Test ve Son- Test Bağımlı Örneklem T Testi Sonucu

Kontrol Grubunun Ön-Test ve Son test Ortalama sonuçları	N	Ortalama	Standard Sapma	Anlamlılık T Değeri	P Değeri
İlaçlı Tedavi Yöntemi Ön-test	15	50.53	7.80	0.13	0.13
İlaçlı Tedavi Yöntemi Son-Test	15	35.06	3.45		0.00*

Elde edilen ortalama analizi ışığında, ilaçlı tedavi yöntemi ile tedavi gören kontrol grubunun DSM-V ilişkin ön-test ve son-test sonuçları birbirlerinden farklı olduğunu belirtmek mümkündür. Ancak bu farklılığın anlamlı olup olmadığını bulgulamak amacıyla bağımlı örneklem t testi uygulanmıştır. Elde edilen Bağımlı Örneklem T testi neticesinde ilaçlı tedavi yöntemine dahil olan katılımcıların ön test ve son test DEHB sonuçlarının $p<0.05$ olmasından dolayı istatistiksel olarak farklılaştıklarını ve ilaçlı tedavi yönteminin DEHB'yi tedavi etmede başarılı olduğunu ifade etmek mümkündür.

Kontrol grubu ve deney grubunun DSM-V ilişkin ön- test ve son test sonuçlarının farklılaşp farklılaşmadığını saptamak amacı ile yine ilişkisiz örneklem T test sonuçlarına yer verilmiştir. Elde edilen bulgulara tablo 4,3'de yer verilmiştir.

Tablo 4.3.

Kontrol ve Deney Gruplarının Ön-Test ve Son- Test İlişkisz Örneklem T Test Sonuçları

Kontrol ve Deney Grubunun Ön-Test ve Son test DEHB Ortalama sonuçları	N	Ortalama	Standard Sapma	T değeri	P değeri
İlaçlı Tedavi Yöntemi Ön test	15	50.53	7.80		
Nörolojik Geri Bildirim Ön test	15	46.60	9.81	3.93	0.19
İlaçlı Tedavi Yöntemi Son Test	15	35.06	3.45		
Nörolojik Geri Bildirim Son test	15	27.73	4.19	7.33	0.02*

Elde edilen ortalama analizi ışığında kontrol ve deney gruplarının DSM-V ilişkin ön test ve son test ortalamaları birbirlerinden farklıdır. Kontrol ve deney gruplarının birbirlerinden istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığını bulgulamak amacıyla ilişkisz Örneklem T testi uygulanmıştır. İlişkisz Örneklem T testi ışığında ilaçlı ve nörolojik geri bildirim ile tedavi gören katılımcıların tedaviye başlamadan önce birbirlerinden istatistiksel olarak farklılaşmadıkları bulgulanmıştır ($p>0.05$). Deneysel çalışmalarda deney ve kontrol grubunu oluşturan katılımcıların benzer özelliklerde olması gerektiği düşünülmektedir (Metin, 2014). Çalışmanın bu bulgusu Metin'in (2014) düşüncelerini destekler niteliktedir. Ancak ilaçlı tedavi yöntemi ile nörolojik geri bildirim yönteminin alan grubunların DSM-V ilişkin son-test sonuçları arasında anlamlı farklılık oluşmuştur ($p<0.05$).).

Çalışmanın bu bulgusu Rossieter LaVaque'ın (1995) bulguları ile paralellik göstermemiştir. Ancak çalışmada, nörolojik geri bildirim yöntemi ile tedavi olan katılımcıların DSM-V ilişkin son-test ortalamalarının ilaçlı tedavi yöntemi ile tedavi olan katılımcılara oranla daha düşük olması sebebiyle nörolojik geri bildirim yönteminin DEHB'yi tedavi etmede çalışmanın bu bulgusu, Fuchs vd (2003), Arns vd (2009), Gevensleben vd (2009), Duric vd (2012), Miesel vd (2014) ile birebir örtüşmüştür. Ogrim ve Hestad (2013) yapmış oldukları çalışmada DEHB'yi tedavi etmede ilaçlı tedavi yöntemini daha başarılı bulmuşlardır.

4.2 DEHB'li Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Görüşleri

Araştırmanın bu bölümünde yarı-yapılandırılmış mülakat görüşmeleri neticesinde elde edilen bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir.

4.2.1 DEHB'ye İlişkin Daha Önceden Öğrenilen Bilgilerle Alakalı Bulgular

Katılımcılara, “DEHB’ye ilişkin daha önceden öğrendiğiniz bilginiz var mı?” sorusu yöneltiştir. Bu soruya ilişkin görüşlere ait kaydedilen bulgular yüzde olarak aşağıda Şekil 4.1’ de gösterilmektedir.



Şekil 4.1 DEHB'ye İlişkin Önceden Bilgilerinin Varlığı Durumu

Elde edilen veriler doğrultusunda, katılımcıların %93’nün Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olarak adlandırılan DEHB’ye ilişkin daha önceden öğrendikleri bilgilerinin olduğunu, %7’sinin ise herhangi bir bilgilerinin olmadığını ifade etmek mümkündür. Aslan (2013) çalışmasında çalışmaya katılan ebeveynlerin DEHB’ye ilişkin daha önceden bilgilerinin olduğunu bulgulamıştır. Bu çerçeveden bakıldığında çalışmanın bu bulgusu Aslan’ın (2013) bulgusu ile örtüşmektedir. Kıbrıs Türk toplumunun eğitim seviyesinin yüksek olması ve çocukları ile daha çok ilgilenmesi böylesi bir bulgunun ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülmektedir.

Söz konusu bulguyu destekleyen görüşlere aşağıda yer verilmiştir.

ND1a: “Evet duydum”.

ND2a: “Evet bilgin var”.

ND11a: “Evet”.

ND15a: “Evet”.

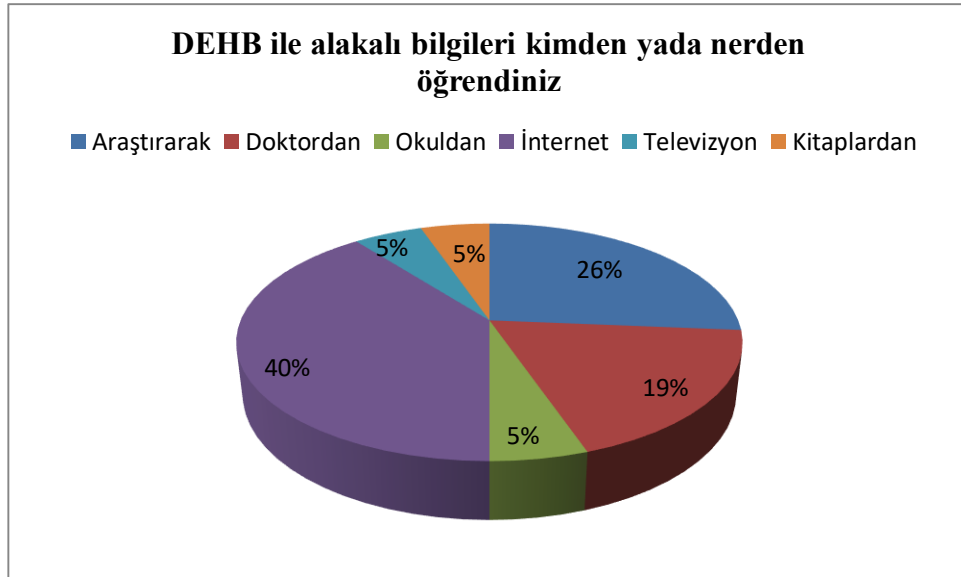
D11a: “Hayır”.

D10a: “Yok”.

D6a: “Evet”.

4.2.2 Katılımcıların DEHB İle İlgili Bilgileri Kimden Ya Da Nerden Öğrendiklerine Dair Bulgular

Araştırmaya katkı koyan katılımcılara “DEHB ile alakalı bilgileri kimden ya da nerden öğrendiniz” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların görüşlerine Şekil 4.2’de yer verilmiştir.



Şekil 4.2 Katılımcıların DEHB İle Alakalı Bilgileri Kimden ya da Nerden Öğrendiklerine İlişkin Görüşleri

Görüşmelerin neticesinde ortaya çıkan veriler doğrultusunda, katılımcıların %40’nın internetten, %26’sının araştırarak, %19’u doktordan, %5’i kitaplardan, okuldan ve televizyon aracılığıyla konuyla ilgili bilgiyi öğrendikleri ortaya çıkmıştır.

Söz konusu bulguları destekleyen ifadeler aşağıda belirtilmiştir;

ND13a: “İnternetten araştırarak”.

ND1b: “Araştırarak”.

ND8a: “Oğlumun doktorundan”.

ND7a: “Doktordan ”.

ND4a: “Doktordan ”.

D3a: “İnternetten”.

D2a: “İnternet”.

D13a: “Kitaplar ve internet”.

ND6a: “İnternet ve kitaplardan”.

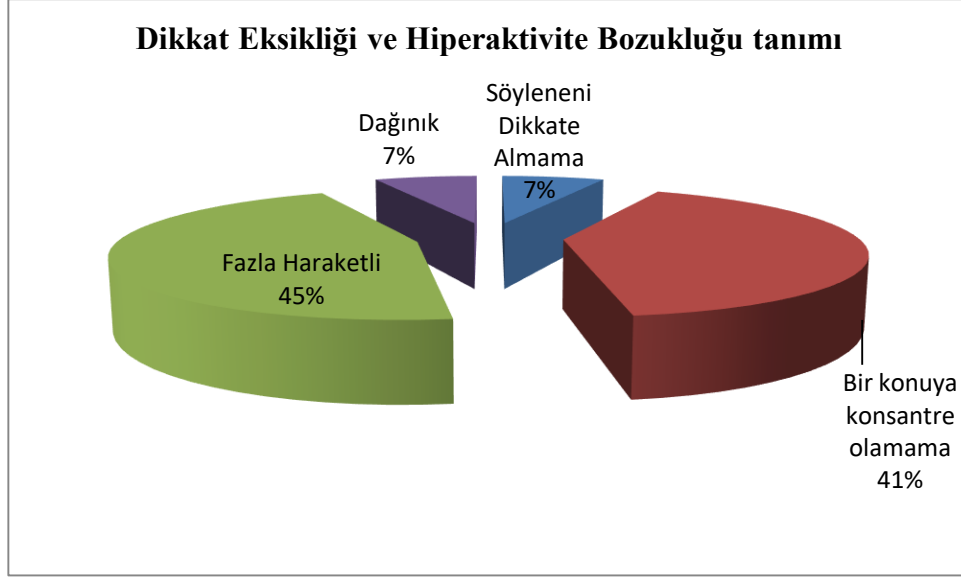
ND7a: “Doktordan ve televizyondan”.

D14a: “İnternet ve eğitim aldığım okuldan”.

Aslan (2013) çalışmasında DEHB ile alakalı bilgilerin kaynağını araştırmıştır. Araştırmacı yapmış olduğu çalışmasında ebeveynlerin %61.1'nin TV, internet ve kitaplardan, %16.6'sının arkadaş ve komşulardan, %7'sinin rehber öğretmenlerden, %15.3'nün ise doktorlardan söz konusu rahatsızlıkla ilgili bilgileri elde ettiklerini bulgulamıştır. Bu çerçeveden bakıldığında çalışmanın bu bulgusu Aslan'ın (2013) bulguları ile büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Bu bağlamda bireylerin daha fazla DEHB hakkında internet üzerinden bilgi sahibi oldukları yorumu yapılabilir. Dolayısıyla DEHB'nin TV-Medya, internet gibi araçlarda yetersiz olduğu görülmekte ve bu konunun yaygınlaşması için daha fazla internet ve medyada yer alması gerekliliği söylenebilir.

4.2.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Alakalı Tanımlara İlişkin Bulgular

Araştırmaya katkı koyan katılımcılara “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu nasıl tanımlarsınız?” sorusu sorulmuştur. Katılımcıların görüşleri Şekil 4.3'te verilmiştir.



Şekil 4.3 Katılımcıların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanıma Dair Görüşleri

Elde edilen veriler incelendiğinde, çalışmaya katkı koyan bireylerin dikkat eksikliği hiperaktivite ve dürtüsellik bozukluğu tanımını %45’i fazla hareketli, %41’i bir konuya konsantre olamama,%7 ise söyleneni dikkate almama ve dağınık olarak tanımlamıştır. Aslan (2013) yapmış olduğu çalışmada atkı koyan bireylerin dikkat ve hiperaktivite bozukluğu tanımını; %20.1’nin aşırı hareketli, %35.9’nun dikkati toplayamama, %11.1’nin dönemin ruhsal bozukluğu, %9’nun yaramaz, %8.5’in aşırı hareketli, %6’sının zeki, %9.4’nün ise konu hakkında bilgisinin olmadığını bulgulamıştır. Gerek çalışmada gerekse araştırmacının çalışmasında “fazla hareketli”, “dikkate alamama-konsantre olamama” gibi ortak temalar göze çarptığından çalışmanın bu bulgusunun Aslan’ın (2013) bulguları ile kısmen örtüştüğünü ifade etmek mümkündür. Söz konusu bulgulara Şekil 4.3’te yer verilmiştir.

Diğer yandan, Göl ve Bayık (2013) yapmış oldukları çalışmada öğretmenlerin DEHB’yi nasıl tanımladıklarını araştırmışlardır. Araştırmacıların “çok yaramaz” verisi mevcut çalışmanın bulgusu ile eşleştiğinden kısmen de olsa paralellik göstermiştir. Ercan (2018) yayınladığı eserinde DEHB’yi tanımlamak için kullanılan sıfatlardan bahsetmiştir. Yazar, DEHB’li çocuklar için sıklıkla kullanılan sıfatlar arasında “odaklanamaz”, “dağınık” sözcüklerinin yer aldığına değinmiştir. Bu açıdan bakıldığında çalışmanın bu bulgusu Ercan’ın (2018) tanımlamalarıyla da paralellik göstermektedir. Ebeveynler kendi çocuklarının davranış şekillerinden yola çıkarak bu

tarifleri yapmaları söz konusu bulgunun ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülmektedir.

Ortaya çıkan analizi destekleyen cevaplar aşağıda ifade edilmiştir;

D4a: “Her an hareketli yerinde duramayan”.

D5a: “Konsantre olamaz yerinde duramaz”.

D8a: “Sürekli hareketli”.

D10b: “Yerinde duramama ve konsantre olamama”.

ND2a: “Herhangi bir konuya konsantre olamama”.

ND3a: “Odaklanamaz ve çok hareketli”.

ND11a: “Sürekli yerinde durmaz, hareketli”.

ND8b: “ Uzun süre hareketsiz duramama”

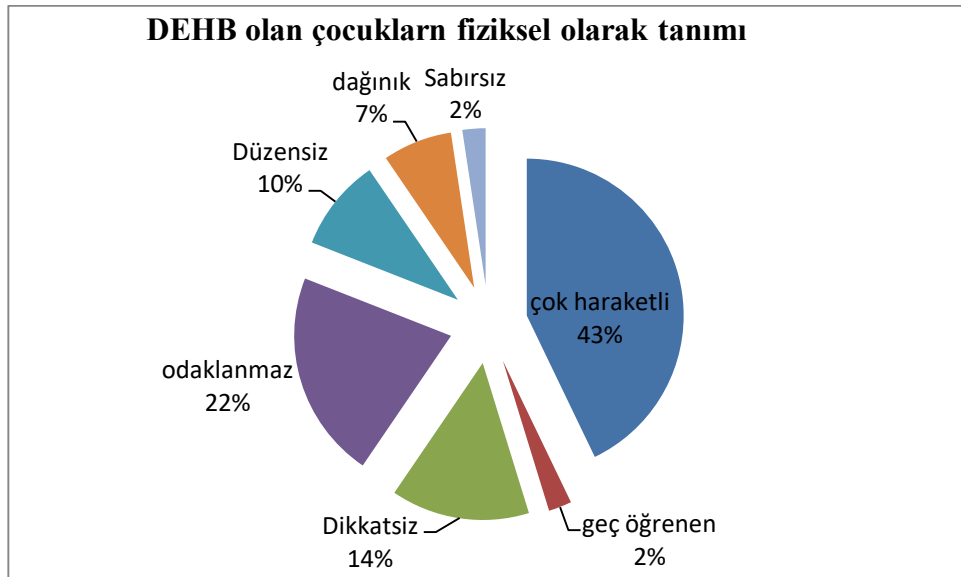
D2b: “ Çok hareketli olan, yerinde durmayan, dağınık”

ND1c: “Söyleneni dikkate almaz”.

ND15a: “Yerinde duramaz ve odaklanamaz”.

4.2.4 DEHB Olan Çocukların Fiziksel Olarak Tanımına İlişkin Görüşler

Görüşmecilerin tümüne, “DEHB olan çocukları fiziksel olarak nasıl tanımlarsınız?” sorusu iletilmiştir. Soruya ilişkin görüşleri yüzde olarak Şekil 4.4’te verilmiştir.



Şekil 4.4 DEHB Olan Çocukların Fiziksel Olarak Tanımına Yönelik İfadeleri

Araştırmaya katılan katılımcılardan elde edilen bulgular ışığında, katılımcıların %43'nün çok hareketli, %22'si odaklanamaz, %14'nün dikkatsiz, %10'nun düzensiz, %7'si dağınık, %2'sinin sabırsız ve geç öğrenen şeklinde DEHB olan çocukları fiziksel olarak tanımladıklarını belirtmek mümkündür. Aslan (2013) yapmış olduğu çalışmada DEHB'li çocukların fiziksel olarak nasıl tanımlandıkları bulgulamıştır. Araştırmacının bulgularına göre DEHB'li çocukların %73.7'si zayıf, %14.6'sı diğer çocuklardan farksızdır. Çalışmaya katılan ebeveynlerin %11.6'sı ise fikirlerinin olmadığını ifade etmiştir. Bu çerçeveden bakıldığında çalışmanın bu bulgusu Aslan'ın (2013) bulgusu ile tema açısından paralellik göstermemiştir.

Elde edilen verileri destekleyen görüşlere aşağıda yer verilmiştir;

D4b: “Çok hareketlidirler”.

D5b: “Yerinde duramaz, aşırı hareketli”.

D8b: “Dikkat dağınıklığı”.

D10b: “Hareketli”.

ND2b: “Çok hareketli yerinde durmayan, geç öğrenen”.

ND3b: “Dikkatleri erken dağılır”.

ND11b: “Sabırsız”.

ND8c: “Düzensiz, dağınık”

D2c: “Çok hareketli”

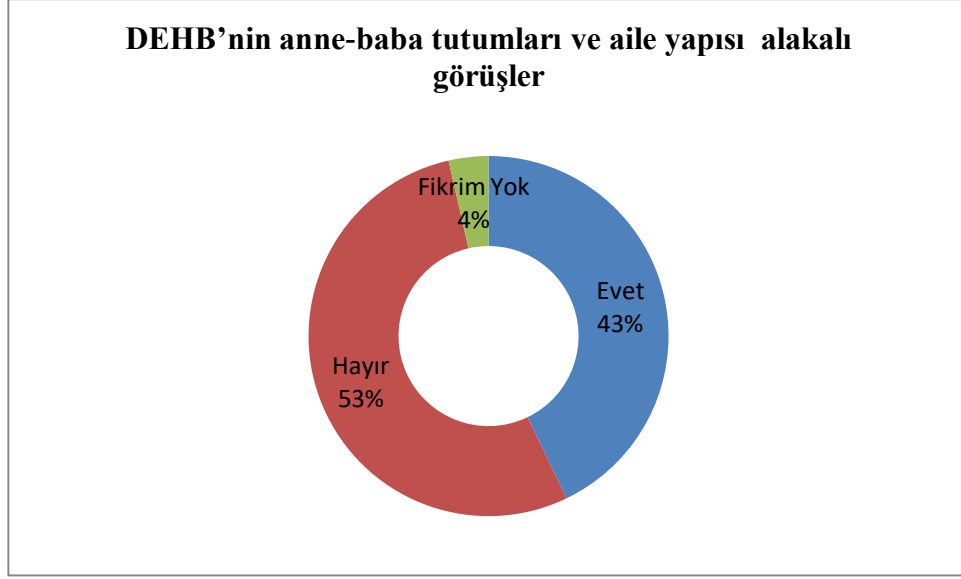
ND1d: “Hareketli ve dikkatsiz”.

ND13a: “Düzensiz ve odaklanamaz”.

ND2b: “Çok hareketlie odaklanamaz”

4.2.5 DEHB'nin Anne-Baba Tutumları ve Aile Yapısı İle Alakalı Olup Olmadığına İlişkin Görüşler

Katılımcılara, “DEHB'nin anne-baba tutumları ve aile yapısı ile alakalı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusu yöneltilmiştir. Bu soruya ilişkin görüşlere ait kaydedilen bulgular yüzde olarak aşağıda Şekil 4.5' de gösterilmektedir.



Şekil 4.5 Katılımcıların DEHB'nin Anne-Baba Tutumları ve Aile Yapısına Yönelik Görüşleri

Şekil 4.5'te elde edilen veriler doğrultusunda, katılımcıların %53'nün DEHB'nin anne-baba tutumları ve aile yapısı ile alakalı olmadığını, %43'nün anne-baba tutumlarına ve aile yapısına alakalı olduğunu, %4'nün ise bu konuyla alakalı bir fikirlerinin olmadığı ortaya çıkmıştır. Ailelerin çocuklarına anlayışlı ve sıcak davranması çocukların sağlıklı bir şekilde gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Aynı durum DEHB'li çocuklar içinde geçerlidir. DEHB'li çocuklar her ne kadar da yaramaz, dikkatsiz de olsalar, tertipsiz, düzensiz ve kurallara uymasalar da ailelerin şevkatli ve anlayışlı olması DEHB'nin seyrinde önemli rol oynar. Ailelerin bu konuda cezaya başvurusu ya da uzmanlar tarafından yeterince yönlendirilmemesi bu tür bir bulgunun ortaya çıkmasına yol açmış olabilir.

Bulguları destekleyen ifadeler aşağıda yer almaktadır;

D3a: "Evet".

D5c: "Hayır".

D6a: "Hayır".

D8c: "Evet".

ND2c: "Evet düşünüyorum".

ND3c: "Evet".

ND14a: "Evet".

ND1e: "Evet düşünüyorum".

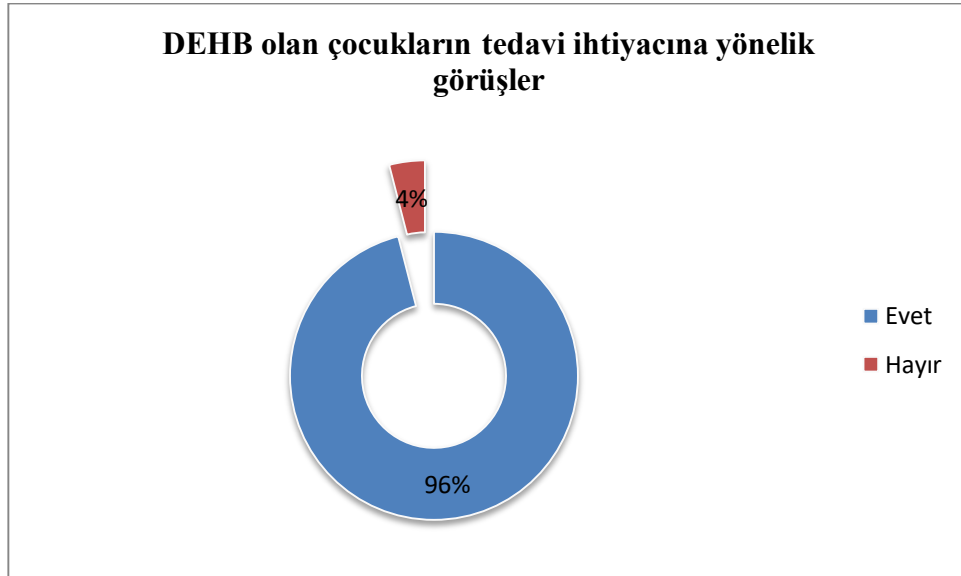
ND5a: Bilmiyorum".

ND7a: " Hayır düşünmüyorum "

4.2.6 DEHB Olan Çocukların Tedavi İhtiyacına Yönelik Görüşler

Katılımcılara, DEHB olan çocukların tedaviye ihtiyacı var mıdır? sorusu yöneltilmiş. Bu bağlamda, katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde, mülakata katkı koyan bireylerin %96'nın DEHB olan çocukların tedaviye ihtiyaçları olduğunu, %4'nün ise herhangi bir tedavi ihtiyaçlarının olmadıklarını belirtmişlerdir. Aslan (2013) yapmış olduğu çalışmasında ebeveynlere DEHB olan çocukların tedavi ihtiyacına ilişkin görüşleri araştırmıştır. Elde edilen neticeler ışığında Aslan'ın (2013) çalışmasına katkı koyan katılımcıların %48.7'sinin “evet”, %51.3'nün ise “hayır” cevabını verdiği bulgulanmıştır. Bu çerçeveden bakıldığında mevcut çalışmanın sonuçları Aslan'ın (2013) sonuçları ile örtüşmemektedir. DEHB'li bireylerin tedaviye ihtiyacı olduğu, eğer tedavi edilmezse çok önemli psikolojik sorunlara yol açtığı bilinen bir gerçektir. Verilen cevaplar bu düşünce ışığında şekillenmiştir.

Bu soruya ilişkin görüşlere ait kaydedilen bulgular Şekil 4.6'da gösterilmektedir



Şekil 4.6 Katılımcıların DEHB Olan Çocukların Tedavi İhtiyacına Yönelik Görüşleri

Söz konusu bulguları destekleyen ifadeler aşağıdaki gibidir;

D6a: “Evet”.

D7a: “Evet”.

D12a: “Evet”.

D13b: “Vardır”.

ND4b: “Kesinlikle evet”.

ND6b: “Tabiki evet”.

ND7a: “Evet”.

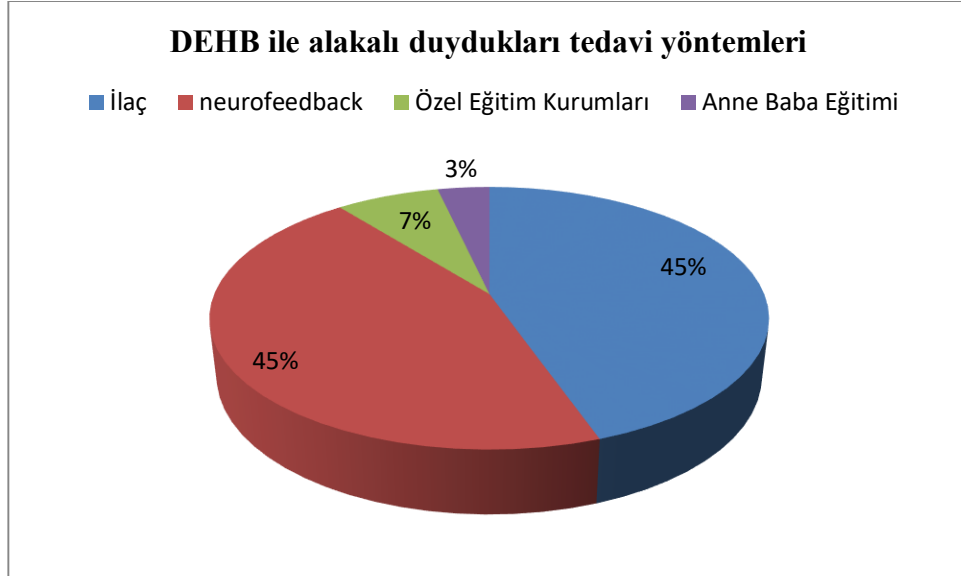
ND8e: “Evet var”.

ND5a: “Bilmiyorum”.

D3b: “ Hayır”

4.2.7 Katılımcıların DEHB ile Alakalı Duydukları Tedavi Yöntemleri

Araştırmaya katılan katılımcılara DEHB ile alakalı duydukları tedavi yöntemleri sorulmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda, katılımcıların %45’nin ilaç tedavisi ve nörolojik geri bildirim (neuro-feedback) tedavi yöntemlerini çoğunlukla duydukları, %7’sinin özel eğitim kurumlarında tedavi yöntemini duydukları ve %3’nün ise anne baba eğitimi tedavisini duydukları ortaya çıkmıştır. Bulgular ile ilgili katılımcıların görüşleri şekil 4.7’de verilmiştir. Aslan (2013) çalışmasında DEHB ile alakalı duyulan tedavi yöntemlerini incelemiştir. Araştırmacı çalışmasında ailelerin çoğunlukla tedavi yöntemlerini bilmediklerini bulgulamıştır. Diğer yandan araştırmacı; ailenin çocuğa karşı ilgili olması, ilaç tedavisi, spor, dikkati artıran oyunlar, bilişsel tedavi ve bitkisel ürünler gibi veriler elde etmiştir. Bu çerçeveden bakıldığında mevcut çalışmanın bu bulgusu Aslan’ın (2013) sadece “ilaçlı tedavi” verisi ile uyumaktadır.



Şekil 4.7 Katılımcıların DEHB ile Alakalı Duydukları Tedavi Yöntemleri

Söz konusu bulguları destekleyen ifadeler aşağıdaki gibidir;

D1f: “İlaç ve neurofeedback”.

D3b: “Neurofeedback ve özel eğitim merkezleri”.

D7b: “İlaç ve neurofeedback”.

D8d: “İlaç”.

ND3b: “Özel eğitim ve neurofeedback”.

ND2d: “Özel eğitim kurumları”.

ND6b: “İlaç ve neurofeedback”.

ND12: “İlaç ve neurofeedback”.

ND5b: “Anne baba eğitimi”.

D13b: “Neurofeedback ve ilaç tedavisi”

D15a: “ Özel eğitim ve neurofeedback, tıbbi yöntemler

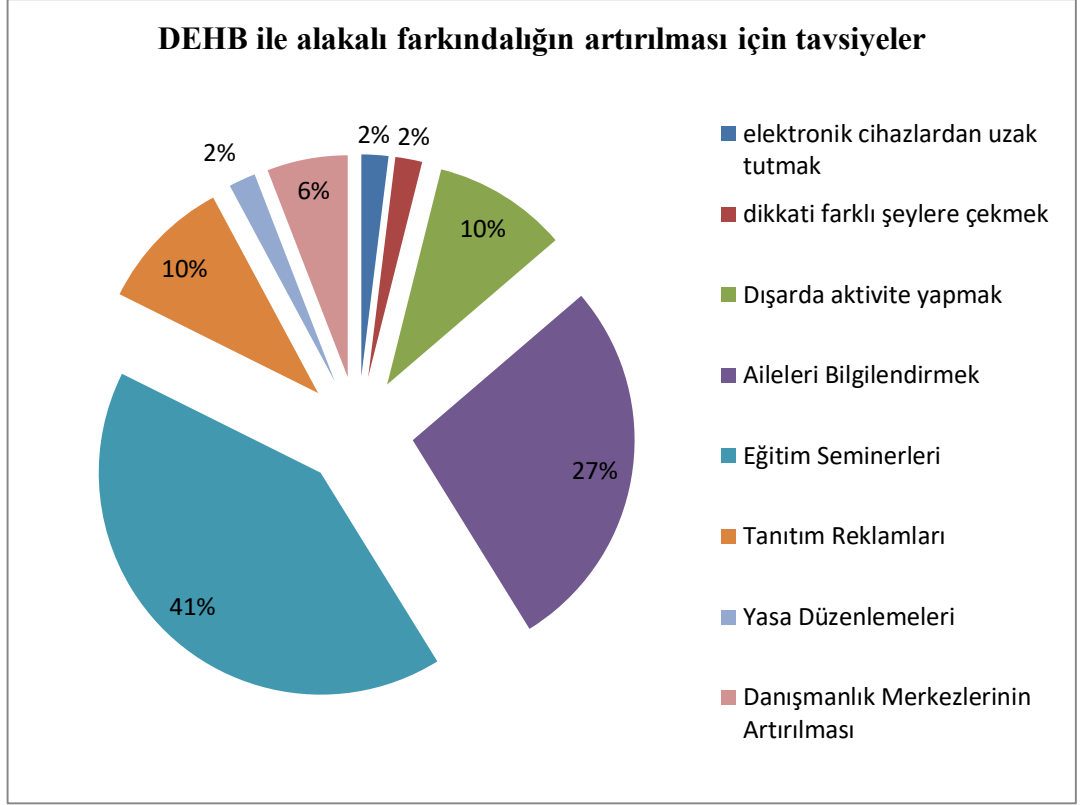
ND11c: “Tedavi merkezleri, ilaç ve neurofeedback”

ND10c: “İlaç ve neurofeedback”

4.2.8 DEHB ile Alakalı Farkındalığın Artırılması İçin Tavsiyeler

Çalışmaya katılan katılan katılımcılara DEHB ile alakalı farkındalığın artırılması için tavsiyeleri sorulmuştur.

Görüşmelerden çıkan veriler doğrultusunda verilen tavsiyeler çoğunlukla %41’nin DEHB ile ilgili eğitim seminerlerinin verilmesini, %27’nin konuyla ilgili özellikle ailelerin geniş çapta bilgilendirilmesini, %10’nun dışarda aktivite yapmak ve toplumu bilgilendirici tanıtım reklamları bir başka deyişle kamu spotu reklamları yapmak, %6’nın danışmanlık merkezlerinin artırılmasını ve %2’nin ise bu tür çocukları elektronik cihazlardan uzak tutulmasını, dikkatlerini başka yere çekmek ve yasalarda düzenlemelerin olması gerektiğini ifade ettiklerini belirtmek mümkündür. Elde edilen bulgulara Şekil 4.8’de yer verilmiştir.



Şekil 4.8 DEHB İle Alakalı Farkındalığın Artırılması İçin Tavsiyeler

Bulguları destekleyici ifadeler aşağıdaki gibidir;

D1e: “Aileler bilgilendirmeli, seminerler düzenlenmeli”.

D3c: “Seminerlerin artırılması, merkezlerin artırılması”

D4b: “Konudaki reklamlar artırılabilir”.

D5c: “Aileleri bilinçlendirmek”.

D6c: “Aile ve öğretmen eğitiminin yayınlştırılması” .

D9b: “Seminerler düzenlenbilir”.

D11b: “Televizyonlarda kamu spotu reklamlar verilerek farkındalık yaratabilir”

D13b: “Seminerlerin artırılması”.

D15b: “Özel eğitim merkezleirn yayınlştırılması, seminerler düzenlenmesi”.

ND1e: “Elektronik cihazlardan çocukları aileler uzak tutulmalı, çocukların dikkatini farklı şeylere çekmek, dışarda aktiviteler yapmak”

ND2e: “Eğitim seminerleri ve tanıtım reklamları”

ND3c: “Özel eğitim okulları artırılması, seminer düzenlenmeli”

ND6c: “ Okulun ilk haftasında tüm ailelere seminer ve eğitim verilmeli”

ND7e: “Okullarda ailelere seminer düzenlenmeli ve aile bilinçlenmeli”.

ND10c: “Okullarda öğretmenlerin aileleri bilinçlendirmesi için seminerler düzenlemesi gerekir, danışmanlık merkezlerinin artırılması”

ND12d: “Seminerlerin artırılması ve okullarda velilerin bilgilendirilmesi”

ND14c: “Okullarda seminer düzenlenmesi”

ND15b: “Okullarda seminerlerin artırılması.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Çalışmanın bu kısmında araştırmada elde edilen bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

Yurtdışında konu ile alakalı yapılmış çeşitli araştırmalarda kontrol ve deney grupları oluşturularak nörolojik geri bildirim yönteminin DEHB'yi tedavi etmede etkililik derecesini tespit etmeye çalışmışlardır.

Mevcut çalışmaya katkı koymuş DEHB'li çocukların %23.3'ü kız, %76.7'si ise erkektir. Arslan (2013) ve Börekçi (2017) çalışmalarında, DEHB'nin kızlarda dikkatsizlik ve bilişsel problemlerle daha yoğun bir biçimde kendisini göstermesi ancak dürtüsellik ve hiperaktivite davranışlarının daha nadir olmasından ötürü DEHB'nin kızlarda gözardı edildiğinden bahsetmişlerdir. Bu çerçeveden bakıldığında bu çalışmada elde edilen bulgu Arslan'ın (2013) ve Börekçi'nin (2017) düşüncelerini desteklemektedir.

Mevcut çalışmada “deney grubunun ön-test ve son-test sonuçları farklılaşmakta mıdır?”, “kontrol grubu ön-test ve son-test sonuçları farklılaşmakta mıdır?”, “kontrol ve deney grubu farklılaşmakta mıdır?” ve son olarak da “ nörolojik geri bildirim ve ilaçlı tedavi yönteminin DEHB 'yi tedavi etmedeki etkililik düzeyi nedir?” şeklinde ifade edilen alt problem maddelerine cevaplar aranmıştır. Bu soruların yanıtlanması için Bağımlı Örneklem t Testi uygulanmıştır. Elde edilen anlamlılık değerinin (p) 0.05'ten küçük olması ($p < 0.05$) gruplar arasındaki ön-test ve son-test neticeleri arasında istatistiksel olarak birbirlerinden farklılaştığının göstergesi olarak kabul edilmiştir (Pallant, 2013).

Öte yandan, Bağımlı Örneklem t testi neticesinde ilaçlı ve nörolojik geri bildirim ile tedavi gören katılımcıların tedaviye başlamadan önce birbirlerinden istatistiksel olarak farklılaşmadıkları tespit edilmiştir. ($p > 0.05$). Deneysel çalışmalarda deney ve kontrol grubunu oluşturan katılımcıların benzer özelliklerde olması gerektiği düşünülmektedir (Metin, 2014). Çalışmanın bu bulgusu Metin (2014) düşünceleri ile

örtüşmektedir. Ancak ilaçlı tedavi yöntemi ile nörolojik geri bildirim yönteminin DEHB son-test sonuçları arasında anlamlı farklılık oluşmuştur ($p<0.05$). Çalışmanın bu bulgusu Rossieter ve LaVaque'ın (1995) bulguları ile paralellik göstermemiştir.

Çalışmada, uygulanan bağımlı örneklem t test sonuçları DEHB'yi tedavi etmede nörolojik geri bildirim yönteminin daha etkili olduğuna işaret etmiştir. Çalışmanın elde edilen bu bulgu Fuchs vd (2003), Arns vd (2009), Gevensleben vd (2009), Duric vd. (2012), Miesel vd. (2014) ile birebir örtüşmüştür. Ogrim ve Hestad (2013) yapmış oldukları çalışmada DEHB'yi tedavi etmede ilaçlı tedavi yöntemini daha başarılı bulmuşlardır. Bu açıdan bakıldığında çalışmanın bu bulgusu ile Ogrim ve Hestad'ın (2013) bulgusu ile zıtlık göstermiştir.

Alanyazında konu ile alakalı yapılmış nitel çalışma sayısı oldukça azdır. Bu yüzden de çalışmada elde edilen bulgular Aslan (2013) yapmış olduğu çalışmasında elde etmiş olduğu bulgular ile kıyaslanmıştır. Mevcut çalışmada elde edilen bulgular araştırmacının bulguları ile ortaya çıkan temalar açısından benzerlik gösterse de “DEHB’li bireyler tedavi edilmeli midir?” sorusuna verilen cevaplar açısından zıtlık göstermişlerdir. Bunun nedeni; TC’deki ebeveynlerin daha ağır çalışma koşullarına sahip olmaları ve evde çocukları ile daha az zaman geçirerek onları yeteri kadar gözlemleyememelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulgunun bir başka nedeni ise; ilköğretim okullarındaki öğretmenlerin, söz konusu rahatsızlıkla ilgili bilgilerinin yeterli düzeyde olmaması ya da öğretmenlerin gözlemlerini ailelere aktaracak kadar güçlü ve samimi öğretmen-aile ilişkisinin bulunmaması olarak varsayılmıştır.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümünde araştırmada elde edilen bulgular ışığında ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlar çerçevesinde geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

6.1 Sonuç

Literatürde var olan hiçbir araştırma, ilaçlı tedavi yöntemi ve nörolojik geri bildirim yöntemini DEHB tedavisinde etkililik derecesini ve ailelerin DEHB'ye ilişkin bakış açılarını karma araştırma modelini uygulayarak ölçmemiştir. Bu çerçeveden bakıldığında çalışma iki yöntemin söz konusu rahatsızlığı tedavi etmedeki etkililik düzeyini tespit etmede ve ailelerin DEHB ile alakalı tanımlamalarını, DEHB'li çocukların tedavi ihtiyaçlarını, bilmiş oldukları tedavi yöntemlerini, DEHB'ye ilişkin farkındalığın artırılmasına yönelik tavsiyelerin neler olduğunu ortaya çıkarmada önemli rol oynamıştır. Dolayısı ile bu araştırmanın literatürde bir başlangıç olacağı ve yapılacak araştırmalara veri sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte gelecekte KKTC Milli Eğitim Bakanlığı'nın (MEB) konuya ilişkin başlatacağı çalıştaylarda mevcut çalışma kaynak sağlayarak rehberlik edecek öneme sahiptir.

Çalışmanın nicel bölümünde elde edilen önemli bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

- Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının ön test ve son test sonuçlarının ve kontrol ve deney gruplarının farklılaşıp farklılaşmadıkları Bağımlı Örneklem T testi analizi uygulanarak test edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre deney ve kontrol gruplarının ön test ve son test sonuçlarının anlamlı olarak farklılaştıkları ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Çalışmada, kontrol ve deney gruplarının son test sonuçlarının birbirinden istatistiksel olarak farklı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) Daha geniş bir ifadeyle, deney grubunun son test sonuçları DEHB'yi tedavi etmede daha etkili olduğunu işaret etmiştir.

Çalışmanın nitel bölümünde elde edilen en çarpıcı sonuçlara aşağıda yer verilmiştir.

- Çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuğunun DEHB konusunda bilgiye sahip olduğu görülmektedir (Şekil 4.1)
- Katılımcı ebeveynlerin DEHB ile alakalı bilgileri elde ederken; “internetten”, “araştırarak”, “doktorlardan”, “kitaplardan”, “okuldan” ve “televizyondan” bilgi edindikleri ortaya çıkmıştır (Şekil 4.2).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan elde edilen bulgular ışığında, katılımcılar DEHB’li çocukları fiziksel olarak tarif ederken “çok hareketli”, “odaklanamaz”, “dikkatsiz”, “düzensiz”, “dağınık”, “sabırsız ve geç öğrenen” ifadelerini kullanmışlardır (Şekil 4.4).
- Katılımcıların çoğunluğu DEHB’nin anne-baba tutumları ve aile yapısı ile alakalı olmadığını ifade etmiştir (Şekil 4.5).
- Mülakata katkı koyan katılımcıların hemen hemen hepsi %96’sının DEHB olan çocukların tedaviye ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir (Şekil 4.6).
- Diğer yandan katılımcılara, DEHB ile alakalı duydukları tedavi yöntemleri sorulmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda, katılımcıların %45’nin ilaç tedavisi ve nörolojik geri bildirim (neurofeedback) tedavi yöntemleri hakkında haberdar oldukları, %7’sinin özel eğitim kurumlarında sağlanan tedavi yöntemini, %3’nün ise anne baba eğitimi ile tedavi yönteminden haberdar oldukları ortaya çıkmıştır (Şekil 4.7).

6.2 Öneriler

Çalışmanın bu kısmında elde edilen araştırma sonuçları doğrultusunda DEHB’ye ait farkındalığın artırılmasına ve ileride yapılacak olan benzer çalışmalara ilişkin tavsiyelere yer verilmiştir.

6.2.1 DEHB’ye Yönelik Farkındalığın Artırılması İle Alakalı Öneriler

DEHB ile alakalı farkındalığın artırılmasına ilişkin önerilere aşağıda yer verilmiştir.

- Okullarda, öğretmenlerin ve ebeveynlerin katılım gösterdiği DEHB ile alakalı seminerlerin düzenlenmesi ve katılımcılara uzman kişiler tarafından gerekli bilgilerin aktarılması.

- Söz konusu rahatsızlıkla ilgili toplumun büyük kısmını bilgilendirmek amacıyla kamu spotu oluşturulması, DEHB hakkında tanıtıcı bilgilerin görsel, işitsel medya aracılığı ile verilmesi.
- Halkın kalabalık olduğu caddelere, alışveriş merkezlerine DEHB ile alakalı broşürlerin ya da bildirilerin dağıtılması.

6.2.2 İleride Yapılacak Benzer Çalışmalara İlişkin Öneriler

İleride yapılacak benzer çalışmalara ilişkin önerilere aşağıda yer verilmiştir.

- Konu ile alakalı benzer çalışmalarda katılımcı sayısının artırılarak KKTC genelinde incelenmesi ve kontrol ve deney gruplarının seans sürelerinin uzatılması daha değişik bulguların ortaya çıkmasına imkân verecektir.
- Konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda boylamsal araştırma yönteminin kullanılması her iki tedavi yönteminin etkililik derecesinin daha iyi ölçülmesine imkân tanıyacaktır.
- Konu ile alakalı yapılacak olan çalışmalarda ilaçlı, nörolojik geri-bildirim ve bütünlük (hem ilaçlı hem de nörolojik geri bildirim) yöntemlerin araştırma kapsama dâhil edilerek ve bu yöntemlerin etkililik derecelerinin mukayese edilmesi ilgili alanyazına farklı bulgular kazandıracaktır.
- DEHB'ye yönelik çalışmalarda öğretmenlerin görüşlerine dayanılarak ilaçlı tedavi yöntemi ve nörolojik geri bildirim yöntemi ile tedavi gören deneklerin okuldaki akademik başarıları da incelenmiştir. Ancak bu araştırmaların sayısı oldukça azdır. Dolayısı ile ileride yapılacak olan benzer çalışmaların öğretmen görüşlerine daha çok yer vermesi söz konusu yöntemlerin akademik başarıda düzelme açısından birbirleri ile farklılaşp farklılaşmadığının tespitinde önemli rol oynayacaktır.
- Benzer çalışmalara katkı koyacak öğretmenlerle de yarı-yapılandırılmış mülakat yapılması DEHB'ye ilişkin farkındalığın yaratılmasına katkı koyacaktır.
- Ailelerin, öğretmenlerin ve uzmanların işbirliği sayesinde DEHB'nin tedavi süreci daha verimli geçecektir.

KAYNAKÇA

- Ackermann-Stoletzky, K. and Stoletzky, C. (2004). Das ADS-Handbuch. Therapiemöglichkeiten und Praxishilfen für Eltern und Pädagogen. Moers: Brendow and Sohn.
- Altıntaş, Y. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarının Zihin Kuramı Yetilerinin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Ankara.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM - 5), changes from DSM- IV to DSM – 5, Erişim: 19.09.2018, <http://www.psychiatry.org/dsm5>
- Arns, M., De Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M. and Coenen, A. (2009). Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG and neuroscience*, 40(3), 180-189.
- Aslan, F. (2013). Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Biederman, İ. (1998). Attention deficit/ Hyperactivity disorder, A Life Span Perspective, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (7), 4-16
- Biederman, J., & Spencer, T. J. (2008). Psychopharmacological interventions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 439-458.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A. and Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(3), 343-351.
- Börekçi, B. (2017). Okul Öncesi Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Davranışsal, Sosyal Problemler, Aile İşlevselliği ve

Ebeveyn Tutumları İle İlişkilerinin Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul.

Çakmak, Ö. (2008): Eğitimin Ekonomiye ve Kalkınmaya Etkisi, Dicle Üniversitesi *Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11, 33-41.

Doğanlı, S. O. (2015). Acil Servise İş Kazası ile Gelen Hastalarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Denizli

Doğaroğlu, T.K (2003). Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe Uyarlama Çalışması Gaziantep Üniversitesi *Journal of Social Sciences*, 12(3), 385-401.

Duran, Ş. (2006). *Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Eştanı Durumları. (Psikiyatri uzmanlık tezi)*, İstanbul: Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.

Duric, N. S., Assmus, J., Gundersen, D. and Elgen, I. B. (2012). Neurofeedback For The Treatment Of Children And Adolescents With ADHD: A Randomized And Controlled Clinical Trial Using Parental Reports. *BMC Psychiatry*, 12(1), 107.

Ercan, E. S., Çetin, F. Ç., Mukaddes, N. M., & Yazgan, Y. (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Atomoksetin. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16, 113-118.

Ercan, E.S. (2018) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu* İstanbul: Doğan Egmond Yayıncılık ve Yapımcılık Ticaret A.Ş 19. Baskı.

Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J. H. and Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a comparison with methylphenidate. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 28(1), 1-12.

- Geuensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Schlamp, D., Kratz, O., Studer, P. and Heinrich, H. (2009). Distinct EEG effects related to neurofeedback training in children with ADHD: a randomized controlled trial. *International journal of psychophysiology*, 74(2), 149-157.
- Göl, İ. ve Bayık T, A. (2013). İlköğretim Sınıf Öğretmenlerinin Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Tanıma Yeterlikleri, *DEUHYO ED* 2013,6 (4) 207-213.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J. and Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational evaluation and policy analysis*, 11(3), 255-274.
- Hammond, D. C. (2011). What is neurofeedback: An update. *Journal of Neurotherapy*, 15(4), 305-336.
- İnal, A. K. (2004). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranış Bozukluğu Tanılı Çocukların Yalnızca ilaç Tedavisi ve İlaç Tedavisi+Ebeveyn Eğitimi Tedavi Seçeneklerine Verdikleri Yanıtların On Sekiz Ay Süreli İzlem Çalışmasıyla Değerlendirilmesi*. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.
- Kamiya, J. (2011). The first communications about operant conditioning of the EEG. *Journal of Neurotherapy*, 15(1), 65-73.
- Kanay, A. (2006). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 9-13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı İzmir.
- Kandemir, H. (2009). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklar Ve Ailelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karaca, S. (2013) *Dikkati Bozuk, Haşarı Çocuklar*, İstanbul: Damla Derneği Yayınları, 5. Baskı.

- Kartal, A. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Risk Faktörlerinin Elektrofizyolojik ve Klinik Bulgular Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yandal Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ankara.
- Kilit, N. (2017). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ve Anne-Babalarının Bağlanma Biçimlerinin Araştırılması*, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi Eskişehir.
- Kiriş, N. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 6-8 ve 10-12 yaşlarındaki çocuklarda Metilfenidat Tedavisinin Uyku Yapısı Üzerine Etkisi: Polisomnografik Araştırma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adana.
- Korkmaz, B. (2000). Dikkat Eksikliği–Hiperaktivite Bozukluğu ve Tedavisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 4(1-4), 5-10.
- Linden, M., Habib, T. And Radojevic, J. (1996). A Controlled Study Of The Effects Of Eeg Biofeedback On Cognition And Behavior Of Children With Attention Deficit Disorder And Learning Disabilities. *Biofeedback And Self Regulation*, 2, 35–49
- Marzbani, H., Marateb, H. R., & Mansourian, M. (2016). Neurofeedback: a comprehensive review on system design, methodology and clinical applications. *Basic and clinical neuroscience*, 7(2), 143-158.
- Metin, M. (2014) *Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: PEGEM Yayınları, 1. Baskı
- Metin, B., Alpuğan, Z., Burkovik, H. Y., Çangal, S.M., Arslan, L., Metin, S. M. and Tarhan N. (2018) DEHB DSM Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, *The Journal of Neurobehavioral Sciences* 5(1), 3-7.
- Micoulaud-Franchi, J. A., Geoffroy, P. A., Fond, G., Lopez, R., Bioulac, S. and Philip, P. (2014). EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 906.

- Motavallı Mukaddes, N. (2000). Ergenlik Çağı Ruhsal Gelişim Özellikleri. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri*, 15-20.
- Neuy- Bartmann, A. (2005). ADS. Erfolgreiches Strategien für Erwachsene und Kinder. Stuttgart: KlettCotta.
- Ogrim, G. and Hestad, K. A. (2013). Effects Of Neurofeedback Versus Stimulant Medication İn Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Pilot Study. *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 23(7), 448-457.
- Özdoğan, B., Ak, A. ve Soyutürk, M. (2005). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite /Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Olan Çocukların Eğitiminde Öğretmen El Kitabı*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.
- Özmen, S. K. (2010). Okulda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB). *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2),1-10.
- Pallant, J. (2013). *A Step By Step Guide To Data Analysis Using IBM SPSS*, Glasgow: Mc Graw Hill, 5th Edition.
- Pekcanlar, A. (1998). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Komorbidite, DSM-IV Belirti Sıklığı ve Aile İşlevleri*. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, D.E.Ü. Tıp Fakültesi. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.
- Pomerleau, O. F., Downey, K. K., Stelson, F. W. and Pomerleau, C. S. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of substance abuse*, 7(3), 373-378.
- Purper-Ouakil, D., Wohl, M., Mouren, M. C., Verpillat, P., Ades, J. and Gorwood, P. (2005). Meta-analysis of family-based association studies between the dopamine transporter gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Genetics*, 15(1), 53-59.
- Rossieter, T. R. and LaVaque, T. J. (1995). A comparison of EEG biofeedback and psychostimulants in treating attention deficit/hyperactivity disorders. *Journal of Neurotherapy*, 1, 48-59.

- Schröder, A. (2006). ADS in der Schule. Handreichungen für Lehrerinnen und Lehrer. Göttingen: Vandenhoeck and Ruprecht
- Selçuk, Z. (2001). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar.* (2. Baskı). Ankara: Pegem A Yayınları.
- Semerci, B. (2012) .Erişkin Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğunda Anksiyete ve Tik Bozuklukları Birlikteliği, *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*;5(1):54-9
- Shekim, W.O, Asarnow, R.F., Hess, E. Zaucha, K., Wheeler, N. (1990) A clininal and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, *Residual State Comprehensive, Psychiatry*, 31(8), 416-425.
- Spencer, T. J., Sallee, F. R., Gilbert, D. L., Dunn, D. W., McCracken, J. T., Coffey, B. J. and Milton, D. R. (2008). Atomoxetine treatment of ADHD in children with comorbid Tourette syndrome. *Journal of attention disorders*, 11(4), 470-481.
- Stein, D. B. (2002). *Ritalin Çözüm Değil*. İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
- Sürücü, Ö. (2003). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Anababa- Öğretmen El kitabı*. İstanbul: YA-PA yayınları.
- Swedo, S.A. and Leonard, H.L. (2003). *Çocuktur, Geçer.* (3. Baskı). İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Tahiroğlu, A. Y., Avcı, A., Fırat, S. and Seydaoğlu, G. (2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 5-10.
- Toklu, Ç. (2016). Eskişehir İli Merkez İlçelerinde İlköğretim Çağı Çocuklarda Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı ve Risk Etmenleri Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hstalıkları Anabilim Dalı Eskişehir
- Tuglu, C. ve Sahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tani Sorunları ve Klinik Özellikler/Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Neurobiology, Diagnostic Problems and Clinical Features. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 2(1), 75-116.

- Turgay, A ve Semerci, B (2011) Bebelikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, İstanbul: Alfa Yayınları, 5. Baskı.
- Uytun, M. Ç. (2015) Dikkat Eksikliği ve Hiperkativite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Olan Erkek Çocuk ve Ergenlerde Vöropsikolojik Test ve Dinlenme Hali Fonksiyonel Rönözans Görüntüleme (r.s-f MRG) Profili. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyas Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Kayseri.
- Wander, P.H. (1995). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults, New York: Oxford University Press.
- Zabcı, S. (2004). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı İstanbul.
- Zorlu, A. (2012). *Denizli Kent Merkezinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Prevalansı*, Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.

EKLER

Ek 1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DSM-V) Envarteri

Sayın Katılımcı,

Çalışmamız, ailelerin DEHB bozukluğuna ilişkin bilgilerinin artırılmasına ve nörolojik geri-bildirim iyileştirme yöntemi ile rahatsızlığın giderilmesine ilişkin etkililik düzeyini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada elde edilen kişisel bilgiler ve/veya isimler paylaşılmadan sunulacaktır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilmeye karar vererseniz, bana ulaşarak bu isteğinizi bildirebilirsiniz. Böyle bir durumda, sizden toplanan tüm bilgiler araştırmadan çıkaracağım ve hiçbir şekilde kullanmayacağım. Araştırmayla ilgili tüm sorularınıza, bana e-mail veya telefon yoluyla ulaşarak yanıt alabilirsiniz. Veri toplama aşamamız üç kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda size ve çocuğunuza ait kişisel bilgilere dair sorulara yer verilirken ikinci kısımda DEHB'ye ilişkin sorulara yer verilmiştir. Son kısımda ise Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite (DEHB)'ye ilişkin farkındalık düzeyinizi değerlendirmeye ilişkin sorular yer almaktadır.

Katılımınız için şimdiden teşekkürler

Doç Dr. Yağmur Çerkez	Buse Damdelen
Yakın Doğu Üniversitesi	Yakın Doğu Üniversitesi
Atatürk Eğitim Fakültesi	Atatürk Eğitim Fakültesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü
Tel: 03922236464 - Dahili: 5379	Tel: 0533 883 34 58
E-mail: yagmur.cerkez@neu.edu.tr	E-mail: busedamdelen01@hotmail.com

Kişisel Bilgi Formu

1.Cinsiyetiniz

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Uyuşgunuz

☐ KKTC ☐ TC ☐ KKTC-TC ☐ Diğer (Lütfen Belirtiniz)

3. Yaşınız:

☐ 25-30 ☐ 31-35 ☐ 36-41 ☐ 41 ve üzeri

4. Eğitim Durumunuz:

☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul Mezunu ☐ Lise Mezunu ☐ Üniversite Mezunu

5.İkamet Ettiğiniz Bölge

☐ Lefkoşa ☐ Girne

6. Çocuğunuzun Cinsiyeti

☐ Kız ☐ Erkek

7. Çocuğunuzun Yaşı

☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

8.Çocuğunuza DEHB ‘yi tedavi etmede kullanılan/ kullanılacak yöntem

☐ Nörolojik geri bildirim (neurofeedback) ☐ Diğer (Lütfen Belirtiniz)

Aşağıda verilen maddeler, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu tarama ve değerlendirme ile alakalıdır. Sorunun derecesine göre cevaplarınızı; 1 =”Yok, 2=”Biraz”, 3=”Fazla”, 4=”Çok Fazla” şeklinde (x) koyarak belirtmenizi rica ederiz.

Sorunun Derecesi

No	Maddeler	1	2	3	4
1	Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar (ör: detayları kaçırabilir, atlayabilir, yaptığı görevler hatalıdır).				
2	Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyun ya da etkinliklerde dikkati dağınıktır.				
3	Doğrudan kendisine hitap edilerek konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.				
4	Çoğu zaman okul ödevlerini tamamlayamaz ve kurallara uymakta güçlük çeker				
5	Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker (bir göreve ama odağını çabuk kaybeder ya da kolaylıkla dikkati kayar).				

6	Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır (ör: okulda kendisine verilen ödevler veya verilen bir okuma parçası).				
7	Çoğu zaman üzerine aldığı görev ve etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (oyuncak, ödev, kalem, kitap, araç veya gereçler).				
8	Çoğu zaman dış uyaranlara karşı dikkati kolaylıkla dağılır.				
9	Çoğu zaman günlük etkinliklerinde unuttandır.				
10	Çoğu zaman kıpırdanır ya da ellerini veya ayaklarını vurur.				
11	Çoğu zaman oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar (ör. Sınıf vb).				
12	Çoğu zaman uygunsuz durumlarda koşturup durur ya da tırmanır.				
13	Çoğu zaman sakın 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. (lokantada ya da sinemada yerinde duramaz ve başkaları tarafından huzursuz ya da ayak uydurulması zor olarak algılanır).				
15	Çoğu zaman çok konuşur.				
16	Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır (başkalarının cümlelerini tamamlar ya da konuşmalarında sözünü keser, konuşma sırasını beklemez).				
17	Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır (ör:kuyruklar)				
18	Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer.				

Ek 2. Mülakat Soruları

Sayın Katılımcı,

Çalışmamız, ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğuna (DEHB) ilişkin bilgilerinin artırılmasına ve nörolojik geri-bildirim iyileştirme yöntemi ile rahatsızlığın giderilmesine ilişkin etkililik düzeyini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada elde edilen kişisel bilgiler ve/veya isimler paylaşılmadan sunulacaktır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilmeye karar vererseniz, bana ulaşarak bu isteğinizi bildirebilirsiniz. Böyle bir durumda, sizden toplanan tüm bilgiler araştırmadan çıkaracağım ve hiçbir şekilde kullanmayacağım. Araştırmayla ilgili tüm sorularınıza, bana e-mail veya telefon yoluyla ulaşarak yanıt alabilirsiniz. Bu kısımda ise Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite (DEHB)'ye ilişkin farkındalık düzeyinizi değerlendirmeye ilişkin sorular yer almaktadır.

.

Katılımınız için şimdiden teşekkürler

Doç. Dr. Yağmur Çerkez

Buse Damdelen

Yakın Doğu Üniversitesi

Yakın Doğu Üniversitesi

Atatürk Eğitim Fakültesi

Atatürk Eğitim Fakültesi

Yarı Yapılandırılmış Mülakat Soruları

1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu olarak adlandırılan DEHB'ye ilişkin daha önceden öğrendiğiniz bilgileriniz var mı?
2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile alakalı bilgileri kimden ya da nereden öğrendiniz? (Bilgisi olan katılımcılara sorulacak)
3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu nasıl tanımlarsınız?
4. DEHB olan çocukları fiziksel olarak nasıl tanımlarsınız?
5. DEHB'nin anne-baba tutumları ve aile yapısı alakalı olduğunu düşünüyor musunuz?
6. Sizce DEHB olan çocukların tedaviye ihtiyacı var mıdır?
7. DEHB ile alakalı duyduğunuz tedavi yöntemleri nelerdir?
8. DEHB ile alakalı farkındalığın artırılması için tavsiyeleriniz nelerdir?

Ek 3. Anket Sahibi İzni 1

12/12/2018

Posta - buse damdelen - Outlook

 Sil  Gereksiz  Engelle ...

Re: Buse Damdelen

FA

Funda ASLAN <fundaaslan03@gmail.com>

Çar 12.12.2018, 10:31

Siz 

Buse hanım

tez ve sonrasında yapacağınız yayında kaynakça (atıf) göstermeniz koşulu ile tabiki kullanabilirsiniz

çalışmanızda başarılar ve kolaylıklar dilerim

atıf göstermeniz için çalışmanın makale formatına ilişkin linki aşağıda iletiyorum

<http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-farkli-sosyodemografik-ozelliklere-sahip-olan-ailelerin-dikkat-eksikligi-ve-hiperaktivite-bozuklugu-olan-cocuklara-iliskin-bilgi-duzeylerinin-belirlenmesi-75538.html>

ASLAN, F., & KUBLAY, G. (2016). Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics*, 2(1), 47-53.

On Tue, Dec 11, 2018 at 4:52 PM buse damdelen <busedamdelen01@hotmail.com> wrote:

Merhaba Funda hanım,

Tez konum Ailelerin DEHB'ye ilişkin Bakış açılarının irdelenmesi ve nörolojik geri bildirim tedavi yönteminin etkililik düzeyinin saptanması üzerine bir çalışma. Rehber ve Psikolojik Danışmanlık bölümünde yüksek lisansımı yapmaktayım.

İyi çalışmalar dilerim.

--

Araş.Gör. Funda ASLAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

Ek 4. Anket Sahibi İzni 2

1/17/2019 Posta - buse damdelen - Outlook

Outlook Ara

+ Yeni ileti Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategorilere Ayır

Gelen Kutusu 107 Gereksiz E-posta 6 Taslaklar 35 Gönderilmiş Öğeler Silinmiş Öğeler Arşiv Konuşma Geçmişi Yeni klasör

DEHB DSM OLCEK KULLANIM İZNI

BM Barış Metin <baris.metin@uskudar.edu.tr>
Per 17.01.2019, 09:18
Siz

tabi kullanabilirsiniz

TED^xUskudarUniversity **Değişen İnsan, Değişen Bilim**
Changing Human, Changing Science
15 Şubat 2019, Cuma Saat: 10.00

www.uskudar.edu.tr

Doç. Dr. Barış Metin
İTBF Psikoloji Bölümü | Kuluçka Merkezi ve TTO Direktörü | Öğretim Üyesi | Proje Geliştirme Direktörü (PARGE)
baris.metin@uskudar.edu.tr

Tel: 0216 400 22 22 | Faks: 0216 474 12 56 | Web: www.uskudar.edu.tr
Altuntazde Mah. Haluk Türksöy Sk. No:14
PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye

[f](#) [t](#) [v](#) [g](#) [p](#) [i](#)

Lütfen bu e-postayı yazdırmadan önce doğayı düşünün.

buse damdelen
Sayın hocam, KKTC Yakın Doğu Üniversitesi, PDR bölümü yüksek lisans tez çalışmamda, tarafın...

Çar 16.01.2019, 21:48

ÖZGEÇMİŞ

Buse DAMDELEN, 1992 yılında Köşklüçiftlik Lefkoşa’da doğdu. İlkokulu Gönyelide, Orta ve Liseyi Lefkoşa’da tamamladı. 2011 yılında Yakın Doğu Üniversitesinde Rehber ve Psikolojik Danışmanlık bölümüne kayıt oldu ve 2015 yılında mezun oldu. 2015 yılında Üiversal Bank da çalışmaya başladı. 2016 yılında ise Bındayı School’da Rehber ve Psikolojik Danışmanlık yaptı. 2016 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Eğitimine başladı ve 2017 yılında Rehber ve Psikolojik Danışmanlık ofisini açtı.

TURNITIN (Orjinallik Raporu)

Tez

ORIGINALITY REPORT

2%

SIMILARITY INDEX

1%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Akdeniz Karpaz Üniversitesi Student Paper	1%
2	acikerisim.deu.edu.tr Internet Source	<1%
3	Submitted to European University of Lefke Student Paper	<1%
4	Submitted to Beykent Üniversitesi Student Paper	<1%
5	www.researchgate.net Internet Source	<1%

Exclude quotes ☒ On
Exclude bibliography ☒ On

Exclude matches ☒ < 30 words