



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
(DEHB) TANISI KONMUŞ BİREYLERİN  
EBEVEYNLERİNDEKİ PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLERİN  
İNCELENMESİ**

Hatice Çetinkaya Şahin

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŐA  
2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
(DEHB) TANISI KONMUŞ BİREYLERİN  
EBEVEYNLERİNDEKİ PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLERİN  
İNCELENMESİ**

Hatice Çetinkaya Şahin

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI

LEFKOŐA  
201

## **KABUL VE ONAY**

Hatice ÇETİNKAYA ŞAHİN, tarafından hazırlanan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (Dehb) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirtilerin İncelenmesi başlıklı bu çalışma, 17.08.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

### **JÜRİ ÜYELERİ**

**Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI** (Tez Danışmanı)

Yakın Doğu Üniversitesi

Psikoloji Bölümü

**Yrd. Doç. Dr. Deniz ERGÜN** (Komite Başkanı)

Yakın Doğu Üniversitesi

Psikoloji Bölümü

**Yrd. Doç. Dr. Ayhan EŞ**

Yakın Doğu Üniversitesi

Rehberlik ve Psikolojik

Danışmanlık Bölümü

**Prof. Dr. Mustafa SAĞSAN**

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Hatice Çetinkaya Şahin

## ÖZ

### DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) TANISI KONMUŞ BİREYLERİN EBEVEYNLERİNDEKİ PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler incelenmiştir. Araştırma genel tarama modeline göre yürütülmüştür. Bu bağlamda araştırmanın evrenini DEHB almış çocukların anne babaları oluşturmuştur. Örneklem DEHB tanısı konulmuş çocukları olan elektronik ortamda hazırlanmış belirti tarama listesini dolduran 258 ebeveynde oluşmaktadır. Araştırmada kişisel bilgi formu ve Belirti Tarama Listesi (SCI-90-R) kullanılmıştır. Öncelikle belirti listesi elektronik ortama aktarılmıştır. Online doldurmaya imkan verecek şekilde düzenlenmiştir. Bu işlemden sonra DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerine mail yoluyla, telefonla, sosyal medya grupları ve yüzyüze iletişimle ulaşılmış formu doldurmaları istenmiştir. Formu dolduran Ebeveynlerin bilgileri önce excel tablosuna sonra SPSS veri tablosuna aktarılmıştır. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerin demografik bilgileri için frekans ve yüzde dağılımları çıkarılmış, belirti listesi puanlarınınaritmetik ortalama ve standart sapma değerleri saptanmıştır. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), scheffe, t testi ve Mann Whitney u testi ile regresyon analizleri yapılmıştır. Araştırma sonucunda;

DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerinde sahip oldukları çocuklarının yaşları, sınıfları, diğer bir çocuğa sahip olma durumu, aile yapısı, anne babalarının hayatta olma durumu, ekonomik durum, psikopatolojik rahatsızlıklara sahip olma durumuna göre anlamlı farklılık görülmüştür. Tedavi sürelerine ilaç kullanma durumlarına bireylerin iyileşme durumlarına bireylerin kardeşlerinde psikopatolojik rahatsızlık olma durumlarına anne ve baba birlikteliğine, yaşlarına, öğrenim durumuna, çalışma durumuna ekonomik destek alma durumlarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Psikopatoloji, Psikopatolojik Durum

## **ABSTRACT**

### **PSYCHOPATHOLOGY SIGN OF PARENTS OF INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH ATTENTION HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)**

In this study, psychopathology sign of parents of individuals diagnosed with attention hyperactivity disorder (ADHD) were examined. The study was conducted according to the general screening model. In this context, the parents of the children who were diagnosed with attention deficit hyperactivity constituted the universe of the research. The sample consisted of 258 parents who filled out the symptom screening list prepared in an electronic environment with ADHD-diagnosed children. Personal information form and Symptom Check List (SCI-90-R) were used in the research. First, the symptom list has been transferred to electronic environment. It has been arranged to allow online filling. After this process, the parents of the subjects with ADHD diagnoses were reached via email, by phone, by social media groups and face to face communication. They are asked to fill out the form. The information of the parents who filled out the form was first transferred the excel table after the SPSS data sheet. Frequency and percentage distributions for demographic information of parents of ADHD-diagnosed individuals were extracted, and arithmetic mean and standard deviation values of symptom list scores were determined. One way variance analysis (ANOVA) scheffe, t test and Mann Whitney u test regression analysis are done.

There was a significant difference in the parents of ADHD-diagnosed individuals according to their age, class, having another child, family structure, survival status of parents, economic status, and psychopathological disturbances. There were no significant differences according to treatment duration, medication use, individual healing status, psychopathological discomfort in the siblings of the individual, parental togetherness, age at school, working status, economic support.

**Keywords;** Attention Deficit and Hyperactivity, Attention, Hyperactivity, Psychopathology,; Psychopathological Situation

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL ONAY</b> .....	<b>iii</b>
<b>BİLDİRİM</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZ</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xii</b>

<b>I. BÖLÜM GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1.Problem Durumu .....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	5
1.3.Araştırmanın Önemi .....	7
1.4.Sınırlılıklar .....	8
1.5.Tanımlar .....	8

## **2. BÖLÜM DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLAR VE AİLELERİN YAŞADIĞI RUH SAĞLIĞI.....9**

2.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite.....	9
2.1.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Nedir? .....	9
2.1.2.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Belirtileri .....	13
2.1.2.1.Dikkatsizlik Belirtileri .....	13
2.1.2.2.Hiperaktivite Semptomları .....	14
2.1.2.3.Dürtüsel Belirtiler .....	14
2.1.3.Yaygınlık.....	17
2.1.4.Tanı .....	19
2.1.5 DEHB İle İlişkili Diğer Psikopatolojik Rahatsızlıklar.....	21
2.1.5.1 Duygudurum Bozuklukları .....	21

2.1.5.2 Otizm Spektrum Bozukluğu	23
2.1.5.3 Öğrenme Bozuklukları	24
2.1.5.4 Yıkıcı Davranış Bozuklukları	24
2.1.5.5 Zihinsel Özürlü Çocuklar	25
2.1.6. Teşhis Kriterleri (DSM-5)	25
2.1.7. Risk Faktörleri	28
2.1.8. Tedavi ve Terapiler	32
2.1.8.1 Farmakolojik Tedaviler	33
2.1.8.2 Farmakolojik Olmayan Tedaviler	35
2.1.9 Eğitim ve Öğretim	37
2.1.9.1 DEHB Olan Bireylerin Gelişimsel Özellikleri	39
2.1.9.2 Anne-Baba Eğitimi	41
2.2. Psikopatolojik Durumlar	43
2.2.1. Psikoznevroz Türleri	43
2.2.1.1. Yaygın Bunaltı Bozukluğu	43
2.2.1.2. Histeri	44
2.2.1.3. Fobi	44
2.2.1.4. Obsesif-kompulsif nevroz	44
2.2.1.5. Nevrotik depresyon	45
2.2.1.6. Hipokondriazis	45
2.2.1.7. Travmatik nevroz	45
2.2.1.8. Nevrasteni	46
2.2.2. Psikoz Türleri	46
2.2.2.1. Şizofreni	46
2.2.2.2. Depresyon	47
2.3. DEHB Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinde Görülebilecek psikopatolojik belirtiler	48
2.3.1 Fiziksel ve Psikopatolojik Sorunlar	49
2.3.1.1 Somatizasyon	49
2.3.1.2 Obsesif-Kompulsif	50
2.3.1.3 Kişilerarası Duyarlık	51
2.3.1.4 Depresyon	51
2.3.1.5 Kaygı	51
2.3.1.6 Düşmanlık-Öfke	52



2.3.1.7 Fobik Kaygı .....	53
2.3.1.8 Paranoid Düşünce .....	54
2.3.1.9 Psicotizm .....	55
2.3.1.10 Ek Scala: Suçluluk, Yemek Ve Uyku Bozuklukları .....	56
2.3.2.Aile Tepkileri .....	57
2.3.3 Ailenin Yükü ve Gereksinimleri.....	58
2.3.4.Kardeşler, Diğer Aile Üyeleri Ve Bakıcılar .....	61
2.3.5.Anne Baba-Öğretmen İşbirliği ve Yararları .....	63
2.4. İlgili Araştırmalar .....	64
<b>3. BÖLÜM YÖNTEM .....</b>	<b>72</b>
3.1.Araştırmanın Modeli .....	72
3.2.Evren ve Örneklem.....	72
3.3.Veritoplam Araçları.....	73
3.3.1.Belirti Tarama Listesi (SCI-90-R).....	73
3.4.Ölçme Aracının Uygulanma Aşamaları .....	74
3.5. Verilerin Çözümlemesi .....	75
<b>4. BÖLÜM BULGULAR .....</b>	<b>76</b>
<b>5. BÖLÜM SONUÇ TARTIŞMA VE ÖNERİLER .....</b>	<b>103</b>
5.1.Tartışma .....	103
5.2.Sonuç ve Öneriler.....	107
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>110</b>
EKLER.....	122
Ek.1: Ölçekler .....	126
Ek.2: Ölçek İzinleri.....	127
Ek.3. Özgeçmiş.....	128
Ek.4:Benzerlik Raporu.....	130
Ek.5:Etik Kurul Onayı.....	131

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı .....	76
Tablo 2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirtiler Uygulanan Psikopatolojik Belirti Ölçeğın Toplam Puanlar ve Tüm Alt Boyutların Aritmetik Ortalama, Standart Sapma Değerleri.....	78
Tablo 3.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Yaşlarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırması .....	79
Tablo 4.Scheffe Testi Sonuçları .....	81
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Sınıflarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırması.....	81
Tablo 6.Scheffe testi sonuçları .....	82
Tablo 7.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Tedavi Sürelerine Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırması.....	83
Tablo 8.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin İlaç Kullanma Durumlarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırması.....	84
Tablo 9.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin İyileşme Durumlarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırması.....	85
Tablo 10.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Kardeşi Olma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırması.....	86
Tablo 11.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Kardeşinde Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırması.....	87
Tablo 12.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Anne ve Baba Birlikteliğine Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırması.....	88

Tablo 13.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Aile Yapısına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	89
Tablo 14.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinde Anne Hayatta Olma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	90
Tablo 15.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinde Baba Hayatta Olma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	91
Tablo 16.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşlarına Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	92
Tablo 17.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Öğrenim Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	93
Tablo 18.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Çalışma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	95
Tablo 19. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Ekonomik Destek Alma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	96
Tablo 20.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Ekonomik Durumlarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması .....	97
Tablo 21.Scheffe Testi Sonuçları .....	98
Tablo 22.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Psikopatolojik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması ..	100
Tablo 23.Psikopatolojik Belirti Ölçeğinin Puanlarına İlişkin Demografik Değişkenlerin Regresyon Analizleri Sonuçları .....	101

## **SİMGELER LİSTESİ**

n: Frekans

p: Anlamlılık derecesi

so: Sıralamaların ortalaması

st: Sıralamaların toplamı

## KISALTMALAR LİSTESİ

Akt	: Aktaran
Çev	: Çeviren
Ed	: Editör
SPSS	: Statistic Packets For Social Seciencies
sf	: Sayfa
vd	: Ve Diğerleri
SCI	: Belirti Tarama Listesi
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

# 1. BÖLÜM

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik içeren bir grup davranışsal belirtidir. Aşırı hareket dikkatsizlik ve dürtüsellikle kendini gösteren bozukluktur (MEB, 2015, 3). DEHB'nun okul çağındaki çocukların yaklaşık yüzde 3-5'ini etkilediği, bu çocukların yaklaşık üçte ikisinin yetişkinliğe kadar semptomlar yaşamaya devam ettiği, (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) DEHB semptomlarının genellikle yaşla birlikte düzelse de, genç yaşta durum tanısı alan birçok yetişkinin problem yaşamaya devam ettiği

(Brown, 2010; Krull, 2017), ailesine bu çocukların zaman zaman yük olduğu bilinmektedir. Ailelerin küçük yaştan itibaren bu çocuklara sosyal beceri kazandırmadaki yaşadığı zorluklar nedeniyle DEHB tanısı almış çocukların eğitim hayatının diğer çocuklara göre daha fazla sorumluluklar gerektirmektedir. Bu çocukların normal sınıf ortamına ayak uyduramamasının ve sosyal becerilerinin diğer çocuklardan farklı olmasının eğitim açısından zorlukları bulunmaktadır (MEB, 2015).

Ailenin yüklenmiş olduğu sorumluluk, özel eğitim gerekliliği, arkadaş sorunları, disiplin sorunları aile içi uyum sorunları, kardeşler arasında anlaşmazlık, ödev ve ders bilinci kazanım zorlukları bu çocuklardaki temel özelliklerdir.

### 1.1.Problem Durumu

Hiperaktivite yani "aşırı hareketlilik" birçok çocuk veya erişkinde vardır ancak çoğu zaman bunların farkına varılmaya da bilinir. Bazen yaşın getirdiği özellikler olarak yorumlar bazen de geçmişten beri iç içe yaşadığımız kişilik özellikleri olduğu için önemsenmez. Bununla birlikte aşırı hareketlilik toplumda her on kişiden birinde görülen farklı bir durumdur. Bunu bir bozukluk olarak değil

bir farklılık olarak görmek daha doğru olacaktır (Abalı, 2012, 10). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları olan tıbbi bir durumdur. Genellikle çocukluk çağında tanınır. Belirtiler çocuğun bilişsel, akademik, davranışsal, duygusal ve sosyal işlevlerini etkiler ve durum sıklıkla yetişkinliğe geçer. 4-17 yaşlarındaki çocukların yaklaşık % 8-10'u DEHB'ye sahip olup, çocukluğun en yaygın hastalıklarından biri haline gelmektedir. Erkeklerde iki ila dört kat daha yaygın görülür (Krull, 2017). DEHB;dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik (hiperaktivite) ve dürtüsellik kavramlarından oluşmaktadır. Özellikle son dönemlerde yapılan çalışmalara bakıldığında DEHB'in, çocuklukta ve ergenlikte en sık karşılaşılan sorunlardan biri olduğu görülmüştür (Özmen Kaymak, 2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bir kişinin dikkat etmede ve görevlere odaklanmasında zorluk çekmesidir. Bu kişiler düşünmeden hareket etmeye eğilimlidir. Çocukluğun başında başlayabilir ve yetişkinliğe kadar devam edebilir. Tedavi olmadan DEHB evde, okulda, iş yerinde ve ilişkilerde sorunlara neden olabilir.

DEHB çocukluk çağında yaygın görülen, kısa ve uzun dönem risklerle ilişkili nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB tanısı olan çocuklar akademik alanda başarısızlık, madde kötüye kullanımı, kaza ve yaralanmalar, ergenlik ve erişkinlik döneminde suça karışma ya da suç işleme, iş yaşamında başarısız olma gibi durumlar ve diğer bazı psikiyatrik problemler açısından daha fazla risk altında olan bir grubu temsil etmektedirler (Yazgan, 2012a). DEHB'li kız ve erkek çocukları aynı şiddet örüntüsüne sahip sorunlar sergilemelerine karşı, her 10 erkek çocuğuna karşılık bir kızın tedavi için hastaneye gönderildiği saptanmıştır. Buna karşın yetişkinlik döneminde bu oran daha dengelidir. Yetişkinler kendilerinde bir sorun algıladıklarında tedaviye kendileri başvurmaktadır. DEHB'li kızların algısal görevler, akademik performans, arkadaşlarla geçinme, duygusal sorunlar, sosyal tecrit ve davranış sorunları bakımından diğerlerinden daha fazla sorun yaşadığı bulunmuştur. DEHB'li kız çocuklar DEHB'li erkek çocuklar kadar ciddi sorunlara sahiptir (Brown, 2010). Bu yönüyle DEHB'nun cinsiyete göre farklılaşmadığı söylenebilir. Belirtiler hem kızlarda hem erkeklerde aynıdır. Bunları belirlemek zor değildir. Çünkü çocuklardaki ve gençlerdeki DEHB semptomları iyi tanımlanmıştır ve genellikle altı yaşından önce görülürler. Bunlar, evde ve okulda olmak üzere birden fazla

durumda meydana gelir. Bir çocuğun hayatında, okul başarısızlığı, diğer çocuklar ve yetişkinlerle olan zayıf sosyal etkileşim ve disiplin sorunları gibi önemli sorunlara neden olabilir.

DEHB tanısı almış bir çocuk yaşlarına göre dikkatini sürdürmede, hareketlerini kontrol etmede ve yaşına uygun davranışlar göstermede yetersizlik görülür. DEHB'li çocuklar çoğu zaman yetersizlikleri fark edilmeyip “dikkatsiz,yaramaz, tembel, söz dinlemez...” gibi yakıştırmalarla toplumdan dışlanırlar (Dolgun ve ark., 2005).Dikkat eksikliği ve Hiperaktivitesi bulunan çocuklara sahip olan anne babaların akademik ve duygusal desteğe gereksinimleri olduğu düşünülmektedir. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu olan bireyler özel gereksinimi bireyler arasında sayılmaktadır (MEB, 2015). Ebeveynin görevi çocuğu olduğu gibi kabul ederek hiperaktif olsun veya olmasın onun için en iyi olanını yapmaktır (Abalı, 2012, 10).

Sık kullanılan ismiyle hiperaktivite yani DEHB, son senelerde ebeveynlerin ve eğitimcilerin en çok şikayet ettikleri bozukluktur denebilir. Bu çocuklar sınıfta, okulda ya da diğer çevresel ortamda hareketleriyle, dikkat sorunu yaşamalarıyla ayrıca dürtülerini kontrol edememekle dikkat çekerler. Bu özellikleri gösteren her çocuk hiperaktivite ve dikkat bozukluğu olan çocuk olarak nitelendirilemez(Doğan, 2011, 139). DEHB tanısının kriterleri Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabında (DSM-5) 'de bulunmaktadır. Dokuz dikkatsizlik belirtisi, hiperaktivite ve dürtüsellik olarak listelenmiştir. Çocuklarda ve adolesanlarda DEHB tanısı koymak için, altı aydan daha uzun süren dikkatsizlik veya hiperaktivite/dürtüsellik altı veya daha fazla belirtisi olmalıdır. Yetişkinler dikkatsizlik veya hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere beş veya daha fazla semptomu ihtiyaç duyar. Bazı semptomlar 12 yaşından önce başlanmalıdır, semptomların en azından iki ayarda işlev bozukluğuna neden olması gerekir ve semptomlar başka bir tanı ile daha iyi açıklanamaz. Çocuğun hem dikkatsizliği hem de hiperaktivite dürtüsülüğü varsa, teşhis, DEHB şeklinde olacaktır. Huzursuzluk-dürtüsellik değil dikkatsizlik varsa, tanı çoğunlukla dikkatsiz tip olan DEHB'dir. Dikkatsizlik gösteren tip DEHB, DEHB olan ergenlerde ve erişkinlerde daha sık teşhis edilir (Dunn, 2013). Öncü ve Ölmez'in (2004) yaptıkları çalışmada DEHB olan bireylerin işitsel bellek düzeylerinde düşük performans gösterdikleri saptanırken, bu kişilerin sözel bilgilerin



kodlanmasında sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.Tural Hesapçioğlu vd. (2016) tarihinde yaptıkları çalışmada DEHB olan bireylerin, DEHB'li olmayan bireylere göre işitsel bellek düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Kılıç vd. (2002a; 2002b; 2002c) yaptıkları çalışmada ise, DEHB tanısı almış çocukların puanları DEHB tanısı olmayan çocuklardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Bu zellikleri gösteren bir ocuk sahibi olan aile bu rahatsızlığın/hastalığın getirdiği sorumluluklarla başbaşadır. Diğer aileler gibi çocuklarının genel bakım ve eğitim sorumluluklarının yanında sağlık ve beceri geliştirme sorumlulukları da vardır. Bu durum kaynaklı sorumluluk üstelenen her ebeveyn daha fazla stres yaşayabilir (Cavkaytar, 2013, 55). İnsanların yaşadıkları çeşitli sağlık problemlerinde stresin etkili olduğu bilinmektedir. Stres kaynaklı bir çok fiziksel ve psikopatolojik rahatsızlıklar oluşabilmektedir (Usta, 2012, 4). Bu yönüyle dikkat eksikliği olan bir ocuk stres kaynağı olmanın yanında ailesine yeni yükler getirebilmekte ve ailesinde görülebilecek rahatsızlıkların ve sorunların dakaynağı olabilmektedir. Wayman (2017) araştırmacılar ankete katılan ailelerin yüzde 12.7'sinin (annelerin yüzde 12.9'u, babaların yüzde 11.6'sı) "yüksek psikopatolojik belirtiler" kategorisine, yüzde 8.8'e (neredeysi eşit sayıda anne ve baba) psikopatolojik belirtiler tespit edilmiştir. Montano (2004)'nın araştırma sonuçları DEHB tanısı almış bireylerin çoğunluğunda duygudurum bozukluğunun ve anksiyete bozukluğunun eşlik ettiğini gdtermiştir. Akçakın ve Erden(2001), Fırat (2007)'in araştırmalarında da annelerin depresyon puanlarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Varolgneş (1999) ise DEHB tanılı çocukların anne ve babalarını sağlıklı çocukların anne babaları ile kişilik bozuklukları açısından karşılaştırmış gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Destek olmadan, DEHB olan birçok birey sıklıkla depresyon, kaygı, düşük benlik saygısı veya öfke kontrolüyle ilgili sorunlar gibi diğer duygusal sorunları geliştirir. En önemli sorunlardan biri zgven problemi ve bu çocukların ğretmen ve akranları tarafından yaşadıkları sorunlardan dolayı dışlanarak travmaya maruz kalabilir.Ergenlerde DEHB olan bireyler için yaşam daha stresli hale gelebilir; Bununla birlikte, doğru zamanda ve doğru şekilde verilen destekle birçok kişi, yaşamlarınıbaşarıyla sürdürebilir. DEHB tanılı çocukların dışa vuran

davranışları sebebi ile sıklıkla aileleri ile sorunlar yaşadığı, ailelerin bu çocuklarla iletişim kurmada zorluklar yaşadıkları bilinmektedir (Johnston ve Mash, 2001). Çöp, Kültür ve Dinç'in (2016) yaptığı bir çalışmada özellikle hiperaktivite belirtileri ön planda olan DEHB tanılı çocukların ana babalarını daha ilgisiz, daha az sevecen ve daha reddedici gördüklerini ve daha az denetleyici olarak algıladıkları bulunmuştur. Güçlü ve Erkıran (2005)'in araştırmasında DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde borderline kişilik bozukluğu %1.3, borderline kişilik özelliği %3.4, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu %19.9 ve antisosyal kişilik bozukluğu da %8.1 bulunmuştur. DEHB'li çocukların annelerinde depresyon %17.9 bulunmuştur. Çakır, (2017 ise DEHB tanılı olan grupta bu çocukların aileleri zorlayan davranışlarının da etkisi ile demokratik tutum oranının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olması beklenmiş, Anne-baba tutumlarını iyileştirmeyi hedefleyen ebeveyn eğitim programları da özellikle okul öncesi ve okul çağındaki DEHB' deki psikososyal girişimlerin önemli bir parçası olduğu kanıtlanmıştır. DEHB'li annelerin işlevselliği bozucu düzeyde depresyon, anksiyete ve duygusal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. DEHB sadece bireyi değil ailesini ve çevresini de etkilemektedir. Ebeveynler çocuklarının gelişimsel desteklerini sağlarken zaman zaman duygusal desteğe ihtiyaç duyabilir, hayal kırıklıkları yaşayabilir ve değişik psikolojik belirtiler gösterebilirler. Çocuklardaki DEHB durumunun ailesinin üzerindeki psikopatolojiktetkisini incelemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın problem cümlesi "Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler nasıldır?" şeklinde belirlenmiştir. Araştırmanın alt amaçları aşağıdaki sorular bağlamında incelenmiştir;

1. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler çocuklarının yaşlarına, göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
2. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler çocuklarının sınıflarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

3. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler çocukların destek aldıkları süreye göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
4. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler çocukların düzenli tedavi olmalarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
5. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler çocukların ilaç kullanmalarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
6. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler çocukların tedavi sürecinde değişiklik olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
7. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler çocukların kardeşinin olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
8. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler çocukların kardeşinde psikopatolojik tanı alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
9. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerinde psikopatolojik belirtiler anne baba birlikteliğine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
10. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynin yaşına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
11. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynin cinsiyetine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
12. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
13. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynlerin mezuniyetlerine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
14. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynin çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

15. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynin ekonomik destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

16. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynin ekonomik durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

17. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynin aile yapısına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

18. DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtiler ebeveynin psikopatolojik rahatsızlığı olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

### **1.3 Araştırmanın Önemi**

DEHB olan çocuklarda düşünmeden hareket etme davranışı aşırıdır ve günlük yaşamlarında büyük bir etkiye sahiptir. DEHB ile beynin farklı kısımları tipik bir şekilde birbirleriyle "iletişim kurmaz". Bu nedenle, çocukların düşünceleri, öğrenmeleri, duygularını ifade etmede veya aynı yaştaki diğer çocukların yanı sıra davranışlarını denetlemelerinde zorluk çekebilirler (MEB, 2015, 3). DEHB çocukları farklı derecelerde etkilediği gibi onların ailelerini de etkiler. DEHB'li bireyler için bu problemler yaşam boyu devam ederken ailede bu süreçten zorluklar yaşayarak geçmektedir. Bu araştırma ile ailenin ne derece etkilendiğine ilişkin bulgular elde edilmiştir. Bu yönüyle aileye sağlanabilecek desteğin planlanmasında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. DEHB çocukların özelliklerinin aile üzerindeki etkisi tespit edilerek bu ailelerin daha yakından tanınması da mümkün olabilecektir. Alan yazına sağlayacağı katkı açısından da araştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmanın bu kapsamda daha önceki çalışmalarda konu edildiğine rastlanmamış olmasından dolayı DEHB li çocuklara sahip ailelerin psikopatolojik belirtiler taşıyıp taşımadığı, varsa hangi psikopatolojik belirtileri taşıdıkları bunların gerek çocukların gerekse ebeveynlerin demografik değişkenler ile farklılaşıp farklılaşmadığı hakkında elde edilecek sonuçlar sahaya katkı sağlamış olacaktır. Bu yönüyle araştırma önemlidir.

#### **1.4.Kapsam ve Sınırlılıklar**

1. Bu araştırma, 2017-2018 yılı ile,
2. Araştırmaya katılan Ebeveynler ile,
3. Kullanılan ölçeklerle
4. Kullanılan istatistiksel çözümlene yöntemleri ile sınırlıdır.

#### **1.5.Tanımlar**

**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB):**Çocukların odaklanmada zorluk çektiği, oturamadığı ve düşünmeden hareket ettiği çocukların düşünceleri, öğrenmeleri, duygularını ifade etmede veya aynı yaştaki diğer çocukların yanı sıra davranışlarını denetlemelerinde zorluk çektikleri, aşırı hareketi dikkatsizlik ve dürtüsellikle kendini gösteren bozukluktur (MEB, 2015, 3).

**Psikopatolojik Durum:** Psikopatoloji akıl ve ruh sağlığını inceleyen durumlar olarak tanımlanırken psikopatolojik durumlar akıl ve ruh sağlığına ilişkin normal dışı giden belirtileri kapsamaktadır.

## **2. BÖLÜM**

### **DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLAR VE AİLELERİN YAŞADIĞI RUH SAĞLIĞI**

Bu bölümde psikopatolojik belirtiler, DEHB tanısı almış bireylerin ailelerinde görülebilecek psikopatolojik belirtiler, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Dikkat Eksikliği Hiperaktivitenin tanı süreci ve tedavileri üzerinde durulmuştur.

#### **2.1.Psikopatolojik Durumlar**

Psikopatolojik durumlar temelde nevrozlar ve psikozlar olarak ayrılabilir. Psikozlar ve psikonevrozlar ayırımı ise; Hastalığın derecesi açısından farklılaşırlar. Psikozlar ağır psikonevrozşar hafif seyreder. Kişilik bütünlüğü ve benlik işlevleri açısından farklılaşır psikozlarda dağılmış bir kişilik yapısı görülürken psiko nevrozlarda dağılmamıştır. Benlik sınırları açısından psikozlarda belirsiz bşir yapı görülür. Psikozlarda beden imgesi bozuktur. Gerçeği değerlendirme duurma psikozlarda bozukken psiko nevrozlarda gerçeğe bağlantı kopmamıştır. Psikozlarda hastalığı kabullenme olmayabilir. Yanılsama ve varsanılar olabilir. Duygulanım ve düşünce bozukluğu vardır. Bilişsel bozukluk vardır. Topluma uyumu bopzuktur iş uyumu yoktur (Öztürk, 2016, 361). Bu özellikler incelendiğinde psikozların ağır seyrettiği psiko nevrozların ise gerçeğe bağlantılarının kopmadığı görülmektedir.

##### **2.1.1.Psikoznevroz Türleri**

Psikonevrozlar klasik olarak şu alt kümelere ayrılırlar (Öztürk, 2016, 361):

- A. Bunaltı (anxiety) nevrozu
- B. Histerik nevroz, konversiyon tipi disosiyatif tip

- C. Fobik nevroz
- D. Obsesif-kompulsif nevroz
- E. Nevrotik depresyon
- F. Hipokondriazis
- G. Travmatik nevroz
- H. Nevrasteni

#### **2.1.1.1.Yaygın Bunaltı Bozukluğu**

Bu bozuklukta belirgin olan çabuk kaygı, gergin hissetme, tedirgin olma, terleme, ve kaygıya bağlı uyku sorunları, huzursuzluk görülür (Öztürk, 2016, 264). Neredeyse evrensel bir duygu olarak, hastalık durumunda kaygı oluşur. Hastalık hemen hemen her zaman "tehlikeli bir durum" olarak algılanır (Bahadır, 2009, 2). Anksiyetenin ortaya çıkışı iç psikolojik dengenin bozulmuş olduğunun bir işareti olarak kabul edilebilir (Tükel, 2009, 45).

#### **2.1.1.2. Histeri**

Genellikle bu bozukluk ağır bir stres, öncelikle aile içi stres durumundan sonra ortaya çıkar. Kadınlarda daha çok görülür. Hastada tutarsız gibi görünen davranışlar, yüksek sesle ağlamalar, hemen ardından başlayan yapmacık gülmeler olabilir. Zaman zaman bir deliriyum izlenimi verecek derecede şaşkınlık, çevresini, çevresindekileri, bulunduğu yeri bilmezlik durumu ortaya çıkabilir. Psödopsikoz çoğu kez kısa sürelidir. Birkaç günden birkaç haftaya kadar sürebilir. Nöroleptiklere yanıt vermez. Genellikle iyi bakım, çevreden uzaklaştırma, az sayıda elektrokonvulsif terapi ile kısa sürede düzelir (Öztürk, 2016, 297).

#### **2.1.1.3.Fobi**

Somut bir tehdit olmamasına karşın görülen yersiz, aşırı korkulardır (Şahin, 2009, 27). Klasik anlamda fobi, normalde, korkulmayacak belli bir durum ya da belli bir nesne ile karşılaşınca ortaya çıkan korkudur. Hasta krkusunu yersiz ve anlamışız bulsa da yine de korktuğu nesne ya da durumdan kaçınır. Eski

yayınlarda sayısız fobiler Yunanca ve Latince adlarla sıralanmıştır. Fobik bozuklukta bunaltı özel durumlarda ya da nesnelere karşısında ortaya çıkar ve kişi bu durumlardan kaçınmaya çalışır (agorafobi, sosyal fobi gibi) (Öztürk, 2016, 264).

#### **2.1.1.4. Obsesif-kompulsif nevroz**

Saplantı (obsession) istenç (irade) dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı (ego-dystonic), bilinçli çaba ile kovulamayan, yineleyen düşüncelerdir. Zorlantı (compulsion) ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı yinelenen hareketlerdir. Örneğin abdest alırken, namaz kılarken inatla gelen Tanrı'ya küfür düşünceleri (saplantı) yüzünden kişinin abdestini tekrar tekrar baştan alması (zorlantı); herhangi bir şeye dokunduğunda elinin kirlendiğini saplantılı biçimde düşünen kişinin el yıkama tutkusu gibi. Kişi saplantılarının aklına gelmemesi, ya da zorlantılı hareketleri yapmamak için kendisini zorlar; fakat zorladıkça istenmeyen düşünceler gene gelir, istenmeyen hareketler tekrar tekrar yapılır (Öztürk, 2016, 276). Kişiye saçma ya da anlamsız gelmesine karşın, durduramadığı, zihninden atamadığı, tekrarlayıcı düşünce veya dürtülerdir. Bu düşünceleri gidermek için yapılan eylemlere ise kompulsiyon denir. Kişinin sık sık ellerinin kirlenmiş olabileceğini düşünmesi bir obsesyon, rahatlamak için gidip ellerini yıkaması ise bir kompulsiyondur (Şahin, 2009, 27). Çoğu kez saplantılı, takıntılı, zorlayıcı düşüncenin obsesyonların davranışlara dönüştürmesi «kompulsiyon» denir (Köknel, 2008, 19). Kompulsif hareketler tekrar tekrar yapılan kalıplaşmış davranışlardır. Bu hareketleri yapmak kişiye zevk vermez ve bunlar bir amaca yönelik de değildir. Ayrıca kişi tarafından anlamsız ve etkisiz bulunur, bunlara karşı direnme çabası gösterir. Obsesif- Kompulsif bozukluk, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür (Konan, 1997).

#### **2.1.1.5. Nevrotik depresyon**

Kaygıların arttığı duygu durum bozukluklarının yaşanması durumudur. Kimi zaman manik nöbetler kimi zaman ise içe kapaklık görülür (Yazıcı ve Çakır, 2009, 107). Gerçekte, kendisini tehdit altında, tehlike içinde gören yüklenme, zorlanma (stres) yaratan bir ortamda yaşayan insanın alarm tepkisiyle genel



kaygı ve panik nöbetlerinde ortaya çıkan belirti ve yakınmalar arasında ancak şiddet bakımında farklar olduğu söylenebilir (Köknel, 2008, 149).

#### **2.1.1.6.Hipokondriazis**

Bedende bir bozukluk olmadığı halde sürekli hastalık kaygıları ve çeşitli bedensel yakınmalarla belirli sendromdur. Hipokondriyak belirtiler ruhsal çökkünlük, şizofreni, paranoid durumlar ve başka nevrotik bozukluklarda sık görülebilir. Hipokondriyak nevrozda temel bozukluk bunaltıdır. Bunların kaynağı kişinin ilişkilerine, yaşam koşullarına bağlıdır. Ancak bunlar bedene aktarılmış ve bedensel hastalık uğraşlarına dönüşmüştür (Öztürk, 2016, 306).

#### **2.1.1.7.Travmatik nevroz**

Trafik ve uçak kazaları, deprem, sel gibi doğal afetler, ağır dayak, işkence altında kalmak, zorla ırzına geçilmek, terörist elinde rehin tutulmak, çok olumsuz koşullarda toplama kampında kalmak, savaşta uzun süre siperde ya da bombardıman altında kalmak gibi herkes için ağır stres sayılacak durumlarda ortaya çıkan bir bozukluktur. Çoğu kez travmatik olaydan birkaç saat, birkaç gün, daha seyrek olarak da birkaç hafta, birkaç ay sonra ortaya çıkar (Öztürk, 2016, 283).

#### **2.1.1.8.Nevrasteni**

Nevrotik bozukluklar arasında nevrasteni konusu tartışılmaktadır. Uzun süreden beri Amerikan sınıflandırmalarında ve klinik psikiyatri kitaplarında yer almamaktadır. Nevrasteni daha çok distimik bozukluk (depresif nevroz) başlığı altında ele alınmaktadır. Zihin ve vücudun aşırı derecede yorgun düşmesi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Üzüntü, sıkıntı, endişe, yeteri kadar dinlenmeye vakit ayırmadan uzun süre çalışmak, bazı mikrobik hastalıklar ve sınırları uyarıcı ilaçları uzun süre kullanmak nevrasteni için gerekli olan zemini hazırlar. Kişi gerçekte hasta olmadığı halde bazı organlarının hastalığından yakınır (Öztürk, 2016, 307).

#### **2.1.2. Psikoz Türleri**

Psikozlar genellikle zihinsel işlevleri etkileyen akıl sağlığı sorunları için kullanılan bir terimdir. Genç yetişkinlerde çıkma olasılığının daha yüksek olduğu

düşünülür. Psikozlarda gerçek dışı düşünceler ve inançlar, hallüsinasyonlar duygu bozuklukları görülür (Üçok, 2009, 130). Psikoz türleri farklı nedenlere bağlı olarak şekillenir. Madde bağımlılığına bağlı oluşan psikozlar, organik nedenlere bağlı olarak oluşan psikozlar, kısa süreli meydana gelen tepkisel psikozlar, şizofreni ve manik depresif, psikotik depresyon, sayılabilir (Öztürk, 2016). Aşağıda psikozlardan şizofreni, ve depresyon incelenmiştir.

### **2.1.2.1.Şizofreni**

Şizofreni insanı anlamaya çalışan bir çok bilimin dikkatini çekmektedir. Şizofreni kronik bir hastalıktır (Üçok, 2009, 130). Şizofreninin başlangıç dönemlerinde ya da alevlenme durumlarında zaman zaman panik derecesine varan ağır ve uzun süren bunaltı belirtileri görülebilir (Öztürk, 2016, 264). Şizofreni negatif belirtilerin kendini göstermesi ile başlar ve giderek ağırlaşır. Düşünce bozuklukları görülür (Üçok, 2009, 132). Hezeyanlar, halüsinasyonlar, deorganize konuşması (sık sık konu dışı sapmalar gösterme), ileri derecede deorganize ya da katatonik davranış belirtilerinden en az birinin birden başlaması bu bozukluğun başlıca belirtileridir (Koç vd., 2002). Bu kişilerde yoplumsal fobiler, gerçekdışı, mantıksız, aşırı korkular görülebilir. Toplumsal ortamda, başkalarıyla bağlantı, ilişki, iletişim kurulup sürdürülürken ortaya çıkar. Genel olarak, bu tip fobisi olanlar kendilerini başkalarının yanında beceriksiz, değersiz, küçük, yeteneksiz olarak algılayıp duyumsarlar, hatalı, çirkin, kötü, eksik, olumsuz bir söz söylemekten, hareket yapmaktan, öylemde bulunmaktan kaçınırlar. Bu nedenle başkalarıyla birlikte bulunmak, topluluk içine girmek istemezler. Bu insanlar topluluk içine girmek zorunda kalırlarsa ya da bir topluluğa girmeleri zorunlu olur da zorlanırlarsa, durumluk kaygı düzeyleri yükselir. Buna bağlı bedensel, ruhsal belirtiler ortaya çıkar. Panik nöbetinin tetiği çekilir. Kızarma, ellerde titreme, terleme, sesin titremesi ilk ortaya çıkan belirtiler arasında yer alır (Köknel, 2008, 191).

### **2.1.2.2.Depresyon**

Depresyon: Zaman zaman üzücü hissetme normal olmakla birlikte, psikopatolojik belirti hallerinde depresyon sadece geçici üzüntüden başka bir şey değildir. Tükenmişliğin ilk aşamalarında iyi günlerden daha kötü olduğu fark edilebilir. Ayrıca enerjiniz yokmuş gibi hissedebilirsiniz veya sinirli ve huzursuz

hissedebilirsiniz. Suçluluk ve değersizlik duygusu yaygındır ve odaklanmaya ve konsantre olmakta zorluk çekebilirsiniz. En şiddetli biçimi, sıkıştığını hissedebilir ya da dünyanın, sensiz daha iyi olacağını düşünebilirsiniz. Bazen, ölüm veya ölme ile meşgul olabilirsiniz veya intihar düşünceleriniz olabilir (Carter, 2012). Davranışın oluşmasında rol oynayan davranış kalıpları bir dizi bilinçsel işlev sonucu seçilip eyleme dönüşür. Davranış kalıplarının seçiminde çatışma olursa zihinsel zorlanma (bilişsel stres) ortaya çıkar. Davranış kalıplarının bağlı olduğu duygu yüküne göre bu çatışma şiddetli ve sürekli olabilir. Çatışmanın şiddeti ve süresi durumluk kaygı düzeyini yükseltir. Kaygı düzeyinin yükselmesi bir dizi ruhsal belirti ve yakınma yanında başta bitkisel sinir sistemi ve içsalgı bezleri olmak üzere bütün sistemlerin işlevini aksatabilir (Köknel, 2008, 93). Dünya Sağlık Örgütü'nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020 de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır (DSÖ, 2009).

Kayıtsızlık, Çaresizlik ve Umutsuzluk Duyguları: Başlangıçta, ilgisizlik, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları haklı çıkmıyormuş gibi görünebilir ya da "ne kullanılır?" Zaman geçtikçe, bu duygular hareketsiz hale gelebilir, sanki hiç yatmaya kalkışmanın bir anlamı yok gibi bir şey yapmaya değmez gibi görünebilir.(Carter, 2012).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında sunulan Türkiye Kronik Hatalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması sonuçlarına göre 15 yaş üzeri bireylerde depresif bozukluk sıklığı (major+minör) yüzde 9, somatizasyon bozukluğu yüzde 5 ve panik bozukluk sıklığı yüzde 2'dir. Ruh sağlığı bozuklukları yaşla birlikte artmaktadır. Her üç ruh sağlığı sorunu kadınlarda daha yaygın görülmektedir. Kayahan vd (2003) tarafından İzmir il sınırlarında bir sağlık ocağı bölgesinde gerçekleştirilen çalışmada kadınlarda %51,3 depresif belirti bulunmuş ve bunların %25.8'ne depresyon tanısı konmuştur.

## **2.2.DEHB Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinde Görülebilecek Psikopatolojik Belirtiler**

Her birey kendi yaşamını daha iyi bir düzeye çıkarmayı, yaşamında bulunmayan, özlemine çektiği şeylere sahip olmayı, kısaca daha iyi koşullara, huzura, refaha ve mutluluğa ulaşmayı ister (Sapançalı, 2009, 11).DEHB li çocuk

sahibi olan aile sorumluluklarıyla başbaşadır. Diğer aileler gibi çocuklarının genel bakım ve eğitim sorumluluklarının yanında sağlık ve beceri geliştirme sorumlulukları da vardır. Bu durum kaynaklı sorumluluk üstelenen her ebeveyn daha fazla stres yaşayabilir (Cavkaytar, 2013, 55). DEHB li çocuklara sahip olmak ebeveynlerde psikopatolojik belirtiler olarak somatizasyon, depresyon, öfke, gibi psikopatolojik sorunlara yol açmakta mıdır? Bu konuda yapılmış araştırmalarda bu konu doğrulanmaktadır.

DEHB tanılı çocukların dışa vuran davranışları sebebi ile sıklıkla aileleri ile sorunlar yaşadığı, ailelerin bu çocuklarla iletişim kurmada zorluklar yaşadıkları bilinmektedir (Johnston ve Mash, 2001). Çöp, Kültür ve Dinç'in (2016) yaptığı bir çalışmada özellikle DEHB belirtileri ön planda olan DEHB tanılı çocukların ana babalarını daha ilgisiz, daha az sevecen ve daha reddedici gördüklerini ve daha az denetleyici olarak algıladıkları bulunmuştur.

Güçlü ve Erkıran (2005)'in araştırmasında DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde borderline kişilik bozukluğu %1.3, borderline kişilik özelliği %3.4, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu %19.9 ve antisosyal kişilik bozukluğu da %8.1 bulunmuştur. DEHB'li çocukların annelerinde depresyon %17.9 bulunmuştur. Başka bir araştırmada da DEHB'li annelerin işlevselliği bozucu düzeyde depresyon, anksiyete ve duygusal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir.

Ennis (2013) 3000'den fazla katılımcıyı inceledikten sonra, aile yükü ve bireysel zihinsel sağlık arasında doğrudan ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Özellikle, algılanan aile yükü ne kadar yüksekse; Katılımcının psikopatolojik durumu da o düzeyde daha da kötüydü. Kadınlar için, yüksek aile yükü depresyon riskinde artış ile ilişkilendirildi. Erkekler ve kadınlar için düşük gelirli, boşanmış ailelerde tek kişilik stres artışı olduğu, sınırlı finansmanın ve evdeki diğer insanlardan destek görmemenin bu durumla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

## **2.2.1 Fiziksel ve Psikopatolojik Sorunlar**

### **2.2.1.1 Somatizasyon**

Son 20 yıla kadar bu sendrom aslında histeri olarak ele alınmış ve histerik nevrozdan ayırımı yapılmamıştır. Bu bozukluk konusunu yeni baştan ele alan Güze ve arkadaşları da gene histeri terimini kullanarak bozukluğun sınırlarını

çizmeye çalıştılar (5. 13,14). Bu sayede 1980'de DSM-III'e somatizasyon bozukluğu başlığı altında girmiştir(Öztürk, 2016, 303). Artan Hastalık: Kronik stres kişinin vücudunu tüketir ve zayıflatır, bu durumda enfeksiyonlara, soğuk algınlığına, bağışıklık sistemi rahatsızlıklarına karşı daha savunmasızdır. Psikopatolojik belirtilerine kadar yoğun ise meydana getireceği etkiler o kadar rahatsız edicidir. Basit bir enfeksiyona bağlı rahatsızlıkların iyileşmesi normalden daha uzun sürebilir. İştah kaybı söz konusu olabilir. Yeme bozuklukları görülebilir (Carter, 2012).Sağduyu (1995) tarafından gerçekleştirilen "Sağlık Ocağına Başvuranlarda Somatizasyon" çalışmasında somatik belirtilerin kadınlarda, erkeklere göre daha sık yaşandığı saptanmıştır

Somatizasyon bozukluğunda uzun yıllar süren çok değişik fizik belirtilerle giden bir rahatsızlık söz konusudur. Bu belirtiler arasında hastanın delikanlılık, genç kızlık çağından beri sık sık hastalanan bir kişi olduğu; zaman zaman konversiyon veya psödonörolojik belirtiler gösterdiği görülür. Bu psödonörolojik belirtiler arasında ses kısılması, sağırılık, körlük, yutma güçlüğü, felçler sayılabilir. Karın ağrıları, bulantı, kusma nöbetleri, öğürme ve geçirmeler, karın şişmesi gibi gastroentestinal belirtiler de oldukça sık görülür. Adet bozuklukları, düzensizlikleri, aşırı kanamalar, gebelik sırasında aşırı kusmalar ve bu nedenlerle hastaneye yatmalar da sık olmaktadır. Bu hastalar çok kolaylıkla hastanelere yatırılabilen, gereksiz yere ameliyat olabilmektedir(Öztürk, 2016, 304).

Kronik Yorgunluk: Tükenmişliğin erken evrelerinde, kendinizi enerji eksikliği ve sıklıkla yorgunluk hissi olabilir. Erken yatılmasına rağmen yine de yorgun uyanılır. Daha yavaş hareket edilir zaman yönetiminde sorunlar oluşur. Daha da kötüsü, yorgunluk fiziksel ve psikopatolojik bir tükenme hali haline gelir. Her şey çok çaba sarf edilir. Gün içinde enerji sorunu yaşanır. Bu aşırı yorgunluk türü, belirli bir günde önünüzde olanlarda korku duygusu ile sonuçlanır(Carter, 2012).

Fiziksel Semptomlar: Ciddi fiziksel belirtiler, özellikle göğüs ağrısı veya nefes darlığı gibi zorluklar, ilk önce doktor tarafından herhangi bir tıbbi açıklamanın ekarte edilmesi için değerlendirilmelidir. Ancak psikopatolojik belirtilerin yaşanan fiziksel semptomların çoğunun stres kaynaklı olabilir. Bu semptomlar,

göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı, baş dönmesi, bayılma, gerginlik baş ağrısı, migren şikâyeti, nefes darlığı ve mide ağrısı gibi günlük işleri etkileyebilir ve işe gitmeyi veya iş bulmayı zorlaştırabilir(Carter, 2012).Somatik bir yakınma, tıbbi tedavi yapılması sonucunu doğuruyorsa ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında belirgin bir bozulmaya neden oluyorsa klinik açıdan önemli olduğu düşünülür (Koç vd., 2002).

### **2.2.1.2 Obsesif-Kompulsif**

Genel olarak fobilerin bir bölümü, insanın saplantı ve takıntılarına bağlı olarak ortaya çıkan saplantılı, takıntılı, zorunlu düşünce ve hareketleri içerir. Başka bir deyişle, bunlardaki düşünce biçimi korkulardan kaynaklanır (Köknel, 2008, 19).

Saplantı (obsession) istenç (irade) dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı (ego-dystonic), bilinçli çaba ile kovulamayan, yineleyen düşüncelerdir. Zorlantı (compulsion) ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı yinelenen hareketlerdir. Örneğin abdest alırken, namaz kılarken inatla gelen Tanrı'ya küfür düşünceleri (saplantı) yüzünden kişinin abdestini tekrar tekrar baştan alması (zorlantı); herhangi bir şeye dokunduğunda elinin kirlendiğini saplantılı biçimde düşünen kişinin el yıkama tutkusu gibi. Kişi saplantılarının aklına gelmemesi, ya da zorlantılı hareketleri yapmamak için kendisini zorlar; fakat zorladıkça istenmeyen düşünceler gene gelir, istenmeyen hareketler tekrar tekrar yapılır(Öztürk, 2016, 275).

### **2.2.1.3 Kişilerarası Duyarlık**

Artmış Duyarlılık: Psikopatolojik belirtilerin, sinirlilik genellikle etkisiz ve yararsız hissetme üzerindeki hayal kırıklığının ve üretkenliğin azalması, performansın kötüleşmesi ve hayal kırıklığının yarattığı gibi şeyler yapamayacağınız genel bir sonucudur . İnsanlara yapışabilir ve küçük şeyler için aşırı tepki verebilirsiniz. Erken dönemlerde sinirlilik profesyonel ve kişisel ilişkilerde bir çatlak oluşturabilir. Daha sonraki aşamalarda, bir evlilik ve ortaklıklar kadar bir kariyer de yok edebilir(Carter, 2012).Kişinin yetersizlik duygulan, aşağılık duygulan, özellikle başkalarıyla kendini kıyaslamasıyla ilgili duyguları üzerinde durmasıdır. İnsanlar arası etkileşmelerde kendini değersiz, işe yaramaz görme, huzursuzluk, yerinde duramama gibi belirtilerdir (Konan, 1997).

#### **2.2.1.4 Depresyon**

Depresyonda normal bir üzüntü halinin dışına çıkılır. Sinirli ve huzursuz hissetme söz konusudur. Suçluluk ve değersizlik duygusu yaygındır ve odaklanmaya ve konsantre olmakta zorluk çekilir (Carter, 2012). Dünya Sağlık Örgütü'nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020 de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır (DSÖ, 2009). Bu sonuçlardan yola çıkarak yaşam koşullarının bu hastalığı tetiklediği söylenebilir.

#### **2.2.1.5 Kaygı**

Kaygı: Kronik kaygı, psikopatolojik belirtilerden biridir. Erken olarak, endişe, gerginlik, endişe ve sinirlilik gibi duygularıyla yaşanabilir ve bu da katılma ve konsantrasyon yeteneğinize müdahale edebilir. Fiziksel olarak kalp atış gösterebilir ve kaslarınız sıkı olabilir. Zaman içinde, anksiyete öylesine şiddetli hale gelir ki, evde sorumluluklarınızı yerine getirme veya işinize bakma kabiliyetinize müdahale eder. Endişe duygusu ve korku yaygındır. Bazı durumlarda, endişe o kadar şiddetli olabilir ki panik atak ile sonuçlanır(Carter, 2012). Kaygı (anksiyete) insanlarda doğuştan varolan, belirsiz, gerçekte bağlantısız, anlaşılması, anlatılması, imgelenmesi, tasarlanması olanaksız, geleceğe yönelik, hoş olmayan, elem veren bir duygulanım durumudur (Köknel, 2008, 14).

Belirlenebilir bir olayla, nesneyle vb. orantılı olmayan tedirginlik, kaygı, korku ve benzeri gibi olumsuz duygularla tanımlanan ve bu duygulardan ötürü genel işleyişte kötüleşmelere yol açan çeşitli uyumsuzluk rahatsızlıklarıdır (Koç ve ark., 2002). Bunaltı önce bastırılarak sonra bedensel bir işlev bozukluğuna döndürülebilir ve böylelikle histerik nevroz (kon- version nevrozu) ortaya çıkar (Öztürk, 2016, 260).Kaygı, insan yapısında var olan, çevresel ve psikopatolojik olaylara gösterilen bir tepki ve tehlikelerle baş etmek için uyum sağlayıcı bir mekanizma olarak tanımlanabilen ve hepimizde var olan bir duygudur. Kaygı; stres, üzüntü, çatışma, sıkıntı, korku, acizlik, belirsizlik, yargılanma gibi birçok heyecanı içermektedir. Kaygının gözlenebilen birçok fiziksel reaksiyonu

mevcuttur; kalp atışının hızlanması, terleme, kızarma, kaslarda gerilme gibi fizyolojik belirtileri kapsar. Kaygının gelişiminde, genetik ve biyolojik etkenler, daha önce öğrenilen deneyimlerden edinilmiş bilgiler, durumsal ipuçlarından ve kişinin olayı ya da konuyu değerlendirme biçiminden etkilenir (Özusta,1993, 24). Bunaltı korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi bunu içinde sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar. Çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir. (Öztürk, 2016, 262).

### **2.2.1.6 Düşmanlık-Öfke**

Öfke:Bıkkınlık durumunda stres devam ettiği için bu duyguların öfkeye ve kızgınlığa dönüşmesi mümkündür. Öfke başta meslektaşları, ailesi veya arkadaşları ile kişiler arası gerginlik biçimini alabilir. Bıkkınlık daha şiddetli hale geldiğinde, öfke yoğunlaşabilir ve evde ve iş yerinde öfkeli patlamalar ve ciddi tartışmalara neden olabilir. İş arkadaşlarınıza veya ailesine yönelik şiddet düşünceleriniz olabilir ve en uç noktasında bu durum fiili şiddete geçebilir (Carter, 2012).Öfke, olumsuz duygu durumunun özellikleri olan düşünce, duygu ve hareketler üzerine odaklaşır. Bu boyutta seçilen maddeler, agresyon, sinirlilik (irritability), Şiddetli öfke (rage) ve küskünlük (resentment) gibi durumları da içerir (Koç ve ark., 2002).

### **2.2.1.7 Fobik Kaygı**

Kaygı ve korku elem doğrultusundaki duyguların temelini oluşturur. Hatta insanın bütün duygulanım durumlarının, ruhsal yaşantısının kaygı ve korkudan kaynaklandığı, bu duygulara dayandığı kabul edilmiştir(Köknel, 2008, 13).Fobik bozuklukta bunaltı özel durumlarda ya da nesnelere karşısında ortaya çıkar ve kişi bu durumlardan kaçınmaya çalışır (agorafobi, sosyal fobi gibi). Bu durumların dışında kişide belirgin bunaltı genellikle görülmez. Fakat fobik hastaların da sıklıkla çabuk heyecanlanan, ürken sıkıntılı kişiler olduğunu gözönünde tutmak gerekir. Yani kişide yaygın bunaltı bozukluğu, fobiler ya da panik bozukluğu birlikte bulunabilir(Öztürk, 2016, 264).



Kaygı ve korku insanın günlük yaşamının önemli bir parçasıdır. Bu nedenle insanın korkması, korkulu durumları yaşaması, korkuyu duyumsaması hayatın doğal gereğidir. Korkudan arınmış bir yaşam düşünülemez. Korku önemli duygulanım durumlarından biri olduğuna göre, endişe ve kaygı duymak, kızmak, öfkelenmek, kin ve nefret beslemek, ilgilenmek, istemek, sevmek, neşelenmek, sevinmek gibi insanlara özgü olan duygulanımları yaşayan, duyumsayan insanın korku duygusunu da yaşaması, duyumsaması çok doğaldır. Özetle, duygulanım insanın insan olması için gereklidir; korku da duygulanımın etkili, önemli ve vazgeçilmez bir bölümüdür. İnsan bütün korkularından arınmak, kurtulmak istedikçe öteki duygulanımları da yaşamaktan uzaklaşır. Farketmeden «insan» olma niteliklerini, özelliklerini yitirir(Köknel, 2008, 15).

Belirli bir nesneye ve duruma karşı duyulan yoğun korkuyla belirlenir. Dışarıdan gözlemleyen biri için tepkinin yoğunluğu, tehlike olduğu varsayılan durumla orantısızdır. Birçok fobilerin yetişkin yaşamda oluşmasına karşın, karanlık, gök gürültüsü ve bazı hayvanlardan korku, genellikle çocukluktan başlayarak süregelen tepkilerdir (Koç ve ark., 2002). Fobik bozukluklar (phobic disorders) ya da fobik nevrozların (phobic neurosis) temel özelliği, kaygı bozukluklarında serbest olan yüzen-gezen kaygının bir duruma, kişiye, olaya, olguya bağlanmasıdır. Hastada, kaygının bağlandığı durum, kişi, nesne, olay, olgu dışında korkuyla ilgili, ilişkili belirti ve yakınma bulunmaz. Korku ancak sözkonusu koşulların bulunduğu çevreye, ortama yaklaştıkça artar. Bu çevre ve ortamda yaşadıkça en şiddetli düzeye ulaşır. Uzaklaştıkça azalır kaybolur. Hasta huzura kavuşur rahatlar. Fobik nevrozlarda korku bir anlamda hastayı tehdit eden, tehlikeli olan çevreden, ortamdaki korunmayı sağlamaya yöneliktir. Hasta bu çevrede, ortamda bulunmakta, yaşamakta direndikçe panik nöbetlerine kadar varan belirtiler ve yakınmaları birbiri ardısıra ortaya çıkar(Köknel, 2008, 180).

Ruhsal bozukluk ve hastalıklarla ortaya çıkan korku durumuna «fobi» diyoruz. Fobi özel bir korku durumudur. İnsanın içinde bulunduğu çevrenin, ortamın ve koşulların dışında oluşur. Fobinin içeriği ve şiddeti düşünceyle, mantıkla anlatılamaz, açıklanamaz; iradeyle denetlenemez, engellenemez, önlenemez(Köknel, 2008, 18).

### 2.2.1.8 Paranoid Düşünce

Paranoid kişilik bozukluğunun başlıca özelliği başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp sürekli bir güvensizlik ve kuşkululuk gösterme örüntüsüdür. Bu örüntü genç erişkin döneminde başlar değişik koşullar altında ortaya çıkar (Koç vd., 2002). Paranoya, çoğu kez baskı, tehdit veya komployla ilgili yoğun endişeli veya korkulu hisleri ve düşünceleri içerir. Paranoya birçok ruhsal bozuklukta ortaya çıkar, ancak çoğu zaman psikotik bozukluklarda bulunur. Şüpheli düşüncelerin ortaya çıkmasında yer alan beş ana faktör belirlemiştir. Beş faktörün tümü de çok yaygındır (Köknel, 2008, 171):

- Stres ve büyük yaşam değişiklikleri: Bu, evde veya işte başkaları ile zor ilişkileri ve izole edilmeyi içerir.
- Anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duygular: Çoğunlukla endişeli olduğumuz zaman, tehdit ve fazla endişelenme ihtimalini abartabiliriz. Düşündüğümüz şekilde düşündüğümüz yol üzerinde büyük bir etkiye sahiptir.
- Sıradışı duygular: Stres, genellikle uykusuz kaldığı gibi tuhaf hislere (örneğin, garip, uyandırılmış, tehdit edilmiş) neden olabilir.
- Bizim açıklamalarımız: Paranoid düşünceler, olayları anlamaya yönelik yorumlarımızdır. Olayları anlamlandırma girişimleridir. Etrafımızdaki dünyayı ve içinde hissettiğimiz yolu anlamaya çalışmaktır.
- Akıl yürütme: Düşünceler, olaylar için alternatif açıklamaları düşünmezsek ve endişelerimizle ilgili kanıtları tam olarak dikkate almazsak mantıksız düşünceler hakim olabilir. Bu yüzden, stresli olduğumuz ve bazı şeylerin iyi gitmediği durumlarda, kanıtları tamamen tartmadan ya da alternatif açıklamaları göz önünde bulundurmadan, diğer insanlardan tehdit olarak hissetmektir.

### 2.2.1.9 Psikotizm

Uykusuzluk: Uykusuzluk haftada sadece bir veya birkaç gece sorun olabilir. Yorgun hissedersen de, uykuya dalmak zor olabilir; veya uykuya dalarsanız, rahatsız uyku olabilir; ya da gecenin bir yarısında ya da sahip olduğunuzdan

daha erken uyanabilirsiniz. Çoğu zaman, bu uyku sorunu, yapmanız gereken aşılması gereken miktardaki iş hakkında kalıcı düşüncelerle ilgilidir ve işi bitip bitiremeyeceğiniz konusunda. Daha sonraki aşamalarında, uykusuzluk, bir gece sıkıntısı haline gelebilir. Gibi hissettiğiniz gibi yorgun olarak, hiç uyuyamadığınız geceler olabilir(Carter, 2012).

**Bozulmuş Konsantrasyon ve Dikkat:** Fiziksel ve zihinsel psikopatolojik belirtilerin bir dizi bilişsel soruna yol açar, ancak en yaygın olanı konsantrasyon, dikkat zorluğu ve unutkanlıktır. Kendinizi tekrar okumanız ya da meslektaşlarınızdan tekrarlanmalarını istemeniz gerekebilir. Odak olamazsınız, işinizin bitmesi biraz zaman alır, böylece işler yığılmaya başlar ve daha fazla stres oluşturursunuz. Daha da kötüsü, bu semptomlar bir şeyleri almanızı engeller ve yeteri kadar ayak uydurulamayabilir.

**Keyif kaybı:** Tükenmişliğinizin erken evrelerinde hissettiğiniz keyif kaybı işe yarayabilir. Gitmekten hoşlanmazsınız ve oraya vardığınızda ayrılmak için sabırsızlanamazsınız. Stres arttıkça, zevk kaybı, aile ve arkadaşlarınızla geçirdiğiniz zaman da dahil olmak üzere hayatınızın her alanına yayılabilir. İş yerinde, projelerden nasıl kaçınabileceğinize veya işten nasıl tamamen kurtulabileceğinize ilişkin düşüncelerle meşgul olabilirsiniz(Carter, 2012).

**Karamsarlık:** Bıkkınlık hiçbir şeyin yoluna giremeyecekmiş hissi verebilir. Karamsarlık olaylara olumsuz bakmaktır. Sonuçların istenilmeyen şekilde olacağına ilişkin ön yargıları içinde barındırır(Carter, 2012).

**İzolasyon:** İzolasyon, bireyin toplumdan kendini çekmesidir. Sosyalleşmeye karşı bir direnç olarak başlayabilir. Psikopatolojik belirtilerin kötüleşirken, yalnız kalmak çabası görülebilir. Meslektaşlarla ve hatta aile üyeleriyle olan etkileşimlerinden kaçınılabılır(Carter, 2012).

**Verimlilik Olmaması ve Düşük Performans:** Verimliliği azaltıcı psikopatolojik belirtiler hem bir süreci (yanması) hem de bir durumu (yanmış) tanımlar ve dolayısıyla sürekli değişen aşamalardan oluşan bir dizilim olarak düşünülebilir. Psikopatolojik belirtilerin kalıcı iş görevi ve zihinsel ve fiziksel hastalık arasında bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bu duygu kişilerin verimsizliğine konsantrasyon kaybına sebep olur (Carter, 2012).

### **2.2.1.10 Ek Scala: Suçluluk, Yemek Ve Uyku Bozuklukları**

Ek maddeler alt birimi ise uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilişkili maddeleri kapsamaktadır. Uyku bozukluğu kişinin ihtiyacı olan ve ölçüde uyumamasıdır. Bir halk sağlığı sorunu olarak bilinen uyku bozukluğunun çok sayıda çeşidi vardır. Bazı uyku bozuklukları uykuya dalma veya sürdürme güçlüğüne yol açar. Diğer uyku bozuklukları gündüz aşırı uykululuğa neden olur (Köknel, 2008).

Yeme bozukluğu yaşamda belli bir dönem gerektirmeden oluşabilir genelde gençleri etkileyen bir psikopatolojik davranışsal bozukluktur. Tıbbi bir hastalık türü olarak tedavi edilebilen ve tedavide çoğunlukla başarılı olunan bir hastalık türüdür (Yücel, 2009, s. 188).DSM-V'de Pikaya, Ruminasyon Bozukluğuna, Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğuna, Anoreksiya Nervozaya, Bulimiya Nervozaya, Tıkanırcasına Yeme Bozukluğuna, Başka Bir Yerde Sınıflandırılmış Beslenme veya Yeme Bozukluğuna, Beslenme ve Yeme Bozukluklarının yer aldığı başlıkta verilmiştir (APA, 2013).

Suçluluk doğrudan bireyin kendisini hedef alarak yanlış yaptığına ilişkin baskın düşünceler taşımasıdır.Suçluluğu, sağlıklı pişmanlık ve vicdan azabından ayırmak gerekir. Pişmanlık ve vicdan azabı yoğunluğu, süresi ve amacını aşarsa altta başka psikopatolojiler aramak gerekir.Suçluluk döngüsünde kötü biri olduğuna dair inanç, kötü olduğuna göre acı çekmeyi hak etme düşüncesi vardır. Kişi çoğu kez bilinçsiz olarak kendini cezalandırmaya yönelik davranış kalıpları kazanır ve döngü giderek şiddetlenir (Öztürk, 2016).

### **2.2.2.Aile Tepkileri**

Aile, birbirinden bağımsız yapıdaki aile üyelerinin karşılıklı etkileşim içinde olduğu, birbirlerini ve aile yapısını etkileyerek sürekli değişimin sağlandığı toplumsal bir birim olarak tanımlanmaktadır (Turan, 2011, 72). Aile yapısı ve aile üyelerinin kişilik özellikleri, çocuklarda sosyal ve duygusal sorunlar görülmesinin önemli belirleyicilerinden biridir. Belirli aile özellikleri, belirli tür

sosyal ve duygusal sorunlarla yakından ilişkilidir (İftar, 2013, 134). Hiperaktif bir çocuk sahibi olmak ebeveynler için çok fazla stres ve acı çekmeye neden olabilir. Bazen, ebeveynler, hiperaktif çocuklarıyla ilgilenmek için yeteri kadar bilgi ya da deneyime sahip değildir. Endişelenmeden önce anne-babalar çocukların hiperaktivitesinin her yaşta normal olduğunu anlamalıdır. Örneğin, 2-5 yaş arasındaki çocuklar nadiren tek bir yerde oturur ve her yere dolaşmaya devam eder. Çocuklar ve gençler aynı zamanda enerjik ve aktiftir. Çocuklarımızın her zaman sessiz ve iyi davranmasını beklememeliyiz. Aksine, birçok çocuk bu sınırı aşar ve yıkıcı ve yıkıcı olma eğilimindedir ve kendilerini incitebilir. Diğer bir husus da anneler, bazı çocukların sadece dikkati çekmek için hiperaktif bir şekilde davrandıklarını bilmeliler.

Bazı çalışmalarda ise ailelerin DEHB çocuklara yetersiz disiplin uyguladığı, ebeveynlerin çocuklarının davranışları ile baş edemedikleri, ebeveynlerin psikiyatrik sorunlarının olduğu ve evlilik uyumsuzluğunun görüldüğü bildirilmiştir (Simith vd., 2002). Hiperaktif erkek çocuk annelerinin bebekleri hakkında daha olumsuz duygular hissettikleri, daha az iletişim kurdukları ve daha az yakınlık gösterdiklerini, hiperaktif bebeklerin ise annelerine ve diğer insanlara karşı hiperaktif olmayan bebeklere göre daha hırçın olduklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Becerik-Özdiker, 2002). Tüm bu veriler değerlendirildiğinde DEHB'li çocukların tedavi uyumları için ailelerinde psikopatoloji değerlendirmesi ile ilgili yapılacak, yapılandırılmış klinik görüşmeleri de içeren, geniş örneklemlili yeni çalışmaların yararlı olacağı belirtilmektedir (Befare ve Barkley, 1985).

Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılan bu ölçek, ülkemizde de pek çok çalışmada kullanılmıştır (Kartal A., Çetinkaya B., Turan T., 2009). Somatizasyon alt birimi; bedensel işlevlere ilişkin özellikleri içeren maddeleri, Obsesif Kompulsif alt birimi; kişinin düşünmekten ya da yapmaktan vazgeçemediği istenmeyen düşünce ve davranışlarına ilişkin maddeleri, Kişiler arası duyarlılık alt birimi; bireyin kendini aşağılama veya yetersizlik duygularına ilişkin maddeleri, Depresyon alt birimi; genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri ve yaşam ilgilerinin azalmasına ilişkin maddeleri, Anksiyete alt birimi; aşırı düzeydeki kaygıya ilişkin maddeleri, Öfke alt birimi; saldırganlık ve kızgınlık duygularını içeren maddeleri, Fobik Anksiyete alt birimi; bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisine ilişkin

maddeleri, Paranoid düşünce alt birimi; kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle korkulara ilişkin maddeleri, Psikotik alt birimi; içe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, şizoid yaşam biçimine ilişkin maddeleri kapsamaktadır.

### **2.2.3 Ailenin Yüğü ve Gereksinimleri**

Aile yüğü kavramı ilk kez 1960'lı yıllarda dile getirilmiş, zihinsel / akılsal hastalığı olanların, ailelerine yarattığı olumsuz maliyetler olarak tanımlanmıştır. Aile yüğü bir kişinin hastalığının sonucunda ailenin deneyimlediği tüm güçlükler ve mücadeleler olarak da tanımlanabilir (Sarı ve Başbakkal, 2008). Aile yüğü, bir aile bireyinin sağlık durumuyla ilişkili bakım, psikososyal ve mali yük anlamına gelmektedir. Pek çok fiziksel ve zihinsel koşullar bakıcıların kaynakları konusunda önemli talepler doğurur ve bu gereklilikler bakım sağlayıcılarının depresif, sosyal yalıtılmış ve fiziksel olarak hastalanmasına neden olabilir (Schulz ve Beach, 1999). Kronik hastalıklarla uğraşan aile bireylerine bakım yapılması, bakım veren kişilerin yaşam kalitesini düşürebilecek bir yük veya yük bindirme hissi ile sonuçlanabilir.

Mutluluk, kişilerin yaşama ilişkin algılamalarının genel değerlendirilmesinin olumlu terimlerle ifade edilmesidir. Yaşamın bütününde, o anda elde edilen tecrübelerle ortaya çıkan, bir kişinin kendisini öznel olarak iyi hissetmesidir.(Sapançalı, 2009, 23).

Çilli ve ark. (2004) evli ve evli olmayan çalışan kadınlar ile gerçekleştirdikleri çalışmada, lise mezunu olan çalışan evli kadınların fobik, obsesyon, öfke, psikotik, paranoid ve global şiddet indeksi puanlarının yüksek öğrenimli çalışan evli kadınlardan daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ev kadınlarında ise kişilerarası duyarlılık ve somatizasyon puanları ortaokul eğitilmiş olanlarda yüksek öğrenimlilerden daha yüksek bulunmuştur (Çilli ve ark., 2004). 1980'lerde, ebeveynlikle ilgili temel bilgiler, çocukları beslemekten, onları sıcak tutmaktan ve onlara biricik bir sarılmaktan başka bir şey ifade etmiyordu, oysa şu anki beklenti çok farklıdır. Daha önce hiç olmadığı kadar toplumsal olarak karşılaştırmalı bir kültür olduğundan ebeveynin yüğü, komşularına, arkadaşlarınıza ve Facebook'ta izlediğiniz tüm insanlara ayak uydurmaya çalışmaktan gelebilir. Çocuk faaliyetlerinin sağlayıcıları sizi evdeki çizelgesel

baş ağrısı eklemeye ikna etmek için kendi üzerinizde iken, ebeveynlik konusunda tavsiyeler yapılmaktadır (Wayman 2017).

Evlilik yaşamına ilişkin alan yazın incelendiğinde, engelli çocuğa sahip ailelerde çatışmaların daha çok yaşandığı ve boşanmaların daha çok görüldüğü izlenimi edinilmektedir. Ayrıca engelli çocuğa sahip ailelerle yapılan araştırmalarda sıklıkla anne ve baba için anksiyete ve depresyon vb. psikopatolojik rahatsızlıklardan bahsedildiği ve ebeveynlerin üstlendikleri rollerde eşitlik olmadığı görüşleri yer almaktadır (Dereli ve Okur, 2008).

DEHB'li çocuklara sahip ailelerin ihtiyaç duyduğu konular ailenin bulunduğu ortam, sosyo-ekonomik çevresi, çocuğun özellikleri, vb. birçok değişkenle ilişkilidir (Cavkaytar, 2013, 55). DEHB tanılı olan grupta bu çocukların aileleri zorlayan davranışlarının da etkisi ile demokratik tutum oranının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olması beklenmiş, Anne-baba tutumlarını iyileştirmeyi hedefleyen ebeveyn eğitim programları da özellikle okul öncesi ve okul çağındaki DEHB' deki psikososyal girişimlerin önemli bir parçası olduğu kanıtlanmıştır (Çakır, 2017). Bu çocukların gelişim basamaklarında ilerleyebilmeleri için yoğun bir desteğe ve sürekli bir bakıma gereksinim duymaları aileleri için bitmek bilmeyen bir stres kaynağı haline gelebilmektedir. Bunun yanı sıra aileler sağlık sorunları, maddi güçlükler ve destek alamama ya da yetersiz destek hizmetleri vb. ek sorunlarla karşı karşıya kalmakta, bu durum da zaman içinde bir takım sıkıntılara yol açabilmektedir (Karataş, 2003).

Mutluluk ve yaşam tatmininin birlikte içeren öznel iyilik hali tamamen bireyin kendi bakış açısından (perspektifinden) ölçülmektedir. Bu nedenle öznel iyilik hali kişinin içsel (ruhsal) deneyimleri bağlamında değerlendirilmektedir(Sapancalı, 2009, 26).

Ailelerin, DEHB'na bağlı problemlerde hiperaktif çocuklar dinleme veya yönergeleri takip etme konusunda zorluk çekerler. Koltuklarına oturamazlar. Çok dolaşıyorlar. Normal veya yüksek IQ'larına sahipler, ancak okulda kötü sonuçlar doğurabilirler. Çok konuşuyorlar ya da başkalarının konuşmalarını kesiyorlar. Talimatları yerine getirmekte başarısız oluyorlar ya da adım adım bir adım atıyorlar. Dürtüsel, aşırı yorucu ve enerjiyle zıplıyorlar. Kolayca endişe, sinir bozucu, kızgın ve üzücü olabilirler. Onlar beceriksiz ve kazaya eğilimli.

Diğer çocukları rahatsız edebilir veya agresif ve tartışma yaratabilirler. Dürtüsel olabilirler, bu da sonuçları düşünmeden bir şeyler yapmak demektir. Aileler kendilerini ve çocuklarını sürekli suçlamamalıdır. Çocuğun doktoru, öğretmenleri ve rehber öğretmeni ile devamlı iş birliği içinde olunmalıdır. Çocuğun güçlü ve güçsüz yanlarının neler olduğu belirlenmeli ve başarıya duygusu sürekli yaşatılmalıdır. DEHB'li bir çocukla başa çıkmanın en iyi yolu, rahatlamak ve şeyleri birer birer almaktır. Bu nedenle, çocuğunuzun dikkat etmesini, daha iyi odaklanmasını ve daha az hiper olmasını sağlayın. Çocuklarınızla basit bir şekilde konuşun. Onlara tam bir dikkat gösterin ve endişelerini, çıkarlarını ve endişelerini dinleyin. Ayrıca onlara yapılacaklar listesi hazırlamalarını ve onlara verilen talimatları yıkmalarını sağlayın. Onların duygularıyla baş etmelerine yardımcı olunmalıdır. DEHB'li çocuklar, öfke, hüzün ve endişe ile baş etmekte güçlük çekmektedirler. Onların duygularıyla başa çıkmalarında onlara yardımcı olunabilir ve onlara neyin iyi neyin kötü olduğu söylenebilir. Onların rahatlamaya ihtiyacı olabilir. Dikkat dağınıklık etkenlerinden olan TV ve oyun gibi etkinliklerin zamanını aza indirilebilir. Doğa yürüyüşleri faydalı olabilir. Sanat ve zanaat projeleri, çocuklara fikirlerinden hareket etmelerini öğretmek ve yaratıcı kavramları somut bir hale getirmek doğru bir yöntemdir. Onlara, tüm enerjilerini yaratıcı ve üretken bir şekilde geçirmeleri için fırsatlar oluşturulabilir (MEB, 2015, 14). Ayrıca, aşırı hareketlilik ve/veya dikkat dağınıklığı, yukarıda açıklanan diğer sosyal ve duygusal sorunlarla bir arada da görülebilmektedir. Aşırı hareketlilik ve/veya dikkat dağınıklığı olan öğrenciler, belli becerileri öğrenmekte ve sergilemekte zorlanmakta; ayrıca, akranlarının etkinliğe olan ilgilerini de dağıtmaktadırlar (İftar, 2013, 133). Bunların dışında bazı fiziksel aktiviteler sırasında doğayı keşfetmek hiperaktif çocuğunuzun enerjisini olumlu şeyler için kullanmasına yardımcı olabilir. Çocuğun kamp yapmak veya keşif yapmak, onlara doğayı öğretmek ve bazı pratik beceriler geliştirmelerine yardımcı olmak için mükemmel bir fırsat olabilir. Çocuğun eve geldiğinde bazı basit işleri ile size yardımcı olması için mükemmel bir zaman olabilir. Onları TV'nin önüne uzun saatler oturmanın veya uzun süre video oyunları oynamalarına izin vermenin bir yararı olmayabilir. Bunun yerine, onlara akşam yemeğini hazırlamanıza ya da süpürme gibi basit işler yapmalarına yardımcı olmak isteyip istemediklerinizi sorulabilir. Çocuklar genellikle bu tür bir



ebeveyn ile kaliteli zaman geçirirler ve aynı zamanda onlara bir sorumluluk hissi verir ve çalışmalarında gurur duymalarına yardımcı olunabilir.

İnsani gereksinimler, fizyolojik, psikopatolojik ve sosyal eksikliği ifade eder; tatmin edildiği zaman haz ve doyum, tatmin edilmediği zaman ise acı ve elem veren şeylerdir. Bu şekilde tanımlanan gereksinimler tamamen nesnedir. Bir şeyin gereksinim olup olmadığı, yani insanın bir yaşam biçimine katılarak insani niteliğini geliştirme amacına hizmet edip etmediği, herhangi bir kişisel inançtan, arzudan ya da tercihten bağımsız nesnel bir konudur. Bu nedenle her ne kadar zaman zaman örtüşüyor olsalar da gereksinimler genel olarak öznel olan istek, arzu ve tercihlerden ayrılmaktadır (Sapançalı, 2009, 28).

#### **2.2.4.Kardeşler, Diğer Aile Üyeleri Ve Bakıcılar**

DHEB'li çocukların kardeşlerinin de DEHB olma ihtimalinin göz önüne alınarak aile taraması yapılması uygun olur. Eğer kardeşlerde de bu türlü durum var ise yaklaşımda bazı konularda daha dikkatli olunması gerekir. DEHB çocukların kardeşlerinin biraz şanssızlık yaşamamaları için DEHB dolaylı sorunları fazla olan bir kardeşin üzerinde daha fazla durulurken ve onun sorunları ile baş edilmeye çalışılırken diğer kardeşler ihmal edilmemeye çalışılmalıdır. Anne babalar DEHBçocuklarının gerek okul sorunları gerek tedavi işlemleri için uzun zaman harcadıkları için diğer kardeşler için bu durum biraz can sıkıcı olabilir. Hatta bazı kardeşlerin bunu fark ederek sözel olarak da anne babalarına bu durumdan şikâyetçi olduklarını görebilmekteyiz.(Abalı, 2012, 97).DEHB genetik olarak ebeveynlerinden kişiye geçmekte, sonraki süreçte ise kişinin bazı zehirli maddelerle karşılaşması veya çeşitli travmalar yaşaması gibi olumsuzluklar kişide DEHB gelişimine neden olabilmektedir. DEHB genel olarak toplumda yüzde 5-10 oranında görülürken, DEHB olan bireylerin akrabalarında ise yüzde 10-35'lere yükselmektedir. Kardeşlerden birinde DEHB varsa diğerinde de DEHB gelişme olasılığı ise % 32 dolaylarındadır. Ayrıca ebeveynlerden biri DEHB ise, bu ebeveynin çocuğunda DEHB gelişme olasılığı % 50 olarak bildirilmiştir (Ercan, 2015).

Çocuklar açısından aile önemlidir. Çünkü çocuklar ailelerinde temel eğitimi alırlar. Diğer insanlarla iletişim kurmayı, kendilerini ifade etmeyi öğrenirler (Turan, 2011, 79). Aile sistemleri kuramından da anlaşılacağı gibi ailenin olduğu

gibi kardeşlerin ve diğer aile üyelerinin de gereksinimleri ve tepkileri vardır (Cavkaytar, 2013, 57). Ayrıca öğretmenler, öğrencilerine kazandırmak istedikleri bazı davranışlar için kendileri model olabilirler. Ancak alanyazınında akran modellerin daha etkili olduğundan söz edilmektedir. Dolayısıyla bazı davranışları en uygun biçimde sergileyen çocuklardan akran model olarak yararlanılabilir. Ayrıca modelin davranışlarının ödüllendirildiğini gözlemek, modelin davranışlarının örnek alınması olasılığını artıracaktır. Dolayısıyla gerek modelin uygun davranışlarının gerekse örnek alan akranların sergilediği uygun davranışların etkin biçimde ödüllendirilmesi gerekmektedir (İftar, 2013, 136). Bunun dışında aile büyükleri de çocuk yetiştirmede etkili olabilmektedir. Bunlar büyük anneler, büyük babalar ve akrabalar (Cavkaytar, 2013, 58).

Kardeş kıskançlığını azaltmak için her çocuk ile bire bir duygusal ilgi oluşturmak gerekir. Çocuklarda basit bir düşünce şekli vardır “Ne kadar çok vakit ayrılıyorsa o kadar çok seviliyorum.” şeklindedir. Her çocuğun adaletli bir şekilde duygusal ve sosyal gelişmesine destek olunmalıdır. Bir çocuğa odaklanmak o çocuğa da zarar verir ilgilenilmeyen çocuklara da zarar verir. Anne baba aşırı ilgi gösterdikleri çocuğu şımartarak diğerlerini ise ihmal ederek kötülük yaparlar (Abalı, 2012, 97).

### **2.2.5. Anne Baba-Öğretmen İşbirliği ve Yararları**

DEHB tanılı çocukların Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile aile resmi çizimlerini arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Grupların aile resmi çizimleri arasında da anlamlı bir farklılık olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu sonuç DEHB tanılı çocukların yaşadıkları olumsuzlukları sözel olmayan bir yol olan resim yoluyla yansıtıyor oldukları hipotezini desteklemektedir (Çakır, 2017). Annelerin eğitim süreleri değerlendirildiğinde hem yüksek öğrenim almış hem de almamış fark etmeksizin DEHB tanısı almış çocukların annelerinin DEHB tanısı almamış çocukların annelerine göre daha değerlendirci, daha planlı, daha düşünen bir problem çözme eğitimi sergiledikleri görülmüştür (Gümüsel, 2015).

Anne baba-öğretmen iş birliği, anne babalar ve öğretmenlerin öğretim amaçlarına ulaşmada yarar sağlayacağı gibi DEHB li çocuklara ve ailelerinde yararlar sağlayabilir (Cavkaytar, 2013, 60). Eğitim ortamı da diğer önemli

hususlardandır. Personel, fiziksel ortam, araç gereç vb. açılardan donanımlı olması, sosyal ve duygusal sorunları önleme ya da azaltmada destekleyici özellik taşımaktadır. Çocuğun içinde bulunduğu eğitim ortamının ikliminin olumlu olması, pek çok çocuğun sosyal ve duygusal sorun yaşama olasılığını azaltıcı bir rol oynayacaktır, Olumlu iklimin yaratılmasında, çocukların gelişimsel düzeylerinin ve bireysel özelliklerinin dikkate alınması esastır. Dikkate alınan bu özellikler sayesinde, çocukların arkadaşlarıyla ve öğretmenleriyle olumlu etkileşimlerde bulunmalarını sağlayacak düzenlemeler yapılabilir (İftar, 2013, 135).

Ebeveynler ve öğretmenler DEHB ile çocuklara aşağıdaki şekilde yardımcı olabilir (National Institute of Mental Health, 2016):

Bir program takibinin tutulması: Uyanma saatinden uyku saatine kadar her gün aynı planı uygulayın. Ödev, açık hava oyun ve iç mekan etkinlikleri için zaman yırın. Programı, buzdolabında veya mutfaktaki bir bülten tahtasında saklayın. Değişiklikleri olabildiğince önceden yazınız.

Günlük öğeleri organize etmek: Her şey için bir yer ve zaman ayırın. Giyim, sırt çantaları ve oyuncaklar belli bir düzen içinde olmalıdır.

Ödev ve dizüstü organizatörlerini kullanma. Okul malzemeleri düzenleyin. Çocuğunuza kitapları ve diğer ders araçlarını düzenli tutmanın önemini vurgulayın.

Açık ve tutarlı olmak. DEHB'li çocukların anlayabileceği ve takip edebilecekleri tutarlı kurallara ihtiyacı vardır. Tutarlı kuralları uygulamayı hayata geçirin.

Kurallara uyulduğunda övgü veya ödül vermek. DEHB olan çocuklara için övgü ve ödüllendirmek için fırsat arayın.

Yetişkinler için, şu öneriler verilebilir (National Institute of Mental Health, 2016):

- Rutin işleri planlamak,
- Farklı görevler ve etkinlikler için listeler oluşturmak,
- Etkinliklerin planlanması için bir takvim kullanmak,
- Hatırlatma notlarını kullanmak,
- Anahtarlar, faturalar ve evrak işlerine özel bir yer atamak,

- Büyük görevleri daha yönetilebilir, daha küçük adımlarla parçalamak

### **2.3.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite**

Bu başlık altında dikkat eksikliği ve hiperaktivite kavramının ne olduğu, belirtileri, etkileri açıklanmıştır.

#### **2.3.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Nedir?**

Bazı çocuklar, çok konuşma ve çok hareket etme gibi aşırı hareketlilik sorunları ile etkinlikler üzerinde dikkati sürdürmemeye ve yönergeleri izleyememe gibi dikkat zorlukları göstermektedirler. (İftar, 2013, 133). DEHB uzun yıllar kronik huzursuzluk, aşırı atılganlık ve yerinde duramama ile karakterize edilen bir çocukluk çağı davranış bozukluğu olarak tanımlanmıştır. 1970’li yılların sonlarında bu çocukların görevlere odaklanma ve dinleme konularında kronik sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Son yıllarda ise, DEHB belirtilerinin “yönetim işlevleri bozukluğu” olarak adlandırılan bir bozuklukla örtüştüğü kabul edilmektedir (Brown, 2010).Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ise çocukların odaklanmada zorluk çektiği, oturamadığı ve düşünmeden hareket ettiği çocukların düşünceleri, öğrenmeleri, duygularını ifade etmede veya aynı yaştaki diğer çocukların yanı sıra davranışlarını denetlemelerinde zorluk çektikleri, aşırı hareketi dikkatsizlik ve dürtüsellikle kendini gösteren bozukluktur (MEB, 2015, 3).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yaygın görülen bir davranışsal bozukluktur. Genellikle çocukluk çağında teşhis edilir ve genellikle yetişkinliğe kadar sürer. DEHB olan çocukların dikkat çekici ve bazen rahatsız edici, dürtüsel davranışları vardır (sonuçlarını düşünmeden hareket edebilirler) ve bazı durumlarda aşırı derecede aktiftirler(Dunn, 2013). DEHB'nin sebepleri / nedenleri net değildir. Çoğu uzman, DEHB'nin tıbbi veya nörogelişimsel bir bozukluk olduğuna katılıyor. Pek çok uzman bu yüzde beyinde kimyasal bir dengesizlik olduğuna inanıyor. Bu sebeple ilaçla tedavi edilmeye kimyasal bir etki yapmaya çalışılır (Krull, 2017).

DEHB olan bireyin beyin yapısı normal bireylere göre farklılıklar gösterir. Genetik, çevresel ve biyolojik faktörler arasındaki ilişkiler sonucunda DEHB gelişecek düzeyde ise çocuğun beyni bazı bozukluklara yatkınlık gösterir. Bu yatkınlık frontal lob ve onunla ilişkili olan diğer beyin bölgelerinde bazı eksik gelişimlere neden olur. Bu durum çocuğun hem anne karnında olduğu dönemde hem de daha sonraki süreçlerde ciddi sıkıntılara neden olabilmektedir. Aynı zamanda bu beyin bölgelerindeki kimyasal yapının da bozulması söz konusu olmakta ve bu bölgeler daha az aktivite göstermektedir. Bu süreçte bu etkenler DEHB'in oluşumunda etkili olmaktadır (Ercan, 2015). Doğumdan önce tütüne maruz kalınması DEHB gelişme riskini artırabilir. Çoğu uzman diyet faktörlerinin (gıda katkı maddeleri, şeker, gıda hassasiyeti, mineral eksikliği) DEHB'ye neden olduğunu düşünmemektedir. Bazı çocukların bazı gıdalara veya gıda katkılarına tepki olarak hafif davranış değişiklikleri yapması mümkün görülmektedir. (Brown, 2010). Fakat çocuklardaki bu değişikliklerin DEHB için tanı ölçütlerini karşıladığı düşünülemez.

Ebeveynlerin hiperaktivitenin ve dikkat eksikliğinin sadece çok aşırı hareketlilik olarak düşünmesi çocuktaki dikkat eksikliğinin belirgin olduğu fakat hareketliliğin olmadığı belirtilerinde tanımayı güçleştirmektedir (Abalı, 2012, 13). DEHB'li çocukta görülen yetersizlikler sonucunda çocukta özgüven azalır, başarısızlık duygusu, mutlu olamama ve yaşam kalitesinde düşüş oluşur ve çocuğun aileyle ve diğer kişilerle ilişkilerinde bozulma ortaya çıkar. Bununla birlikte ruhsal anlamda iyi olmama durumu meydana gelir. Bundan dolayı DEHB çocuklarda çok farklı klinik şekillerde izlenir. Klinik parametrelerin yanında psikososyal boyutu da önemlidir ve bu durum yaşam kalitesi kavramıyla ele alınmaktadır (Yazgan, 2012b).

Bu çocukların belirgin özellikleri arasında dikkat toplamakta güçlük çekmeleri, herhangi bir uyarının etkisiyle dikkatlerinin çabuk dağılması, unutkan olmaları, kişisel eşyalarını kaybetmeleri, dağınık davranışları sayılabilir. Bu çocukların diğer belirgin özellikleri oyun kurallarına dikkat etmemeleridir. Sadece video oyunu veya görsel ve işitsel diğer uyarılarda yoğunlaşmanın dışında diğer faaliyetlerde dikkatlerini toplayamazlar (Doğan, 2011, 139). DEHB belirtilerin üç kategoride toplanabilir. Bunlar hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkatsizliktir. DEHB olan çocuklar bu semptomlardan bir veya daha fazlasına

sahip olabilirler ve belirtiler çocuk geliştikçe frekans veya paternde değişebilir (Krull, 2017). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite durumunun temel belirtilerini üçe ayırabiliriz.(Abalı, 2012, 18):

-Bunlardan ilk göze çarpan belirti hiperaktivitedir.

-ikinci temel belirti ise dikkat eksikliği ve dikkat problemleridir.

-Üçüncü olarak ise dürtüsellik (içtepkisellik veya fevrilik) durumudur.

Her yaşta teşhis ve tedavisi yapılmakla birlikte daha çok çocukluk çağında belirgin olarak göze çarpar ve etraftan fark edilir. Genellikle hiperaktivite ve dikkat problemleri bir arada bulunsa da birinin daha belirgin olarak görüldüğü duurlar da mevcuttur (Abalı, 2012, 18):

Bunun tam tersi olarak ta dikkati çok iyi olup aşırı hareketli ve dürtüsel bir yapıda olabilir. Bu şekilde olduğu zamanda hareketlilik ve dürtüsellüğün ön planda olduğu hiperaktiviteden bahsedilir. Bu çocuklar kıpır kıpırdır. Sanki bir motor takılmış gibi hareket ederler. Uzun süre bir yerde oturmazlar ve çabuk sıkılırlar. Enerjik ve aktif yapıları vardır. Dürtüsellik belirtileri olarak çok konuşma, başkalarının sözünü kesme, soru tamamlanmadan cevabım yapıştırma vardır.

DEHB'nda çocukta gelişimsel olarak 3 temel alanda sorun ortaya çıkmaktadır. Bunlar (MEB, 2015, 4);

Dikkat eksikliği: Bir kişinin günlük işlerinde sürekli dikkatsiz olması, odaklanmada güçlük çektiği vedağınık olmasıdır (National Institute of Mental Health, 2016). Unutkanlık, kolayca dağılmış olma, şeyleri kaybetme veya yanlış yerleştirme, okuldaki düzensizlik, başarısızlık, ödevler veya görevlerle yetersiz takip etme, yetersiz konsantrasyon ve detaylara gösterilen zayıf dikkat gibi birçok formda olabilir. Çocuğun gelişim talepleri nedeniyle (örneğin, dikkat etmesi, oturması gerektiği gibi), çocukta sekiz ila dokuz yaşındayken bu sorunlar okulda daha belirgin hale gelebilir; ancak, çocukta daha küçük yaşta da semptomlar olabilir ve dikkatsizlik, muhtemelen ergenlik dönemi boyunca ve muhtemelen yetişkinliğe kadar devam eder(Krull, 2017).

**Hiperaktivite:**Aşırı hareket etme kurallara dikkat etmeme, yerinde duramama, tarzında kendini gösterir. Bu çocuklar, uyarılara aldırış etmeden, durma nedir bilmedenhiç durmadan hareket halindedirler (MEB, 2015, 4). Hiperaktivite kavramı sebebi belirsiz yoğun hareketliliği ifade eder. Bu normal hareketlilikle belirgin şekilde farklılaşır.Normal bir hareketli çocuk heyecanlıyken hareketi artarken DEHB olan çocuk sıkılma, heyecanlanma ve herhangi bir duyguya bağlı kalmadan her ortamda ve durumda bu özelliğini yansıtır (Doğan, 2011, 139).Aşırı hareket uygun olmayan durumlarda da kendini gösterir(National Institute of Mental Health, 2016).Hiperaktif davranış, aşırı hantallık veya konuşma, zorunlu olarak otururken zorluk yaşanması, sessizce oynamakta güçlük çekilmesi ve huzursuzluğun sık görülmesi veya her zaman "hareket halindeyim" gibi ifadelerle tanımlanır. Bu semptomlar genellikle bir çocuğun dört yaşındayken görülür ve genellikle önümüzdeki üç ila dört yıl içinde artar. Çocuğun 6-9 yaşında semptomların şiddeti zirve yapabilir ve bundan sonra genellikle düşüşe başlarlar. Adölesan yıllarına gelindiğinde, hiperaktif semptomlar daha az fark edilebilir, ancak DEHB var olmaya devam edebilir(Krull, 2017).

**Dürtüsellik (impulsivite):** Dürtüsellik çok konuşma olarak veya başkalarının sözünü keserek kendini gösterebilir. Oturduğu yerde duramama, atak davranma, öngörülmeyen davranışlar ve tepkiler, küfürlü konuşma, plansız davranma, gereksiz müdahalelerde bulunma, ardını düşünmeden hareket ederek zarar görme, evdeki eşyaları korumama davranışları görülebilir. Okulda dikkat sorunu yaşamadığı ancak uyumsuz davranışların görülebildiği belirtilmiştir. Sınıfta kontrol dışı davranışlar, oturmakta güçlük çekme, sabırsız davranışlar görülebilir (Abalı, 2012, 29).

### **2.3.2.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Belirtileri**

DEHB belirtileri incelenirken normal çocuk davranışlarından belirgin şekilde farklılaşan özellikleri incelenmelidir. Belirtilerin neler olduğu, ne sıklıkla olduğu, ne zamandır sürdüğü, çocuğun ne ölçüde etkilediği üzerinde durulur. Bu çocukların bazılarında aşırı bir hareket ve dürtüsellik varken, diğerlerinde dikkatsizlik söz konusu olabilir.Çoğunda ise her iki alanda da şikayet vardır.

DEHB belirtiler üç gruba ayrılır (MEB, 2015, 4; National Institute of Mental Health, 2016):

### **2.3.2.1.Dikkatsizlik Belirtileri**

- Bir çocuk ayrıntılara dikkat etmez ve 'dikkatsiz' dolayısıyla hatalar yapar
- Talimatları takip etmede zorluk çeker, dikkat etmekte güçlük çeker ve kolayca dikkati dağılır.
- Sıklıkla basit şeylerden rahatsızlık duyar.
- Gündelik işleri hatırlamakta zorlanıyor
- Okul işi veya ödev gibi zihinsel gayret gerektiren görevlerden kaçınır
- Konuşulduğunda dinlemiyor gibi görünür
- Organize etmede güçlük çeker - örneğin, işleri düzene sokmak veya zamanında işleri yapmakta zorlanabilir.
- Okulda eşyalarını, kalem, kitap, cüzdan, anahtar veya cep telefonları gibi şeyleri genellikle kaybeder.
- Ayrıntıları gözden geçirir, okulda ders görevlerinde veya diğer etkinlikler sırasında dikkatsizce hatalar yapar.
- Uzun konuşmalarda veya uzun okumalarda veya oyunlarda dikkatleri sürdürmekle ilgili sorunlar yaşar.
- Ona konuşulunca dinlemiyor gibi görünür.
- Talimatları takip etmekte güçlük çeker, işte veya okulda görevlerini bitirmekte zorlanır, kolayca dikkati dağılır, düzensiz çalışır.
- Materyalleri ve eşyaları düzenli tutmak, temiz olmak, zaman yönetimi ve görevlerini zamanında teslim etmek gibi görevleri ve etkinlikleri organize etmekte güçlük çeker.
- Okul çalışması veya ödev gibi sürekli zihinsel çabalar gerektiren görevlerden kaçınır.
- İlgisiz düşünceler veya uyaranlardan kolayca rahatsız olur.
- Günlük işlerini düzenlemekte ve günlük faaliyetlerinde unutkan olur. (MEB, 2015, 4; National Institute of Mental Health, 2016).

### **2.3.2.2.Hiperaktivite Semptomları**



- Yerinde duramaz ve aşırı hareketlilik gösterir.
- Sessiz oynamak veya faaliyetlerde yer almada zorlanabilir.
- Heyecanlı ve düzensiz konuşabilir.
- Okulda ya da akşam yemeğinde oturmanın zorluğu vardır. (MEB, 2015, 4; National Institute of Mental Health, 2016).

### 2.3.2.3.Dürtüsel Belirtiler

- Sabırsızdır.
- Soruları bitmez, yanıtları net değildir.
- Başkalarının konuşmalarını veya oyunlarını kesintiye uğratar veya sormadan işlerine karışır.
- Sınıfta ya da ofiste oturmak yerine gezmeyi tercih eder.
- Uygun olmayan yerlerde koşar, dolaşır, tırmanır veya kendini genellikle huzursuz hisseder.
- Hobilerinde sessizce oynamaz sakince durmaz.
- Sürekli hareket halindedir.
- Kesintisiz konuşma
- Bir soru kapanmadan önce bir cevap bulayın, başkalarının cümlelerini bitirin veya bir konuşma yapmak için beklemeksizin konuşun
- Sırasını beklemekte zorluk çeker
- Konuşmaları, oyunları veya etkinlikleri örneğin başkalarına engelleme veya davetsiz kılma (MEB, 2015, 4; National Institute of Mental Health, 2016).

Dikkat eksikliği hiperaktivite durumunun hangi tipinin ne kadar şiddette bulunduğunu ayırt etmek uzmanların görevidir. Tanı aşamasında uygun bir muayene sonrasında gerekli bilgilendirme yapılır. Anne babaların ve eğitimcilerin öncelikli olarak çocukları kabullenmesi, onların karşılaştığı sorunlarda yanlarında olduklarını hissettirmeleri tipi ne olursa olsun hiperaktivite durumunun tedavisindeki başarıya olumlu tesir yapar(Abalı, 2012, 25). DEHB belirtileri ve Bulguları:

1. Odaklanamama: Muhtemelen DEHB'nin en belirgin belirtisi olan "odaklanamama" dikkati toplamakta güçlük çekmektir. Kolayca dikkati dağılır,

başkalarını dinlemekte güçlük çeker, ayrıntılara bakamaz ve görevlerini veya projelerini tamamlamakta zorlanır (Abalı, 2012; MEB, 2015).

2. Harekete odaklanma: DEHB'li insanlar başkalarını rahatsız etsede hareketlerinde odaklı olabilirler. Öyle ki DEHB olan bir kişi, etrafındaki hiçbir şeyden haberdar olmadan odaklandığıyla ilgilenilir. Bu tür odaklanma, zaman kaybetmeyi ve çevresindekileri görmezden gelmeyi kolaylaştırır. Bu, ilişki yanlış anlamalara yol açabilir (National Institute of Mental Health, 2016).

3. Dağılım: Yaşam zaman zaman herkes için karmaşık görünebilir ancak DEHB'li birisi genellikle daha karmaşık bir hayat deneyimine sahiptir. Bu, her şeyi doğru yerde tutmayı zorlaştırabilir. DEHB olan bir yetişkin bu örgütsel becerilerle mücadele edebilir. Bu, görevleri takip etmede ve bunlara mantıksal bir önceliğe bakmada sorunlar içerebilir. (National Institute of Mental Health, 2016; MEB, 2015).

4. Zaman yönetimi problemleri: DEHB olan çocuklar genellikle zamanlarını etkili bir şekilde kullanmada zorlanırlar. Önemli görevleri erteleyebilir, önemli olaylara geç gelebilir veya sıkıcı gördükleri görevleri görmezden gelebilirler. Geleceğe veya geçmişe odaklanmakta zorluk çekebilirler. (Abalı, 2012).

5. Unutkanlık: İnsanlar bazen işlerini unuturlar ancak DEHB'li birisi için unutkanlık gündelik hayatın bir parçasıdır. Bazen unutkanlık can sıkıcıdır ve ciddi olabilir. Sonuçta unutkanlık dikkatsizlik ile karıştırılabilir (MEB, 2015).

6. Dürtüsellik: DEHB olan birinde dürtüsellik çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Konuşma sırasında diğerlerinin sözünü kesmek, sosyal olarak uygunsuz iletişim biçimleri kullanmak, görevlerinde acele etme, sonuçlara fazla dikkat etmeden hareket etmek. Bir kişinin alışveriş alışkanlıkları genellikle DEHB'nin iyi bir göstergesidir. (Abalı, 2012).

7. Duygusal sorunlar: DEHB'li birey için yaşam, sanki duygular sürekli değişiyor gibi, kaotik görünebilir. Küçük sıkıntılar dayanılmaz görünebilir ya da depresyon ve ruhsal değişimler ortaya çıkarabilir. Tedavi edilmeyen duygusal sorunlar, kişisel ve mesleki ilişkilere komplikasyon yaratabilir. (National Institute of Mental Health, 2016).

8. Benlik algısında düşüklük: DEHB olan çocuklar sıklıkla kendilerini aşırı derecede zayıf hissedebilirler ve bu da zayıf kendilik imajına neden olabilir. Bunun nedeni kısmen konsantrasyon yetersizliğinin yanı sıra okulda, işte veya ilişkilerde sorunlara neden olabilecek başka belirtilerden kaynaklanmaktadır. DEHB olan çocuklar bu zorlukları kendileri için olumsuz bir sebep olarak görmelerine neden olabilir. Sonuçta kişisel başarısızlıklar veya başarısızlık olarak görebilirler (MEB, 2015)

9. Motivasyon eksikliği: Her şeyi bir anda yapmaya açık olabilseniz de, aynı zamanda motivasyonsuz hissedebilirsiniz. Bu genellikle okul işlerine odaklanamayan DEHB'li çocuklarda yaygın olarak görülen bir sorundur. Ayrıca yetişkinlerde de olabilir. Bu problem, bir yetişkinin, uzun süre odaklanamayacakları için zayıf örgütsel becerilerle birleştğinde üzerinde çalıştığı bir projeyi bitirmesini zorlaştırabilir. (Abalı, 2012).

10. Huzursuzluk ve kaygı: Kaygı art arda endişe verici olaylarda tekrarlama eğiliminde olduğu için çocuklarda DEHB'nin çok yaygın bir semptomdur. Çocuklarda olduğu gibi, erişkinlerde fiziksel durgunluk ve huzursuzluk belirtileri de sersemlemeyi içerebilir (National Institute of Mental Health, 2016).

11. Yorgunluk: Yorgunluk DEHB olan birçok çocuk için bir sorundur. Bunun birkaç nedeni olabilir. Bu hiperaktivite veya DEHB gelebilir uyku sorunları kaynaklanıyor olabilir. Diğer bir açıdan ise DEHB'li yetişkinlerin ihtiyaç duyduğu yoğun çaba nedeniyle olabilir. Ayrıca DEHB ilaçlarının bir yan etkisi de olabilir. Sebep ne olursa olsun, yorgunluk dikkat güçlüğüne daha da kötüleştirebilir. (Abalı, 2012).

12. Sağlık sorunları: Dürtüsellik, motivasyon eksikliği, duygusal sorunlar ve dağınıklık, DEHB olan bir kişinin sağlığını ihmal etmesine neden olabilir. Bu az yeme, egzersizi ihmal etme veya önemli bir ilacı kullanmayı unutma şeklinde görülebilir. Kaygı ve stresin de sağlık üzerinde olumsuz etkileri vardır. Sağlıklı yaşam alışkanlığı olmadan DEHB'nin olumsuz etkileri diğer belirtileri daha da kötüleştirebilir (National Institute of Mental Health, 2016).

13. İlişki sorunları: DEHB'li bir genç profesyonel, romantik veya platonik olarak sürdürdüğü ilişkilerde sıklıkla sorun yaşar. Başkalarıyla

iletişimlerinde çabuksıkıldıklarından duyarsız sorumsuz veya umursamaz olarak görülebilirler. Bu durum onların ilişkilerini olumsuz etkiler.

14. Madde kötüye kullanımı: DEHB olan her genç madde kullanım riski taşımaktadır. DEHB li gençlerin madde kullanımında sorun yaşama olasılıkları diğerlerinden daha yüksektir. Bu, alkol, tütün veya diğer ilaçların kullanımını içerebilir. Odaklanma veya uyku artırma veya kaygıdan kurtulma umuduyla bu maddeleri kötüye kullanabilirler. Araştırmalar bu bulguyu desteklemektedir (MEB, 2015). Sürücü (2015). DEHB'li bireylerde madde kötüye kullanımı ve madde bozuklukların görülme oranı normal çocuklara göre iki kat daha fazladır. DEHB tanısı alan kızların erkeklere kıyasla daha erken yaşlarda madde kullanımına başladıkları gösterilmiştir.

### **2.3.3. Yaygınlık**

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (ADHD) çocukların yaklaşık yüzde 5'ini etkilemektedir ve bunların yaklaşık yarısı bu semptomları erişkinliğe taşıyacaktır, diyor. Tedavi edilmeyen DEHB, ilişkilere aşırı yük getiren ve günlük yaşamın pek çok yönünde zorluk yaratan sayısız zihinsel ve fiziksel problemlere neden olabilir. Uygun tedaviyi sağlamak için çocukların erken dönemde fark edilmesi DEHB belirtilerinin tanınması önemlidir.

DEHB'nin sık rastlanan bir sorun olduğu toplumdaki görülme sıklığının farklılaştığı, Batı toplumunda % 4-10 arasında görüldüğü, Türkiye'de ilköğretim çağındaki çocuklarda % 5 yaygınlık oranına sahip olduğu, erkeklerde ise 3-5 kat daha çok görüldüğü belirlenmiştir (Öncü ve Şenol, 2002). Okul çağındaki çocukların % 5 ila 7'si arasında ve yetişkinlerin % 2-5'inde DEHB için kriterleri karşılamakta ve akademik performansa, işe ve sosyal aktivitelere olumsuz etkisi olan belirtiler göstermektedir (Dunn, 2013).

Toplumumuzda DEHB yaygınlığına ilişkin olarak yaklaşık %5-6 olduğu düşünülmektedir. Okul çağındaki çocuklarda %2-12'sinde görülme olasılığı yanında kesin bir tanı için belirlenmiş bir test mevcut değildir (MEB, 2015, 11).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu erkeklerde daha sık görülmeyle birlikte okul öncesi çocuklarda %5-10 arasında değişen oranlar bildirilmektedir. Ülkemizde özellikle "Çocuktur, düzeler... Erkek çocuk aşırı hareketli olur..."

Babası da bu şekildeydi...” türü yaklaşımlar bu çocukların aylar ve yıllarca bu belirtilerle sıkıntılar çekmesine ve zamanında tedavi yapılamamasına neden olur. Amerika ve Avrupa da bırakın profesyonel kişileri, hiperaktif çocuğu olan anne babaların bile bu konuda oldukça fazla bilgisi ve faaliyetleri mevcuttur (Abalı, 2012, 30).

DEHB'nin görülme sıklığı kesin bilinmemekle birlikte bu konuda yapılan araştırmalar arasında da farklar bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda ABD'deki çocuklarda görülen DEHB oranları için % 9,5 ile 16 arasında değerler bulunurken, Avustralya, Brezilya, Kolombiya, Almanya, İzlanda, İsveç ve Ukrayna gibi çeşitli kültürlerde yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde karşılaşılma oranı % 3,7 ile 19,8 arasında değişmektedir (Brown, 2010). Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada gibi Kuzey Amerika ülkelerindeki araştırmalarda sıklığı % 20, Avrupa ülkelerinde % 1-2 bulunmuştur. DEHB'nin yaygınlığı ilk çocukluk döneminde % 3-6 iken, ilerleyen dönemde % 3-10 arasında değiştiği bildirilmektedir (Toros ve Tataroğlu, 2002). Tüm dünyada ve ülkemizde yaygın kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği'nin verilerine göre okul çağı çocuklarında görülme sıklığı % 5 ile 10 arasında değiştiği belirtilmiştir (APA, 2013).

#### **2.3.4.Tanı**

DEHB tanısı, aile hekimleri, çocuk doktorları, nörologlar ve psikiyatrlar doktorları ve psikologlar tarafından yapılır. Doktor, tedavi için gerekirse ilaç reçete edebilir. Psikolog, DEHB tanısı alan kişinin belirli öğrenme bozukluklarına (okuma, yazma, yazım veya matematik gibi) sahip olup olmadığını veya genel zihinsel engelli olup olmadığını belirlemek için daha fazla test yapabilir (IQ <70). Çocuk ve ergen psikiyatrları, DEHB gibi nörogelişimsel bozuklukların uzmanıdır ve özellikle teşhis ve tedavi gerektiren durumlarda başvurulacak birimlerdir (Dunn, 2013).

Hiperaktivite tedavi, edilen, olumsuz etkileri tedavi ile düzelen bir bozukluktur. Buna rağmen bazı anneler çocuklarında belirtileri görseler de önemsemeyebilirler. Buna ek çocukta dikkat problemleri olduğu halde görmezden gelebilirler. Zaman zaman okul başarısızlığı bile çocuklarını hekime götürmeye yetmemekte bu sıkıntılarını kendilerine göre idare etmeye çalışırlar.

Zamanında çözümlenebilecek problemleri idare etmek veya ertelemek çocukların faydasına olmadığı gibi bazı problemlerin kök salmasına da sebep olabilir (Abalı, 2012, 13).

Bir kişinin DEHB tanısı alabilmesi için, dikkatsizlik ve / veya hiperaktivite-dürtüsellik semptomları kronik ya da uzun süreli olmalı, kişinin işleyişine engel olmalı ve kişinin yaşına göre normal gelişim gerisinde kalmasına neden olmalıdır. Doktor herhangi bir DEHB semptomunun bir başka tıbbi veya psikiyatrik rahatsızlıktan kaynaklanmadığından da emin olmalıdır. DEHB olan çocukların çoğu ilköğretim çağlarında tespit edilir. Bir ergen veya bir yetişkinin DEHB tanısı alması için belirtilerin 12 yaşından önce var olması gerekir(National Institute of Mental Health, 2016).DEHB tanısının kriterleri Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabında (DSM-5) 'de bulunmaktadır. Dokuz dikkatsizlik belirtisi, hiperaktivite ve dürtüsellik olarak listelenmiştir.Çocuklarda ve adolesanlarda DEHB tanısı koymak için, altı aydan daha uzun süren dikkatsizlik veya hiperaktivite / dürtüsellik altı veya daha fazla belirtisi olmalıdır. Yetişkinler dikkatsizlik veya hiperaktivite / dürtüsellik olmak üzere beş veya daha fazla semptoma ihtiyaç duyar. Bazı semptomlar 12 yaşından önce başlanmalıdır, semptomların en azından iki ayarda işlev bozukluğuna neden olması gerekir ve semptomlar başka bir tanı ile daha iyi açıklanamaz. Çocuğun hem dikkatsizliği hem de hiperaktivite dürtüsellüğü varsa, teşhis, DEHB şeklinde olacaktır. Huzursuzluk-dürtüsellik değil dikkatsizlik varsa, tanı çoğunlukla dikkatsiz tip olan DEHB'dir. Dikkatsizlik gösteren tip DEHB, DEHB olan ergenlerde ve erişkinlerde daha sık teşhis edilir(Dunn, 2013).

Tanı konusunda herhangi bir görüntüleme tekniği veya laboratuvar tekniği kullanılmaz. Ancak ilaca başlama durumunda veya bu durumun oluşma nedenini belirlemek açısından şüphelenilen bazı durumları ayırt etmek için birtakım laboratuvar tekniklerine gerek duyulabilir. Bazı yayınlarda EEG paternlerinin benzerlik gösterdiği yazılsa da bu konu kesinlik kazanmamıştır. Ek olarak şunu belirtelim ki gösterilen dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinde kişisel farklılıklar mevcuttur. Beyin haritalama veya QEEG yapan bazı merkezler vardır. Bütün dünyaca kabul edilen görüşe göre çocukların hiperaktivite ve dikkat eksikliği problemlerini çözmek veya anlamak için bu tür tetkiklere ihtiyaç

yoktur. Bu tetkikler sadece ileri düzey bilimsel araştırmalarda bunu yapan kişilere faydalı olması için uygulanabilir. Bazı aileler sanki beyinde ciddi bir anormallik var ve bunu tespit etmek gerekmiş gibi bu türlü renkli haritalara ilgi gösterebiliyorlar. Ancak böyle bir tetkik yaptırmanın tedaviye faydası yoktur(Abalı, 2012, 58).şu anda, DEHB tanısı için özel bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Teşhis, ana-babası, çocuğu veya yetişkinleri ve diğer kaynakları (örneğin çocuğun öğretmeni gibi) ve doktor veya psikolog tarafından bireyin gözlemlenmesiyle yapılan tartışmalara dayanır. Değerlendiren profesyonel, hem DEHB hem de DEHB'ye eşlik edebilecek veya taklit edebilecek diğer davranışsal ve bilişsel bozuklukların semptomlarını soracaktır. Conners Ebeveynlik Derecelendirme Ölçeği ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği gibi belirli anketler veya DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV, tedaviye yanıt alınmasında ve değerlendirmede yardımcı olmak için kullanılabilir. Bazı uzmanlar, DEHB bulgularını aramak için sürekli performans testi gibi bilgisayarlı testleri kullanabilir. Nörogörüntüleme ve uzmanlaşmış nörofizyolojik testler DEHB'yi daha iyi anlamamıza yardımcı olur, ancak teşhis için rutin olarak kullanılmazlar (Dunn, 2013).

### **2.3.5 DEHB İle İlişkili DiğerPsikopatolojik Rahatsızlıklar**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite durumu ile karışan birçok hastalık olabilir. Ama genellikle iyi bir şekilde yapılacak psikiyatrik muayene ve incelemeler ile rahatlıkla diğer durumlardan ayırt edilebilir. Genellikle öğrenme bozukluğu, kaygı bozukluğu ve davranış bozukluğu belirtilerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite durumunu ağırlaştırdığı bilinir. Ayrıca çocuk ruhen gergin ve huzursuz olduğu zaman davranışlar bozulur ve aşırı hareketlilik olarak ortaya çıkabilir.DEHB'na eşlik eden bozukluklar şunlardır (MEB, 2015, 6):

1. Duygudurum Bozuklukları
2. Otizm Spektrum Bozukluğu
3. Öğrenme Bozuklukları
4. Yıkıcı Davranış Bozuklukları
5. Zihinsel Özürlü Çocuklar

DEHB olan çocukların yarısında diğer psikopatolojik ve gelişimsel bozukluklar görülebilir. Bunlar sıklıkla örtüşen semptomlar olduğundan DEHB'den ayırt etmek zor olabilir. En yaygın görülen bozukluklar öğrenme bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları (karşı gelme, karşıt olma bozukluğu ve davranış bozukluğu kaygı ve duygudurum bozuklukları (depresyon veya bipolar bozukluk) içerir(Krull, 2017). Aşağıda anksiyete,

### **2.3.5.1.Duygudurum Bozuklukları**

Duygudurum bozuklukları depresyon, anksiyete ve bipolar (manik depresif) bozukluğu içerir. DEHB belirtileri 3-6 yaşları arasında görünebilir ve ergenlik ve yetişkinlik dönemine kadar sürebilir. DEHB belirtileri, duygusal veya disiplin sorunları için yanlış olabilir veya tamamen sessiz, iyi davrandıkları çocuklarda özür dilemekte ve tanıda bir gecikmeye neden olabilmektedir. Teşhisi konmamış DEHB'liler, kötü bir akademik performans öyküsü, okul ve iş yerindeki sorunlar veya başarısız ilişkilere sahip olabilirler (National Institute of Mental Health, 2016).DEHB'li çocuklar genellikle asi, huzursuz, atılgan, kelimelerini ve vücutlarını yeterli şekilde kontrol etmeyi beceremeyen ve dolayısı ile aynı yaştaki diğer çocuklara kıyasla öğretmenlerin ve ebeveynlerin daha fazla gözetiminde tutması gereken çocuklar olarak görülürler. DEHB olan çocuklar sıklıkla daha fazla yardıma ve hatırlatmaya ihtiyaç duyarlar. DEHB olan çocuklar sık sık düştüklerinden genelde çabuk yaralanırlar. Bu yaralanmaların yanı sıra, zehirlenme, kol ve bacak kırılması, baş zedelenmeleri ve hastanelik olma durumlarını daha fazla yaşadıkları gösterilmiştir (Brown, 2010).Depresyon hastalığında özellikle dikkat ve konsantrasyon bozuktur. Depresyondaki kişilerde mutsuzluktan kaynaklanan sorunlardan dolayı dikkat problemleri oluşur bunun sonucunda dikkat eksikliği durumu ile karışabilir. Kronik depresyon hareketliliği artırabilir. Ama yukarıda sayılan bütün şartların dikkat eksikliği ve DEHB ile ayırıcı tanısı gayet rahatlıkla yapılabilir. Depresyon ve DEHB bir arada görülürse tedavi başarıyla yapılabilir. Eğer depresyondaki hiperaktif çocuk tedavi edilmezse belirtiler depresyonsuz DEHBçocuktan çok daha fazla görülür. Depresyon ve duygudurum bozuklukları olan DEHBçocuklara zamanında müdahale yapılmaz ise işlevsellik kaybı daha da artar. Anne baba ve öğretmen ilişkileri bozulmuş, ders başarısı düşmüş, DEHB'nin sorunları ile mücadele eden DEHBçocuklarda bu türlü depresyon



durumu diğer çocuklara oran ile daha sık görülür. Ders ve diğer konularda başarısızlık yaşayan, sınıfta öğretmeni tarafından sık sık uyarılan, kendi kapasitesini derslere veremeyen DEHBçocuk giderek mutsuzlaşabilir. Tam bir depresyon tanısı konmasa bile mutsuzluk belirtileri olabilir. Depresyon ise mutsuzluk, hayattan keyif alamama, uykusuzluk veya aşırı uyuma, iştahsızlık veya aşırı iştahlı olma, çabuk sinirlenme, yorgunluk, halsizlik ve enerji kaybı, ölüm düşünceleri, geleceğe ait olumsuz bakış açısı, olaylara karamsar bakış açısı ile seyreden belirgin bir bozulmadır (Abalı, 2012, 52). Depresyona girmiş veya endişeli olan çocuklar uyku sıkıntısı çekebilir. Ayrıca aşırı hareketlere neden olan dürtüsellığe sahip olabilirler. Uyku bozukluğu olan çocuklar, gündüzleri yorgun ve uyuşuk olabilir, dolayısıyla dikkatsizlik halindedir. Kaotik bir evde yaşayan çocuklar ve istismara uğrayan çocuklarda da benzer rahatsız görünür ve okul işlerine konsantre olamazlar (Dunn, 2013).

DEHB'ye eşlik eden tanılarda anksiyete bozukluğu oldukça sık görülen bir durumdur. Yukarıda yer verdiğimiz çalışmanın sonuçları da bu bilgiyle paralel bulunmuştur. Çalışmada, OKB ile DEHB'nin hiperaktivitenin baskın olduğu tip ile arasında anlamlı bir ilişki bulunması, DEHB'de görülen hiperaktivite ile OKB'de gördüğümüz kompulsif eylemlerin striatumdaki benzer patofizyolojik süreçlerle ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Bilgiç, 2011). DEHB olan çocukların yaklaşık% 20 -% 25'inde anksiyete bozukluğu veya depresyon ile ilgili ilave sorunlar olacaktır. Korku ya da aşırı endişe kaygı bozukluğuna işaret eder ve çocukluk depresyonunu üzüntü veya sinirlilik olarak nitelendirir. Bipolar bozukluk çocuklarda nadirdir ancak, bipolar bozukluğu ergenlik çağlarından önce gelişen hemen hemen tüm çocuklarda DEHB belirtileri olacaktır. Uyku ihtiyacı, hiperseksüalite, yarışma düşüncesi, şiddetli sinirlilik ve değişken ruh hali iki kutuplu bozukluğun semptomlarıdır (Dunn, 2013).

Kronik kaygı durumlarında DEHB belirtileri artarken bunun tam tersi olarak da DEHBçocuklarda diğer çocuklara oranla daha fazla kaygı bozuklukları görülür. Mesela Amerika merkezli yapılan bir çalışmada kaygı bozukluklarının DEHB ye eşlik eden en sık hastalık olduğu görülmüştür. Bu çalışmada bu oran %40'a yakın olarak bulunmuştur. DEHB bir çocuğun çevreden aldığı olumsuz uyarılar, arkadaş ilişkilerinde, sosyal ortamda yaşadığı sıkıntılar, akademik sorunlar onun kaygı düzeyini yükseltir. Dikkatsizlikten doğan hatalar, dürtüsellikten

kaynaklanan sorunlar da onu zor duruma düşürebilir. Zor durumda kalan her bireyin kaygı düzeyi yükseldiği gibi DEHB çocuklarında zamanla kaygı düzeyi yükselir. Bu durumda DEHB kaygıyı da beraberinde getirir diyebiliriz. Bu her çocuk için geçerli olmasa da sıklıkla görülür (Abalı, 2012, 47).

### **2.3.5.2. Otizm Spektrum Bozukluğu**

DEHB, otizm spektrum bozukluğu ile birlikte de ortaya çıkabilir. İlaç tedavisi gerektirebilir. Davranışsal veya psikososyal tedaviler de önerilebilir. Birçok çocuk genellikle bir uzmanın desteğine ihtiyaç duyar (örneğin psikiyatr, çocuk psikolojisi veya gelişimsel davranış çocuk doktoru, pediatrik nöropsikolog, pediatrik nörolog gibi)(Krull, 2017).

### **2.3.5.3. Öğrenme Bozuklukları**

Öğrenme bozuklukları, DEHB olan çocukların yüzde 20 ila 50'sinde görülür ve okul başarısızlığına neden olabilir. Ebeveynler, çocuğun okuma, yazım denetimi veya aritmetik zorluklarla kanıtladığı durumlarda çocuğun öğretmenine ve / veya okul danışmanına danışmalıdır(Krull, 2017).

En sık birlikte görülen ve dikkat eksikliği ile karışan durum özel öğrenme güçlüğü dediğimiz durumlardır. Özel öğrenme güçlüğünde de ders başarısızlığı söz konusudur. Çocuk özellikle öğrenme güçlüğü olduğu ders çalışmalarına karşı (okuma, yazma, matematik vb) dikkatini devam ettirmek istemez. Çünkü öğrenme güçlüğü olan alanlarda başarılı olamadığı için bu şekilde kaçış ve kaygı belirtileri oluşabilir. Öğrenme güçlüğünde okuma, yazma çalışmalarında zorluklar olur. Zeki olduğu halde basit gibi görünen temel çalışmalardan çabuk sıkılır. Öğrenme güçlüğü, DEHB çocukların %30-70 kadarında görülür. Bu durumda dikkat tedavisi yapılsa bile öğrenme güçlüğü eğitimi almadığı için çocukta tedavide güçlük yaşanabilir (Abalı, 2012, 48).

### **2.3.5.4. Yıkıcı Davranış Bozuklukları**

Yıkıcı davranış bozuklukları, DEHB'li kişilerin yüzde 40'ını etkiler. Tüm çocuklar ve ergenler bir noktada yıkıcı davranışlar sergilerken bu şekilde ve normalde beklenenden daha uzun bir sürede davranır. Yıkıcı davranış bozukluğu genellikle yetişkinlerle tartışma ve sık sık öfke uyandıran bir davranış biçimine

ve okul veya aile kurallarını izlemeyi reddetme modeline neden olur. Ayrıca davranış bozukluğunda yalan söyleme veya çalma; insanlara veya hayvanlara tehdit eden veya zarar veren agresif davranışlar görülebilir (Krull, 2017). DEHB'li çocuklar duygularını kontrol etmekte zorlanırlar. DEHB'li kişilerin duygusal anlamda kararsızlık içerisinde oldukları ve can sıkıntısı veya moral bozukluğu, sinirlilik, şiddetli parlamalar veya sınırlı derecede kontrol edilen uyarılabilirlik sergiledikleri tarif edilmiştir. (Brown, 2010).

Davranım bozukluğu ile birlikte hiperaktivite durumu birlikte görülebilir. Davranım bozukluğu; insanlara ve hayvanlara zarar verme, yangın çıkarma, hırsızlık yapma, dolandırıcılık, zorla tehdit ve alıkoyma, çevresine ve eşyalara zarar verme, evden kaçma, uygunsuz cinsel davranışlar, sürekli ve ısrarlı bir şekilde temel kuralları ihlal etme, başkalarının hak ve hukukunu hiçe sayma, kabadayılık, çetelerle bağlantılı olma şeklinde belirtiler gösterebilir. Hiperaktif çocuklarda özellikle ergenlik döneminde bu tür sıkıntılar hafif düzeyde görülebilirken, davranım bozukluğunda bu türlü belirtiler hem çok yaygın hem de çok şiddetlidir. Özellikle okul ile ilgili başarısızlıklar da bu tür davranım problemlerine eklendiğinde okulda disiplin cezaları artabilir. Dikkat eksikliği, hiperaktivitenin getirdiği dürtüsellik, dikkat eksikliği, kurallara uyma güçlüğü davranım bozukluğu belirtileri ile bir arada görüldüğünde ders başarısızlığı ve akademik başarının düşmesi neredeyse kaçınılmazdır (Abalı, 2012, 50).

### **2.3.5.5. Zihinsel Özürlü Çocuklar**

Zihinsel özürlü birçok çocuk (IQ <70), yaşlarının başkalarına göre daha dikkatsiz, aşırı aktif ve dürtüsel olacaktır. Bununla birlikte, davranışlar gelişim düzeyleri ile uyumlu olabilir. Belirli öğrenme bozukluklarına (okuma, yazma, yazım denetimi, matematik gibi) sahip bazı çocukların, anlamadıkları dersleri dinlemeyi bıraktıkları ya da öğrenmek için çok daha fazla yoğunlaşmaları nedeniyle çocuklar öğrenme ortamlarında daha çabuk yıpranırlar. Görevleri tamamlama başarısızlığı, DEHB belirtisi yerine işi nasıl yapacağını bilmeme işaretidir. Diğer çocuklar halihazırda hakim oldukları işten sıkılabilir ve bu nedenle dikkatsiz görünürler. Psikoeğitim testi, bu sunumların bazılarını ayırt etmeye yardımcı olabilir (Dunn, 2013).

Buna ek olarak, DEHB semptomlarının çoğu 4-6 yaş arası çocuklar arasında yaygındır, ancak DEHB olan çocuklara göre daha az frekans ve / veya şiddette görülme eğilimindedir. Bu nedenle, ebeveynlerin küçük çocukların DEHB olup olmadığını veya çocuklarının sık sık yaptıkları davranışlarını söylemek zor olabilir. Bununla birlikte, zamanla çocukları değerlendiren çalışmalar, DEHB için tüm kriterleri karşılayan çoğu okul öncesi çocuğun yaşlandıkça bunu yapmaya devam edeceğini doğrulamıştır (Krull, 2017).

### **2.3.6. Teşhis Kriterleri (DSM-5)**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ilk kez 1900'lü yıllarda tanımlanmıştır. Tabii ki o zamanlarda hemen bu ismi almamış olup, aşırı hareketli ve öfke patlamaları oluşturan çocuklar olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 1971 yılında Wender isimli araştırmacı "minimal beyin hasarı" adı altında tanımlama yapmıştır. Hiperkinetik hastalık tablosu, hiperkinezis gibi değişik adlandırmalar da yapılmış olup en son bu günkü dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna yakın bir tanım DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterleri ile birlikte dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Daha sonra giderek daha iyi tanınan ve bilinen bir durum haline gelmiş olup artık ülkemizde de bu konuda deneyim ve tecrübeler oldukça artmıştır (Abalı, 2012, 15). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısının konulmasına özgü bir laboratuvar testi ya da görüntüleme yönteminden bahsedememekteyiz. Klinisyenler tanı koyarken DSM-V ve ICD-10 kriterlerini göz önüne alarak bir değerlendirmeye varırlar. Bunun yanı sıra klinisyen bazı EEG raporları ve psikoloji laboratuvar testlerinden de yararlanabilirler. Bu test ve ölçeklerden bazıları; Çocuk Davranış Sorunları (CBCL), Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Testi (WISC-R)' dir. Bunun yanı sıra anamnez alınırken, aile içi ilişkiler, anne-baba tutumu, hamilelik, doğum öncesi ve sonrası, gelişimsel özellikler de dikkate alınmalıdır. Premorbid dönem bilgisi, uyku ve iştah, engellenme eşiği düzeyi gibi bilgileri almak da elzemdir. Son tahlilde klinisyen; anamnez bilgilerini, psikometrik test sonuçlarını, laboratuvar testi ya da görüntüleme bulgularını birleştirerek bir tanıya varacaktır (Şenol, 2006).

DSM-5'e göre, dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) 3 tipi ağırlıklı olarak dikkatsiz, (2) ağırlıklı olarak hiperaktif / dürtüsel ve (3) kombine edilmiştir. Dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğunun spesifik kriterleri şöyledir: (Moffitt vd., 2015).

Dikkatsiz;Bu, dikkatsizliğin ve gelişim seviyesiyle tutarsız olan bir dereceye kadar en az 6 ay süreyle devam etmiş olması gereken aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinin en azından 6'sını içermelidir:

- Okul işlerinde, işlerde veya diğer etkinliklerde ayrıntılara dikkat etmede başarısız olur veya dikkatsiz hata yaparlar.
- Görevlerde veya oyunlarda dikkatleri sürmekte sıklıkla güçlük çekerler.
- Genellikle söylenenleri dinlemez gibi görünürler.
- Talimatları genelde takip etmez ve işyerinde okul işleri, işler ya da görevleri bitirmek için başarısız olurlar .
- Görev ve etkinlikleri düzenleme konusunda genellikle zorluklar yaşarlar.
- Sürekli zihinsel çabalar gerektiren görevleri (okul çalışması veya ödev gibi) genellikle önler veya kesinlikle sevmemektedirler.
- Görevler veya etkinlikler (okul görevleri, kalemler, kitaplar, aletler veya oyuncaklar) için gerekli olan şeyleri çoğunlukla kaybederler.
- Genellikle yabancı uyaranlardan rahatsızlık duyarlar.
- Genellikle günlük faaliyetlerde unutkanlık gösterirler.

Hiperaktivite / dürtüsellik;Bu, huysuzluk ve dürtüsellik semptomlarından en az 6 tanesini, uygunsuz ve gelişimsel seviyeye tutarlı olmayan bir dereceye kadar en az 6 ay devam etmiş olması gerekir.

- Elleri veya ayakları sürekli hareketlidir.
- Sınıfta oturmazlar.
- Uygun olmasa da aşırı derecede hareketlidirler (ergenlik döneminde veya yetişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)
- Boş zamanlarda etkinlik yapmakta zorlanırlar.

- Aşırı konuşurlar.
- Soruların cevabını beklemeden yeni sorular sorarlar.
- Sırada bekleyemezler.
- Diğer kişilere müdahale ederler.

#### Diğer

- Başlangıç 12 yaşından önce olmalıdır.
- Belirtiler, okul, iş veya ev gibi 2 veya daha fazla durumda mevcut olmalıdır.
- Bozukluk, sosyal, akademik veya mesleki işlevlerde klinik olarak önemli derecede sıkıntı veya bozulmaya neden olur.
- Bozukluk şizofreni ya da diğer psikotik bozukluklar sırasında görülmez ve ruh hali, kaygı, dissosiyatif, kişilik bozukluğu ya da madde zehirlenmesi ya da yoksunluğu tarafından daha iyi açıklanmaz.
- Buna ek olarak, dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu, hafif (küçük bozukluk), orta (hafif "ve" ağır "arasındaki bozukluk), şiddetli (gereklilikleri aşan semptomlar) sosyal veya mesleki işlevsel bozukluğa dayalı şiddetle belirlenir. Tanı karşılamak, belirgin bir bozulma).

#### 2.3.7.Risk Faktörleri

DEHB tedavisinde özerklik ve müdahale sınırları iyi dizayn edilmiş bir çevre son derece önemlidir. Bireyin herhangi bir stresöre maruz kaldığı durumlarda, yapılandırılmamış ortamlarda ya da kendisinden istenen işlerin karmaşık olduğu durumlarda DEHB belirtileri şiddetlenecektir. Başka bir önemli noktada genetik faktörlerin işin içine girmesiyle oluşmaktadır. DEHB olan bir çocuğun ailesi de genellikle bu şekilde yapılandırılmış bir ortamı sağlayacak durumda olmayacaktır. Bu gibi durumlarda çocuktaki DEHB belirtileri şiddetlenebilir ya da komorbid hastalıklar gelişebilir (Öncü ve Şenol, 2002). DEHB'nin sebepleri / nedenleri net değildir. Çoğu uzman, DEHB'nin tıbbi veya nörogelişimsel bir bozukluk olduğuna katılıyor. Pek çok uzman beyinde kimyasalların dengesiz olduğu kalıplaşmış olduğuna inanıyor. Bu, bu kimyasalları etkileyen ilaçların

kullanımı ile sıklıkla görülen iyileştirmelerle desteklenir (Krull, 2017). Bilim adamları DEHB'ye neyin neden olduğundan emin değiller. Birçok diğer hastalık gibi, DEHB'ye katkıda bulunabilecek bazı faktörler de vardır(National Institute of Mental Health, 2016):

- Genler,
- Hamilelikte sigara, alkol kullanımı veya uyuşturucu kullanımı,
- Gebelik sırasında çevresel toksinlere maruz kalma,
- Genç yaşta yüksek kurşun kalitesine sahip olma gibi çevresel toksinlere maruz kalma,
- Düşük doğum ağırlığı,
- Beyin yaralanmaları,

DEHB, erkeklerde bayanlara göre daha yaygındır ve DEHB'li bayanların öncelikle dikkatsizlikle ilgili sorunları vardır. DEHB olan insanlarda öğrenme güçlüğü, anksiyete bozukluğu, davranış bozukluğu, depresyon ve madde kötüye kullanımı gibi diğer koşullar yaygın olarak görülür.

DEHB'nun ortaya çıkışını kolaylaştırdığı düşünülen genetik faktörler (MEB, 2015, 7):

- Kalıtım: Bazı ırklarda hiperaktivite sıklığı daha fazla bulunur. Bunun sebebi olarak genetik etkilerin rolü olduğu düşünülür. Önceleri tabiat ile iç içe olan hayat tarzı çocukların kendi enerjilerini dışarı daha rahat atması ve aşırı hareketliliğe ve dikkat eksikliğine bağlı sorunların azalmasına yardımcı olmaktadır. Hiperaktivite ne zaman tanımlanırsa tanımlansın insanlık tarihi boyunca var olan bir özelliktir. Şehir hayatı, değişen çocuk eğitimi şartları, nörotoksik maddelerin artması (havada, suda, eşyalardaki ağır metaller, petrol ürünleri vb.), yiyeceklerdeki katkı-hormonal maddeler, TV ve bilgisayar kullanımı gibi hususiyetler hiperaktif belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırıyor olabilir. Bu nedenler arasında en önemlilerinden biri genetik geçiştir. Çift yumurta ikizlerinde %35-35 tek yumurta ikizlerinde ise %80'e yakın bir arada görülme sıklığı vardır(Abalı, 2012, 32).

- Beyindeki yapısal işlev farkları (beyin hasarı ve Nörotransmitterlerdeki hasarlar) şeklinde sıralanabilir. Beyindeki nöronal

gelişimin farklı olması, bazı nörotransmit- terlerin (sinir hücrelerindeki ileticiler) yeterli miktarda olmaması ve beyin yarım küreleri arasındaki lateralizasyon sorunu olarak da bazı sebepler ortaya konmuştur. Örneğin beyinde bir işlev alanı olan striatumda Dopamin taşınmasında ve geri alımında sorun olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ise prefrontal korteksin çalışmasında ve aktivasyonunda problemler gösterilmiştir. Dopamin dikkat sistemlerinde önemli olan bir maddedir (Abalı, 2012, 32).

- Gebelik esnasındaki faktörler: Annenin alkol, sigara ya da ilaç kullanımı, yetersiz ve kötü beslenme, kimyasal zehirlere (örneğin, kurşun) maruz kalma, çoğul gebelikHamilelik veya doğum sırasında çocuğun maruz kaldığı hipoksi, travma, doğum komplikasyonları, hamilelikte alkol ve sigara kullanımı, erken bebeklikteki bazı hastalıklar ile beynin hasar görmesi de suçlanan nedenlerdendir. Bundan dolayı bir zamanlar bu hastalığa “Minimal Beyin Hasarı” ismi verilmiştir. Ama bu teori çok fazla taraftar bulamamıştır. Her hiperaktif çocukta bu türlü bir beyin hasarı olmadığı görülür. Bu teoriye göre bütün hiperaktif çocukların geçmişinde beynin hasara uğraması ve normal işleyişinin bozulması gerekir(Abalı, 2012, 32).

- Doğum sırasında ve doğumdan sonraki faktörler: Zor doğum, doğum esnasında ya da sonrasında yaşanan tıbbi sorunlar (kordon dolanması, beynin oksijensiz kalması, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, demir eksikliği,Gebelik ve doğum sorunlarından, perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterine rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, annenin sağlığının bozuk olması, postmaturite, doğum süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğum öncesi kanamaları DEHB ile ilişkili olabilecek bazı durumlar olarak gösterilmiştir (Faraone and Biederman 1998; Öncü ve Şenol 2002).

- Hava, su ve ev eşyalarında mevcut bulunan kimyasal maddelerin, petrol ürünlerinin ve zehirli gazların da beyinde “nörotoksik” etki yaparak hiperaktivite nedeni olduğu öne sürülmüştür. Bu durum halen bilinmezliğini korumakla birlikte ileri ve uzun dönemli araştırmalar ile ispat edilmeye ihtiyacı vardır. Özellikle kan kurşun düzeyinin bu çocuklarda fazla olduğu bazı çalışmalarda görülmüştür. Ancak kan kurşun düzeyi yüksek olmayan çocuklarda da dikkat eksikliği ve hiperaktiviteye rastlandığı görülür(Abalı, 2012,



32). Bunların yanı sıra toksinlerle ilgili yapılan çalışmalarda, kurşun zehirlenmesi ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki üzerinde durulmuştur. Fakat yapılan çalışmalarda bazı çocuklarda kurşunla teması olmamasına rağmen DEHB belirtileri görülürken, DEHB belirtileri görülen bazı çocuklarda da kurşunla teması olmadığı görülmüştür (Öncü ve Şenol, 2002).

- Bebeklik veya erken çocukluktaki kötü bakım ve ihmal durumları da hiperaktif çocukların geçmişlerinde diğer çocuklara göre daha sık görülmüştür. Kronik kaygı ve stres durumları, altta yatan depresyon da çocuklarda hareketlilik artışına neden olabilir. Kronik kaygı ve stres durumundaki çocukların öncelikli olarak kaygı ve stres durumları tedavi edilerek yardımcı olunmalıdır. Aile içi kaosun fazla olduğu, alkolizm ve aile içi şiddetle birlikte yaşayan çocuklarda hiperaktivite varsa belirti şiddeti artabilir. Bu türlü ailelerde sosyal çalışma, aile terapisi, ailedeki sorunlu bireylerin tedavisi de en az hiperaktivite tedavisi kadar önemlidir. Kaygı ve huzursuzluk çocuklarda anlamsız bir hareketlilik artışına sebep olabilir. Kaygılı çocukta huzursuzluktan dolayı kıpır kıpır olma durumu olabilir (Abalı, 2012, 32).

**Gıda ve katkı maddeleri:** Genetik yapısı değiştirilmiş yiyeceklerden, içinde sinir sistemi için zararlı maddelerin olduğu katkılı yiyeceklere kadar her insan için zararı olan etkenlere dikkat etmek gerekir. Özellikle çocuklar açısından bakıldığında gelişmekte olan beyin yapısına bunların zararı çok daha fazla olabilir. Anne babaların bu açıdan doğal beslenmeye ve katkı maddelerinin aşırı alınmamasına dikkat etmeleri uygun olur (Abalı, 2012, 10).

**Psikososyal Etmenler:** Bozukluk için farklı aile profillerinin risk oluşturabildiği özellikle, parçalanmış aileler, geçimsizlik yaşayan çatışmanın bol olduğu aileler, psikiyatrik bozuklukları olan ebeveyn, tek ya da ilk çocuk olma durumunda da görülme oranı fazla olabilmektedir. Yetiştirme yurtlarında da benzer olarak çocuklarda dikkat sorunu olduğu gözlenmiştir. Tüm bunlar uzun süreli duygusal yoksunluk kaynaklı olabilmektedir (National Institute of Mental Health, 2016). Bazı ilgisiz ya da aşırı serbesiyetçi aile tutumu ve otoriter aile tutumu gibi spektrumun iki ucundan bahsedilmektedir. Aşırı hoşgörülü ya da ilgisiz anne- babaların çocuklarına sınır koyma ve onların davranışlarını düzenleme becerilerini edinmelerinde eksik kalabileceği düşünülmektedir.

Sosyo-ekonomik düzey düşüklüğünün etkisi ise, yetersiz beslenme, yetersiz uyaran ve yetersiz yönlendirme gibi etkenlerle açıklanmaktadır (Selçuk, 2002, s.86).DEHB'in gelişiminde temel bir etkiden çok buna hazırlayıcı etkenler ve hastalığın ortaya çıkmasına neden olan hızlandırıcılardan söz edilebilir. DEHB'li çocuklar daha çok parçalanmış ailelerden gelmektedir. Ebeveynler geçimsizdir ve anne-babanın da sıklıkla ruhsal problem yaşadığı bildirilmiştir. Zorlayıcı etkenler, ailenin bozulması ve duygusal sıkıntı yaratan nedenler DEHB'nin ortaya çıkması ya da sürmesinde rol oynamaktadır. Eğilim yaratan nedenler arasında çocukların huyları, genetik nedenler, ailesel problemler ve toplumun beklentileri sayılabilir. Ayrıca sosyoekonomik düzeyin de DEHB gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir (Şenol ve Şener, 1997).

### **2.3.8.Tedavi ve Terapiler**

İlk olarak, çocuğun öğrenme güçlükleri, depresyon veya anksiyete bozukluğu gibi başka problemleri olmadığından emin olabilecek testler yaptırılacaktır. Tedaviler, ilaç, psikoterapi, eğitim veya öğretim veya tedavilerin bir kombinasyonunu içerir (National Institute of Mental Health, 2016). DEHB olan çocukların varlığı psikopatolojik değil psikiyatrik bir problemdir. Ülkemizdeki psikoloji eğitiminde psikiyatrik bozukluklara dönük çok çok az teorik eğitim verilirken pratik eğitim verilmez. Yani psikoloji eğitimini alan kişiler bu bozukluğun tedavisinde yeterli değildirler. Onlar ancak psikiyatristler gözetiminde destek olabilirler. Temel tedavi ve tedaviyi yürüten kişi psikiyatrist olmalıdır. Kendini “pedagog” yani Türkçe karşılığı olarak “çocuk eğitimcisi” olarak tanıtan kişiler bile bu problemi olan çocukların tedavisine soyunurlar. Bu müdahaleler çocukların uygun tedavi şansını engelleyip zamanlarını çalar. Aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği mutlaka çocuk ve genç psikiyatristleri tarafından tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu konuda ailelerin dikkatli olması gerekir. Aksi halde zaman ilerlediği halde tedavi ve düzelmede bir arpa boyu yol alamayacaklardır. Doktorlarına başvurduklarında eğer uygun bir eğitim yaklaşımı gerekiyorsa hekim bunu ailelere önerecek ve bu destek konusunda uygun branşlardan yardım alınabilecektir(Abalı, 2012, 14).

DEHB olan çocuklarda en iyi tedavi yaklaşımını belirlemek için ayrıntılı bilgi almak, farklı kaynaktan bilgi toplamak, ailenin ve çocuğun özelliklerini belirlenmek gerekir (MEB, 2015, 12).Çocuklarının DEHB olduğunu düşünen ebeveynler, çocuğun öğretmeni ve / veya okul personeli ile çocuklarının özelliklerini konuşarak eğitim öğretime başlamalıdır. Bu, ebeveynlerin çocuğun birden fazla alanda (örneğin, evde ve okulda) davranışları konusunda zorluk çekip çekmediğinin belirlenmesinde önemlidir. İşbirliği yapılması çocuğun değerlendirmesini sağlayacak ve daha ileri test veya değerlendirmeye ihtiyaç olup olmadığını, DEHB veya başka bir durum olup olmadığını belirleyecektir. Tanı konmadan önce bazen birden fazla sağlık kuruluşlarına gitmek gerekebilir. Tanı konduktan ve tedavi başladıktan sonra, ebeveyn, öğretmen ve sağlık hizmeti sunucusu, tedavinin etkili ve teşhisin doğru olduğundan emin olmak için çocuğu izlemeye devam edecektir. Gelişmeler görülemiyorsa, gelişimsel davranış peditristine ya da çocuk psikiyatrina sevk önerilebilir; bazen daha ileri değerlendirme gereklidir(Krull, 2017).

Tedavi, ilaçlar ve davranış terapisi içerebilir. Ebeveynler ve diğer yetişkinler DEHB için ilaç almaya başladıktan sonra çocukları yakından izlemelidir. İlaç kullanımı, iştah kaybı, baş ağrısı veya mide ağrısı, tik veya kıvrımlar ve uyku sorunları gibi yan etkilere neden olabilir. Yan etkiler genellikle birkaç hafta sonra iyileşir. Eğer bulmazlarsa, doktor dozu düşürebilir.

### **2.3.8.1 Farmakolojik Tedaviler**

İlaç, DEHB olan çocuğa yardımcı olur. Ebeveynler, bu ilaçların bağımlılık yapacağından endişe edebilirler, ancak gerçek şu ki uyarıcıların uygun kullanımı daha sonraki madde bağımlılığını önlemeye yardımcı olabilir. Ebeveynler ayrıca çocuklarının ergenlik döneminde ilaç almayacağını düşünmektedirler. Ancak bazı gençler ve yetişkinler, uyarıcıların faydalı olmaya devam ettiğini ve ilaçları durdurmanın okulda veya işte zorlanmaya neden olduğunu görebilir. Son olarak, ilaç tedavisine verilen cevap tanıyı belirlemek için kullanılamaz. DEHB olan çocuklar ve DEHB olmayan çocuklar, uyarıcılar üzerinde dikkat süresinde bir artış gösterebilir(Dunn, 2013).

Beynin dikkat sisteminde görev alan belirli bazı kimyasallar, öğrencilerin dikkatlerini toplayabilmelerinde çok önemli bir role sahiptirler. Bu kimyasallar

nörotransmitterler, hormonlar ve peptitlerdir. Asetilkolin, uyuşukluk durumuyla ilgili olduğu bilinen bir nörotransmitterdir. Asetilkolin düzeyi, genel olarak öğleden sonra geç saatlerde ve geceleyin yükselmektedir. Bir diğer nörotransmitter olan adrenalin düzeyi yükseldikçe daha uyanık ve tetikte oluruz. Araştırmacılar, noradrenalin isimli nörotransmitterin bütün bu kimyasallar içinde dikkati en çok en çok etkileyen kimyasal olduğuna vurgu yapmaktadır (Jensen, 2006).

Uyarıcı ilaçlar DEHB'yi tedavi etmek için kullanılan ilk ilaçtır. Örneklere metilfenidat (Ritalin, Concerta, Focalin) ve dekstroamfetamin (Adderall, Dexedrine, Vyvanse) dahildir. Bu ilaçlar DEHB olan çocukların yüzde 80'inde çalışmaktadır. İlaç 30 dakika içinde etkindir. Süre, kullanılan ilaçlara göre değişebilir. Ritalin veya Dexedrine için ortalama dört saat, Adderall için altı saat, Concerta, Focalin XR, Adderall XR ve Vyvanse için 10-12 saat arasında değişir. Başlıca yan etkiler iştah azalması ve uyku sorunudur. Bazı çocuklar baş ağrısı, mide ağrısı, depresyon veya sinirlilikten yakınır(Dunn, 2013). Birçok kişi için, ilaçlar hiperaktiviteyi ve dürtüsellliği azaltır ve odaklanma, çalışma ve öğrenme becerilerini geliştirir (National Institute of Mental Health, 2016). Günümüzde DEHB belirtileri ilaçlar ve eğitim ile oldukça başarılı şekilde tedavi edilmektedir farklı türde ilaçlar kullanılmaktadır. Amerika'da beyindeki bozukluğu uyanan çeşitli ilaçlar kullanılmakta birlikte ülkemizde şu anda yaygın olarak Metilfenidat (Ritalin) kullanılmaktadır (MEB, 2015, 12). İlaç kullanımı ile genelde olumlu değişiklikler olur (Abalı, 2012, 142).

Uyarıcılar etkili değilse veya kabul edilemez yan etkilere neden olursa, trisiklik antidepresanlar (desipramin, nortriptilin) ve bupropion (Wellbutrin) de dahil olmak üzere atomoksetin (Strattera) ve antidepresanları içeren ikinci basamak tedaviler kullanılabilir. Atomoksetin ve antidepresanlar, DEHB olan çocukların% 60 ila% 70'inde etkilidir. Atomoksetin mide bulantısı ve uyuşukluğa neden olabilir. Trisiklik antidepresanlar ağız kuruluğu, kabızlık, letarji, artmış kalp hızı ve artmış kan basıncına neden olabilir. Bupropion hem uyarıcılarla hem de trisiklik antidepresanlarla aynı yan etkilere neden olabilir. Yüksek dozlarda bupropiyon nöbetlere neden olmuştur. Hiperaktivitenin azaltılması ve uykunun teşvik edilmesi için klonidin ve guanfasin kullanılmıştır, ancak dikkatleri

arttırmak için daha az etkili olurlar. Ana yan etkileri letarji, yorgunluktur(Dunn, 2013).

DEHB tedavisinde kullanılan en yaygın ilaç türü "uyarıcı" olarak adlandırılır. DEHB'yi uyarıcı olarak kabul edilen bir ilaçla tedavi etmek alışılmadık gibi görünse de önemli rol oynayan beyin kimyasallarını dopamin ve norepinefrini arttırdığı düşünme ve dikkat merkezini uyarır. Tıbbi denetim altında uyarıcı ilaçlar güvenli kabul edilir. Bununla birlikte, özellikle yanlış kullanıldığında veya öngörülen dozu aştığında riskler ve yan etkiler vardır. Örneğin, uyarıcılar kan basıncını ve kalp atış hızını artırabilir ve kaygı düzeyini artırabilir. Bu nedenle, yüksek tansiyon, nöbetler, kalp rahatsızlığı, glokom, karaciğer veya böbrek hastalığı veya anksiyete bozukluğu gibi diğer sağlık sorunları olan bir kişi, uyarıcı almadan önce doktorlarına haber vermeli. Uyarıcılar alırken bu yan etkilerden herhangi birini görülürse doktorla konuşmak ve bilgi alış verişinde bulunmak gerekir. Diğer yan etkiler şunlardır (National Institute of Mental Health, 2016):

- İştah azalması,
- Uyku sorunları,
- Tikler (ani, tekrarlayan hareketler veya sesler);
- Kişilik değişiklikleri,
- Kaygı ve sinirlilik artışı,
- Karın ağrıları,
- Baş ağrısı,

İlaç tedavisi genelde dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerine yöneliktir. İlaç tedavisinin kullanımı çocuğun dikkat eksikliği belirtileri devam ettiği sürece kullanılır. Dikkat eksikliği belirtileri devam etse bile çocuğun işlevselliği düzelmişse ilaç tedavisine ara verilebilir veya kesilebilir. Çocuğun kendi günlük hayatına uyum sağlaması, görev ve sorumluluklarını yerine getirmesi de mühimdir. Çocuk ilaç kullanımı sırasında özellikle dikkatini devam ettirmeyi öğrenir ve bu davranış zamanla onda yerleşir (Abalı, 2012, 147).

DEHB'li çocukların ilacı seçerken çok dikkatli olmaları gerekir. Bupropion nöbet eşiğini düşürebilir. Trisiklik antidepresanlarla nöbet sayısında artış riski azdır. Uyarıcılar, dozu uygun olduğu sürece nöbetlere neden gözükmemektedir. TSC'de kalp problemleri öyküsü varsa trisiklik antidepresanlar ve klonidin dikkatli kullanılmalıdır. Trisiklik kardiyak iletimi etkileyebilir ve klonidin kan basıncını düşürebilir(Dunn, 2013).

### **2.3.8.2 Farmakolojik Olmayan Tedaviler**

Davranışsal veya psikososyal tedaviler, çocuğu, Ebeveynleri ve okul sistemini içerir. İlk adım, insanların DEHB'nin ne olduğunu ve DEHB'nin bireyi nasıl etkilediğini anlamalarını sağlamak için psiko-eğitim vermektir. Bu, DEHB olan kişiye yardımcı olmak için bir plan hazırlamak için vazgeçilmez ilk adımdır. Bir sonraki önemli adım okulda değişiklikler yapmak ve ebeveynleri eğitim vermektir. Okuldaki temel değişiklikler dikkat dağıtıcılıkları azaltmak, görevlerde kalmak için sıklıkla hatırlatmak, organizasyona yardımcı olmak, dikkat ve konsantrasyon için ödüller ve testler için ekstra zaman içerebilir. Ebeveyn yönetimi eğitimi, ebeveynlere çocuğun çevresi içinde yapının kurulması, dürtüsel davranışlar için etkili disiplin kullanılması, dikkatin toplanması, karşı gelme davranışların azaltılması konuları ele alınabilir(Dunn, 2013).

DEHB'yi tedavi etmek için psikoterapi eklenmesi hastaların ve ailelerinin gündelik sorunlarla daha iyi baş etmesine yardımcı olabilir (National Institute of Mental Health, 2016). Terapi, çocuğun davranışını iyileştirmek için çevrede değişiklik yapmak üzerine yoğunlaşmaktadır. Genellikle, evde ve okulda danışma ve ekstra destek, çocukların okulda başarılı olmalarına ve kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olur.

**Bilişsel Psikoterapi:** Bu yaklaşımda bilişsellik esas alınarak çocukların zihinlerindeki olumsuz şemalar giderilmeye çalışılır (MEB, 2015, 12). Davranışsal terapi ise bir kişinin davranışını değiştirmeye odaklanır. Kişiyे pratik yardımlar verilerek davranış kazanması sağlanabilir (National Institute of Mental Health, 2016). Bu teknikte duyarsızlaştırma ve ödüllendirme yöntemlerinden yararlanabilir (MEB, 2015, 12). Bilişsel davranışçı terapi, bir kişinin dikkati çekme tekniklerini veya meditasyonu da öğretebilir. Bir kişi odak ve konsantrasyonu artırmak için kişinin kendi düşüncelerini ve duygularını nasıl

farkedeceğini ve kabul ettiğini öğrenir. Terapist ayrıca, DEHB olan kişiyi, davranış öncesi düşünmek ya da gereksiz riskler almak için teşvik etmek gibi tedavi ile gelen yaşam değişikliklerine uyum sağlamaya teşvik eder. (National Institute of Mental Health, 2016).

Oyun Terapisi: Oyun terapisi ile alan uzmanları çocuklara sıralarını nasıl değiştirecekleri, oyuncaklarını nasıl paylaşacakları, yardım isteyebilecekleri veya alaycılıkla nasıl baş edebilecekleri gibi toplumsal becerileri öğretebilirler. Yüz ifadelerini ve başkalarının sesinin tonunu okumayı öğrenme ve uygun şekilde nasıl yanıt vereceğini de sosyal beceri eğitiminin bir parçası olabilir (National Institute of Mental Health, 2016).

Çocuğun dürtüsel veya yıkıcı davranışlarla diğer insanlara yabancı olması durumunda, sosyal beceri eğitimi gerekebilir. Bazı çocuklar, organizasyon, planlama ve sosyal tepkilerde bilişsel davranışsal eğitimden yararlanırlar. Okul ortamındaki ilk değişiklikler başarısız olursa, çocuk daha küçük sınıflara veya bire bir talimatlara ihtiyaç duyabilir. Şiddetli DEHB olan çocuğun bireyselleştirilmiş bir eğitim planı (BEP) şarttır (Dunn, 2013).

### **2.3.9 Eğitim ve Öğretim**

Çocuklar onların hoşlarına giden şeylerde uzun süre dikkatlerini toparlayabilirler. Özellikle hoşlarına giden şeyler renkli, hareketli ve eğlenceli aktiviteler ise çocukların daha çok ilgisini çeker. DEHB olan çocuklarda benzer şekildedir. Monotonluk DEHB çocukların mizaçlarına ters bir durumdur. Yenilik ve değişim onların sürekli beklenti içinde oldukları bir durumdur. Bazı anne ve babalar burada yanılgıya düşerek “Benim çocuğum uzun süre TV ve bilgisayar oyunlarının karşısında kalabiliyor, hatta saatlerce onlar ile oynayabiliyor. Nasıl DEHB li olabilir?” gibi sözler söylerler. Bu gün iyi bilinmektedir ki DEHB çocuk isterse çok yoğun dikkat gerektiren işlerde kendi dikkatlerini toparlayabilirler. Bu durum onların DEHB olmadığını göstermez. Ama dikkat süreleri ve ilgilendikleri işin ne olduğu önemlidir. Bu işlerin başında uzun süre kalamazlar (Abalı, 2012, 26).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı daha çok okul dönemi çocuklarında konulsa da belirtilerini bebeklik dönemlerinde görmek mümkündür.

Tanı alan çocukların bebeklik öykülerinde, uyku bozukluğu, uyaranlara aşırı duyarlılık, değişikliklere aşırı tepkiler gibi belirtiler duyarız. Oyun dönemlerinde ise, arkadaşları ile oyun kurmakta ve geçinmekte sorunlar yaşadıklarını görebiliriz. Söz dinlemeyen, aşırı yaramaz, aşırı hareketli tavırlar sergileyebilirler. Arkadaşlarına karşı saldırgan tutumlar, öfke patlamaları ve kendisi için tehlike oluşturabilecek davranışlarda bulunma bu dönemlerde görülür. Bazı çocuklarda da oyuna ya da oyuncaklara yaşından beklenen düzeyde dikkatini vermede güçlükler olabilir (Şenol, 2008, s.302).

Bu çocuklar ödül mekanizmalarını sürekli çalıştırarak bu tür faaliyetlere aşırı bir şekilde kendilerini verirler. Özellikle derste başarılı olamayan çocuklar kendi başarı tatminlerini bu sanal dünyada sağlarlar. Dersi başarılı DEHB olan çocuklar ise bu bağımlılık sonucunda giderek derslerinde başarısız hale gelirler. Özellikle şiddet, cinsellik ve yanlış akımların olduğu bilgisayar ve internet meşguliyetleri bu çocuklar için daha çok sakınca teşkil eder. Anne babaların DEHB olan çocukların bilgisayar ve internet kullanımı konusunda çok dikkatli olmaları gerekir(Abalı, 2012, 26).DEHB'de görülen başlıca semptom grupları dikkatsizlikle ilişkili davranışlar, hiperaktiviteye bağlı davranışlar ve dürtüsellik ile ilişkili davranışlardır. DEHB ve dürtüsellik genellikle ilk önce okul çağındaki yaşlardan önce başlayarak ortaya çıkar. Dikkat eksikliği ilkokula kadar tanınmayabilir. DEHB sahip olan çocuk kırırdanır yerinde oturamaz, yürürken koşar, gürültülü yapar. Dürtüsellik, başkalarını sık sık rahatsız eden sırasını beklemekte zorluk ve sessiz olması beklenirken aşırı konuşma görülür. Dikkatsiz olması sık sık dikkatsiz hatalar yapması, dinlememesi, nadiren işi tamamlaması, dağınık olması ve erteleme eğiliminde olması, unutkan olması ve sıklıkla kitapları kaybetmesi olası durumlardır(Dunn, 2013).

DEHB'li çocuklar eğitimleri süresince yardıma ihtiyaç duyabilir. Bu süreçte ailelerinde desteklenmeye ihtiyacı vardır. Hatta teşhis öncesinde çocuğa karşı bir öfke ve umutsuzluk olabilir. Ayrıca çocuğa ve ailesine yeni beceriler, tutumlar ve birbirleriyle ilişki kurma yolları gösterilebilir(National Institute of Mental Health, 2016).Çocukluk döneminde, dikkatsizlik, ataklık ve hareketlilik gibi olayların gözlenmesi doğaldır. Bazı çocukların dikkatlerini toplamaları ve dürtülerini ve eylemlerini denetlemelerinde sıkıntılar yaşanabilir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukların odaklanmada zorluk çektiği, hala



çok fazla oturamadığı ve düşünmeden hareket edeceği tıbbi bir durumdur. Çoğu çocuk bunlardan bazılarıyla ilgili sorun yaşar. Fakat DEHB olan çocuklarda bu davranış aşırıdır ve günlük yaşamlarında büyük bir etkiye sahiptir. DEHB ile beynin farklı kısımları tipik bir şekilde birbirleriyle "konuşmazlar". Bu nedenle, çocukların düşünceleri, öğrenmeleri, duygularını ifade etmede veya aynı yaştaki diğer çocukların yanı sıra davranışlarını denetlemelerinde zorluk çekebilirler (MEB, 2015, 3).DEHB olan kişilerin çoğu uzun süreli belleklerini gayet iyi kullanabildiklerini ifade ederler ve yıllar önce yaşanmış bir olayın ayrıntılarını iyi hatırlayabildiklerini söylerler. Buna karşın çoğu, başka bir iş yapmakta iken aynı anda bir düşünceyi veya küçücük bir bilgiyi akılda tutma yeteneklerine ilişkin kronik zorluklardan şikâyet ederler. DEHB tanılı kişiler sık sık o anda söylemek üzere oldukları şeyi veya bir odaya ne yapmak üzere girdiklerini unuturlar. Kronik bellek sorunları DEHB'in merkezi bir sorunu gibi görünür fakat genellikle sorun uzun süreli depolama belleği ile ilgili değildir. Aksine, sorun çoğunlukla eski "kısa süreli bellek" teriminden farklı olarak pek çok değişik anlamda kullanılan "işlem belleği" ile ilgilidir. Eski anıları hatırlama konusunda hiçbir sıkıntı yaşanmazken birkaç dakika önce olan olayları hatırlama hatırda tutmada ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır (Brown, 2010).Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklar, öğrenme güçlüğü, dil bozukluğu ve hareket zorlukları gibi okulda sıklıkla bir takım sorunlar yaşarlar. Uyku problemleri, örneğin uykuda zorlanma ve geceleyin uykuda kalma gibi sıklıkla okulu daha da zorlaştırabilir. Çocuğunuzda sosyal güçlükler olabilir - örneğin konsantre olamıyor veya diğer çocuklarla oyunun tadını çıkaracak kadar uzun süre oturamayabilir. Diğer ruh sağlığı zorlukları da dahil olmak üzere, gelişebilir karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu, gençlik yıllarında anksiyete, depresyon görülebilir. DEHB belirtileri, diğer aile bireylerinin de DEHB veya başka öğrenme güçlükleri varsa, günlük hayatta zorluk çekebilir. Bu nedenle mümkün olduğunca erken teşhis ve tedavisi çok önemlidir. Daha erken teşhis konduktan sonra, siz ve çocuğunuzun sağlık uzmanları çocuğunuzun semptomlarını yönetmek için daha önceden bir plan üzerinde çalışabilirler.

### **2.3.9.1 DEHB Olan Bireylerin Gelişimsel Özellikleri**

Hareketli çocuklar TV ve bilgisayar karşısında kendilerini meşgul ettiği için bu durum anne babaların çoğu kez işlerine gelir. Evde gürültü çıkaran çocuk

bilgisayar karşısında sessiz oturunca anne babalar bu durumda memnun bile olur. Bazı anne babalar biraz nefes almak için çocuklarına bunu teşvik bile edebilirler. Ancak unutulmamalıdır ki bu çocuklar giderek bilgisayarın ağma düşmekte ve bu ağdan kurtulamazlar. DEHB çocukların bilgisayar ve internet meşguliyeti onlar hangi yaşta ve sınıfta olursa olsun faydadan daha çok zarar verir. Pasif bir şekilde bilgisayar karşısında kalan DEHBçocuk enerjisini dışarı atamadığı için daha saldırgan ve hırçın olur. Bu çocuklar kişilik yapılarına uygun aktif oyunlar oynamalı gerekirse spor yapmalıdırlar. Bunun yerine şiddet, kumar, cinsellik ve bazı olumsuzlukların olduğu sanal ortam onlar için risk oluşturur (Abalı, 2012, 27). Çocuklardaki ve gençlerdeki DEHBsemptomları iyi tanımlanmıştır ve genellikle altı yaşından önce görülürler. Bunlar, evde ve okulda olmak üzere birden fazla durumda meydana gelir. Bir çocuğun hayatında, okul başarısızlığı, diğer çocuklar ve yetişkinlerle olan zayıf sosyal etkileşim ve disiplin sorunları gibi önemli sorunlara neden olabilir. DEHB gelişimsel bir bozukluktur; çocukluktaki ilk ortaya çıkmadan erişkinlerde gelişemeyeceğine açıklanmıştır. Ancak DEHB belirtilerinin çocukluktan bir kişinin genç yaşına ve daha sonra yetişkinliğe kadar devam ettiği bilinmektedir.

Okul öncesi çocuklarda dikkatin düzenlenmesi hareketliliği de azaltır. Hareketliliği azalan çocuğun günlük hayatı ve etkinlikleri daha başarılı geçer. Dikkat düzeyi artan çocuğun öğrenme düzeyi de artar. Okul öncesi çocuklarda eğitim yaklaşımlarının dikkati artırmada çok faydası vardır. Bu yaşlarda beyin gelişmesi henüz tamamlanmamış olup yeni sinir hücreleri yapılabilir. Anne babaların bu yaştaki çocuklarını TV veya bilgisayar karşısına koymaktan daha ziyade eğitim çalışmaları yapmaları gerekir. Dikkati güçlendirme seti bu yaş çocuklara faydalı olabilir. Dikkati artıran egzersizler zihnin o alanını aktive eder ve çalıştırır. Okul öncesi eğitimin %4-5'lerde olduğu ülkemizde bu altın yıllar boş yere geçer. Bir çocuk dikkat ve öğrenme çalışmalarına ne kadar erken ve zamanında başlarsa hayatın öğrenme aşamalarının da o kadar kolay geçebilir (Abalı, 2012, 55). Bu çocuklar sınıfta, okulda ya da diğer çevresel ortamda hareketleriyle, dikkat sorunu yaşamalarıyla ayrıca dürtülerini kontrol edememekle dikkat çekerler. Bu özellikleri gösteren her çocuk hiperaktivite ve dikkat bozukluğu olan çocuk olarak nitelendirilemez. Hareket, her dönem çocukların normal karşılanan bir gelişimsel özelliğidir. Çoğunlukla ilkokuldayken

tanı konabilir. Ergenlikte bu duruma akademik başarısızlık eşlik edebilir. Dikkat süreleri ise çocukluğa göre daha uzundur. Yetişkinlikte de arkadaşlık, evlilik ve iş hayatında sorunlar yaşanabilir (MEB, 2015, 8). DEHB olan çocuklar oldukça yaratıcı olabilirler ve sevdikleri aktiviteleri yapmakta uzun zaman harcayabilirler. Bazı çocuklar enerjilerini spor veya dansla kullanmanın keyfini çıkarabilirler. Ayrıca, yeni şeyler denemekten diğer çocuklara göre daha açık olabilirler. Çocuğunuzun enerjisini kullanması için olumlu yollar bulmak onun benlik saygısı için iyi olabilir ve zihinsel sağlık sorunlarına karşı korunmasına yardımcı olabilir.

Normal ergenliğin getirdiği bir miktar kurallara uyma güçlüğü, çabuk sıkılma, tabiri diğer ile “aklın havalarda olması” ve aile ile ilgili yaşanan iletişim sorunlarını DEHB’den ayırt etmek gerekir. Bazı anne babalar DEHB belirtilerini normal ergenlik belirtileri gibi görerek bu sorunun tedavisini ihmal etmekte. Bazı aileler ise çok belirgin problemler olmasına rağmen bunu normal ergenliğin gelişme sürecine bağlamaktalar (Abalı, 2012, 56). Bazen çocuklar, gençler kadar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almazlar. DEHB belirtileri, çocukların daha fazla okul işlerine sahip olduğu ve sosyal ve duygusal değişiklikler geçirdiği daha sonraki çocukluğa veya gençlik yıllarına kadar sorunlara neden olamaz. Öte yandan, DEHB’li çocuğunuz büyüdükçe DEHB belirtileri değişebilir veya zayıflayabilir. Örneğin, çocuğunuz hâlâ odaklanmak, şeyleri hatırlamak ve davranmadan önce düşünmek konusunda sorun yaşıyor olabilir, ancak daha az açıkça hiperaktif olabilir. Çocuğu, henüz gençken, semptomlarını daha etkin bir şekilde yönetmek için bazı stratejiler oluşturmuş olabilir. DEHB olan bazı çocuklar yetişkin olduklarında sorunları kendiliğinden çözümlenebilir.

DEHB’nun temel özelliği, çok konuşma ve çok hareket etme gibi aşırı hareketlilik sorunları ile etkinlikler üzerinde dikkati sürdürmemeye ve yönergeleri izleyememe gibi dikkat zorlukları göstermektedirler. Ayrıca, aşırı hareketlilik ve/veya dikkat dağınıklığı, yukarıda açıklanan diğer sosyal ve duygusal sorunlarla bir arada da görülebilmektedir. Aşırı hareketlilik ve/veya dikkat dağınıklığı olan öğrenciler, belli becerileri öğrenmekte ve sergilemekte zorlanmakta; ayrıca, akranlarının etkinliğe olan ilgilerini de dağıtmaktadırlar (İftar, 2013, 133). DEHB’nin sebepleri / nedenleri net değildir (Krull, 2017).

Doğumdan önce tütüne maruz kalınması DEHB gelişme riskini artırabilir. Çoğu uzman diyet faktörlerinin (gıda katkı maddeleri, şeker, gıda hassasiyeti, mineral eksikliği) DEHB'ye neden olduğunu düşünmemektedir. Bazı çocuğun bazı gıdalara veya gıda katkılarına tepki olarak hafif davranış değişiklikleri yapması mümkündür. Bununla birlikte, bu değişiklikler DEHB için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

### **2.3.9.2 Anne-Baba Eğitimi**

Bazı anne babaların ders başarısı düşük olan çocuklarının dersten çabuk sıkılmalarına başka sebeplerden kaynaklanmasına rağmen “DEHB kılıfı” bulduklarını ve çocuklarının ders başarısızlığına yol açan diğer durumlarını kabullenmek istemediklerini görmekteyiz. Elbette ders başarısızlığının birçok nedeni vardır ve en önemli nedenleri arasında DEHB de sayılabilir ancak diğer nedenleri de göz önünde bulundurmak gerekir. Bu çocuklar ayrıntılı psikiyatrik muayene ile hiperaktivite - dikkat eksikliği olup olmadığı anlaşılmalı ve gerekirse bir takım testler yapılarak durum bir çocuk ve genç psikiyatristi ile netleştirilmelidir. Çocukların ders başarısızlıklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite durumundan kaynaklanıp kaynaklanmadığı incelenmelidir. Birçok çocuk ders çalışmaktan hoşlanmaz, özellikle öğrenme güçlüğü ve zekâ kapasitesi düşük olan çocuklarda dersten çabuk sıkılma bulunabilir. Bu durumda asıl neden başka olduğu için bu çocuklara DEHB demek mümkün değildir. Şunu da unutmamak gerekir ki bir çocukta hem öğrenme güçlüğü, hem zeka problemleri hem de DEHB olabilir. Bunların ayrımını ne öğretmen ne anne baba ne de eğitimci yapabilir. Bu ayrımı sağlıklı bir şekilde yapacak kişi doktordur. Yani çocuk ve genç psikiyatristi uzmanıdır(Abalı, 2012, 20).

DEHB li çocuklara sahip olan ailelere destek eğitimleri verilebilir. Çocukların doğru davranışlar edinmeleri için kullanabilecekleri yöntemler teşvik edici ve öğrenmeyi kolaylaştırıcı motivasyon ve moral değerlerin kazandırılması becerileri geliştirilebilir. Özellikle çocuklara doğru geribildirim vermenin gereği, gerektiğinde ise bazı davranışların görmezden gelinmesi ve yönlendirilmesi öğretilir (National Institute of Mental Health, 2016). Çocuk bir iki yaşına geldikten sonra süreç içerisinde ortaya çıkan sorunlar, aile üyelerini tanıyla ilgili endişeye düşürmekte, bu bozukluğun “kötü ebeveynliğin” bir sonucu olarak

geliştiğine inanılarak aile üyeleri suçluluk duygusuna kapılabilmektedir (MEB, 2015, 13). Bu durumdan dolayı ebeveyne uygulanacak destek programları yararlı görülmektedir. Ailelerin benzer sorunlarla karşılaşan ailelerle birlikte destek grupları oluşturabilirler (National Institute of Mental Health, 2016). Çocuğun davranışlarının derslerin zorluğundan, yaramazlıktan ya da tembellikten kaynaklandığının düşünülmesi, ebeveynlerin çocukla olan ilişkilerinin bozulmasına ve yanlış yaklaşımların sergilenmesine neden olabilir (MEB, 2015, 13). Tüm bunlardan dolayı ailelerin yeterli bilgiye ve beceriye ulaşması önemlidir. Bu açıdan ruh sağlığı ile ilgilenen kişilerin çocuklarımızı topluma kazandıracak, akademik gidişatına olumlu tesirde bulunabilecek olan önlemleri ailelere anlatması gerekir. Halk sağlığı ve toplumu bilinçlendiren eğitimlerin bu konuda ciddi önemi vardır (Abalı, 2012, 14).

#### **2.4. İlgili Araştırmalar**

Tohma, (2014) Dikkat eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) üzerine yapılan araştırmalar, şimdiye kadar yaklaşık her sınıfta bir çocuğun DEHB' li olduğunu ortaya koymuştur. DEHB belirtileri 2-3 yaşındaki çocuklarda dahi görülmektedir; ancak, bozukluk okulun öğrenciye direkttiği ağır talepler nedeniyle en sık ilkokul yıllarında gözlemlenmektedir. DEHB tanısı en sık 7 yaş grubu çocuklara konulmaktadır. Bu nedenle, ilköğretim İngilizce öğretmenlerinin bu öğrencilere daha etkili bir eğitim sunabilmesi için bozukluk hakkında gerekli bilgi donanımına sahip olmaları oldukça önemlidir. Devlet okullarında birer yabancı dil olarak İngilizce öğretmeni olan 252 ilköğretim öğretmeni demografik özelliklerini belirleyen, DEHB hakkındaki bilgilerini ölçen ve DEHB' li öğrenciler için uygulanan eğitimsel müdahalelerini ortaya koyan bir anket doldular. Ankete katılan 252 öğretmen arasından seçilen 10 İngilizce öğretmeni, çalışmanın güvenilirliğini arttırmak adına yarı yapılandırılmış bir görüşmeye tabi tutuldular. Sonuçlar öğretmenlerin Dikkat Eksikliği Bozukluğu Ölçeğinde elde ettikleri ortalama puanın 34 üzerinden 18,23 olduğunu ortaya koydu. Öğretmen Müdahale Anketi ve yarı yapılandırılmış görüşme sonuçlarına bakılacak olursa, öğretmenler bilhassa öğretim yönetimi kategorisinde başarılı oldular. Bu kategori, sınıfın fiziksel düzeni, sınıfın yapısı, çeşitli sunum ve malzeme

kullanım biçimi ve ipucu, teşvik ve dikkat denetleyicilerin kullanımı stratejilerini içermektedir. Öğretmenler tepki maliyeti, pozitif pekiştirmeye ara verme, ev tabanlı yükümlülükler ve öz yönetim stratejilerini içeren davranış yönetimi kategorisinde ise başarısız oldular. Öğretmenler davranış yönetimi kategorisine giren müdahalelerin kullanımının daha çok engel teşkil ettiğini dile getirdiler. Birçok demografik değişkenin öğretmenin DEHB bilgi düzeyiyle hiçbir ilgisinin olmadığı saptandı. Elde edilen bilgiler öğretmenlerin bozukluk hakkındaki teorik ve pratik bilgilerini arttırmak adına daha etkili eğitimlere ihtiyaç duyduklarını ortaya koydu. Bulgular dikkate alınacak olursa, rehberlik öğretmenleri ve hizmet içi eğitim gibi hizmetler sunan diğer hizmet sunucuları, öğretmenlerin DEHB ve bir takım eğitimsel müdahaleler hakkındaki bilgilerine katkıda bulunabilecek faktörleri tekrar gözden geçirmelidir. Rehberlik öğretmenleri ve hizmet sunucuları, DEHB ve eğitimsel müdahaleler konusunda öğretmenlere gerekli bilgiyi sunabilecek bir kaynak olarak görüldüğünden bu konu üzerinde bir inceleme yapılması önem arz etmektedir.

Gümüsel (2015) araştırmasında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu (DEHB) araştırmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda: Örneklem grubunda; Yüksek öğrenim almamış annelerin kaçınan yaklaşım puan ortalamaları, yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Yüksek öğrenim almamış annelerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Kontrol grubunda; Yüksek öğrenim almamış annelerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, Yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Çalışmayan annelerin “problem çözme toplam puan”, “kaçınan yaklaşım”, “kendine güvenli yaklaşım” puan ortalamaları çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Kontrol grubunda; Çalışmayan annelerin “kendine güvenli yaklaşım” “planlı yaklaşım” puan ortalamaları, çalışan annelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Örneklem grubunda; Çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre, yüksek öğrenim almamış annelerin anksiyete puan ortalamaları, yüksek öğrenim almış annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Kontrol grubunda;

İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Örneklem grubunda; Çocukların annelerinin çalışma durumlarına göre, çalışmayan annelerin anksiyete puan ortalamaları, çalışan annelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Kontrol grubunda; İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çocuk olguların cinsiyetlerine göre; Kız çocukların annelerinde örneklem grubunun “düşünen yaklaşım” ve “kendine güvenli yaklaşım” puan ortalamaları, kontrol grubunun ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Bilgiç, (2011).Ülkemizde 66 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada DEHB tanısı alan çocuklarda, anksiyete bozukluğu sıklığına bakılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre; “DEHB’li çocukların yirmi altısında (%39.4) en az bir anksiyete bozukluğu eştanısı bulunmaktaydı. Olguların %21.2 (n=14)’sinde sosyal anksiyete bozukluğu, %16.7 (n:11)’sinde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, %9.1 (n:6)’inde obsesif kompulsif bozukluk, %4.5 (n:3)’inde yaygın anksiyete bozukluğu, %4.5 (n:3)’inde panik bozukluğu bulunmaktaydı. Obsesif kompulsif bozukluk görülme sıklığı DEHB hiperaktivite-impulsivite önde giden tipte diğer alt tiplere göre anlamlı düzeyde daha fazla idi”

Ernekal (2016) Bu araştırma ile 6-16 yaş arasındaki DEHB tanısı almış çocuklar ile DEHB tanısı almamış çocukların işitsel bellekleri karşılaştırılarak, DEHB tanısının işitsel bellek üzerinde ne derece etkili olduğunun araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemi, 6-16 yaş arası DEHB tanısı olan 102 ve DEHB tanısı olmayan 104 öğrenci olmak üzere toplam 206 öğrenciden oluşmaktadır. Veriler, GİSD-B’nin çocuklara uygulaması ile elde edilen 4 puandan oluşmuştur. Çalışmada ek olarak DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeği ile Aile Görüşme Formu uygulanmıştır. Bulgular: Araştırmanın sonucunda DEHB tanısı ile işitsel bellek arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. DEHB tanısı olan çocukların, DEHB olmayan çocuklara göre GİSD-B testinden anlamlı düzeyde düşük sonuçlar aldığı görülmüştür. GİSD-B’de yaşla orantılı olarak puanların arttığı ve bu etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde DEHB tanısı almış kız ve erkek çocukların GİSD-B’den aldıkları puanların düşük olduğu görülmüştür. Ancak doğum yöntemleri ve anne-baba eğitim düzeyinin çocukların bellek ve işitsel bellek işlevleri üzerinde anlamlı düzeyde bir etkisinin

olmadığı görülmüştür.Yapılan bu çalışmada DEHB ile işitsel bellek arasındaki ilişki bakımından daha önce yapılan benzer çalışmalarla tutarlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışma aynı zamanda doğum yöntemlerinin ve anne baba eğitim düzeyinin DEHBde işitsel bellek ile ilişkisinin araştırılması bakımından ülkemizde yapılan ilk çalışma olması açısından önem arz etmektedir.

Brown, (2010) DEHB olan çocuklarda disleksi (okuma güçlüğü) oranı dikkat çekecek kadar yüksektir. DEHB sendromuna ilişkin dikkat problemleri ve diğer bozukluklar okuma yetisini ciddi bir şekilde etkileyebilmektedir. Yale Üniversitesi'ndeki DEHB kliniğinde yapılan çalışmalarda DEHBsendromlu ergen ve yetişkinlerin akıcı okuma ve anlamada şifre çözümüleme yeteneklerinin normal bireylere göre problemlili olduğu ve zamanla okuma sorunlarının ortadan kaybolmadığı gösterilmiştir. DEHB olan çocukların matematik becerilerinde zorlandıkları, problem çözmede normallere göre üç kat daha etkisiz oldukları ve çıkartma hatlarının çoğu ödünç alma işleminde hata yaptıkları gösterilmiştir. DEHB olan çocukların % 65'inin yazılı ifade puanları öngürülen puandan daha düşükken, normal çocuklarda bu oranın % 27 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaların hepsi beraber ele alındığında, DEHB olan çocukların okumada, matematikte ve yazılı ifadede genellikle erken yıllardan beri süregelen önemli bir zorlanma yaşadıkları görülmektedir. DEHB'li oldukları çocukluk döneminde anlaşılan çocukların çoğu okulda evde ve sosyal ilişkilerde giderek artan yükümlülüklerle yüzleşmeye zorlandıkça giderek artan zorluklar yaşamaya başlarlar.Zaman yönetimleri yoktur. Bunun için okul ödevlerinde problemler yaşarlar. Bu öğrencilerin sadece % 40'nın derslerini düşündükleri saptanmıştır. Bu çocukların zaman yönetimleri olmadığından ve işlerini son ana bıraktıklarından genelde okul ödevlerinde sorunlarla karşılaşılır. DEHBsendromlu gençler başta olmak üzere ergenlik çağındaki bireylerin çoğu öz yönetimi sağlamada sıkıntılar yaşarlar. Duygularını, düşüncelerini, hayallerini yönetmekte güçlükler yaşarlar

Öncü ve Ölmez'in (2004) yaptıkları çalışmada DEHB olan bireylerin işitsel bellek düzeylerinde düşük performans gösterdikleri saptanırken, bu kişilerin sözel bilgilerin kodlanmasında sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. DEHB olan bireylerin işitsel ve sözel yetersizlikleri fazla olurken, kelime listelerini zihinde oluşturmada problemler yaşamaktadırlar. Ayrıca DEHB olgularındaki bellek



bozukluklarının depolama ve pekiştirme sorunlarına sebep olduğu ifade edilmiştir.

Kılıç ve arkadaşlarının (2002a; 2002b) yaptıkları çalışmada ise DEHB olan bireylerde DEHB'li olmayan bireylere göre işitsel yazılı bellek düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmaktadır. DEHB'li olan bireylerin, DEHB olmayanlara göre işitsel yazılı bellek düzeylerinde düşük performans sergiledikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Karakaş ve Yalın'ın (2009) DEHB'li olmayan bireylerle yaptığı çalışmalarda cinsiyetin İS, GS puanı üzerinde etkisi olurken, erin ve ergin dönemde ise GS, GY puanı üzerinde etki ettiği ve kızların erkeklerden daha düşük sonuçlar aldığı saptanmıştır. Ancak DEHB'li olan ve DEHB'li olmayan kızlarla yapılan çalışmalarda DEHB olan kız çocukların DEHB'li olmayan kız çocuklarından anlamlı derecede işitsel bellek düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çakır (2017) DEHB çocukluk çağıında en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir ve sıklıkla öğrenme güçlüğü, gelişimsel dil patolojileri, içe atım ve dışa vurum sorunları başta gelmek üzere başka bozukluklarla birliktelik gösterir. DEHB'nin tedavisi sırasında bu komorbid durumların tanınması ve tedavisi de oldukça önemlidir. Bu çalışmada, DEHB tanısı alan çocukların aile resmi çizimleri ile çocukların algıladıkları ebeveyn tutumları ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma grubu 7-13 yaş arasında 36 çocuk ve annesinden oluşmuştur. Örneklemdeki tüm çocuklara Ana Baba Tutumları Envanteri, Kinetik Aile Çizim Testi ve Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Anneler ise Conner's DEHB Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği ve Sosyodemografik Veri Formu doldurmuştur. DEHB tanılı çocuklar ve kontrol grubu arasında ana baba tutumları bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma grubunun sürekli kaygı düzeyleri kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, durumluk kaygı düzeyleri iki grup arasında farklı bulunmamıştır. Ayrıca DEHB tanısı alan çocukların aile resmi çizimlerinin bu çocuklarda sürekli kaygı düzeyini yordamada faydalı olabileceği görülmüştür. Sonuç olarak çocuk resimlerinin, DEHB tanılı çocukların değerlendirme sürecinde muayeneyi tamamlayıcı önemli bir araç olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Çakmak (2012) tarafından yapılan bir araştırmada, yaşları 7-11 arasında değişen çocuk esirgeme kurumunda büyümüş çocuklar ile ailesi yanında büyümüş çocukların anne figürü çizimlerinin duygusal gelişim ve gelişimsel düzey bakımından karşılaştırılması hedeflenmiştir. Araştırmada duygusal gelişim düzeyinin belirlenmesine yönelik bulgulara göre; dürtüsellik, yetersizlik-güvensizlik, utangaçlık-çekingenlik davranışlarının gruplar arasında karşılaştırılması sonucunda kurumda büyüyen 6-7, 8-9 ve 10-11 yaşlarındaki kız ve erkek çocukların anne ve baba figürü çizimleri puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kaygı davranışı bakımından gruplar kıyaslandığında, kurumda büyüyen 6-7, 8-9 ve 10-11 yaş arasındaki kız çocukları ile 10-11 yaş erkek çocuklarının anne figürü çizimlerinden aldıkları puanlar anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kızgınlık-saldırganlık davranışı ile ilgili veriler göz önünde bulundurulduğunda ailesi yanında ve kurumda büyüyen 22 kız çocuklarının aldıkları puanlar arasındaki fark tüm yaş gruplarında önemsiz bulunurken, aynı değişken bakımından erkek çocuklarının aldıkları puanlar tüm yaş gruplarında anlamlılık düzeyinde daha yüksek bulunmuştur.

Keloğlu (2017) Bu araştırmanın amacı, İstanbul İli Kadıköy ilçesinde ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınların, ruhsal belirtileri ve bunlara etki eden faktörlerin ortaya konması hedeflenmiştir. Ek olarak, araştırmada kadınların yaşı, eğitim düzeyi gibi değişkenlerin Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm düzeyleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın örneklemini İstanbul İli Kadıköy İlçesinde ruh sağlığı hizmetlerine başvuran 200 kadın oluşturmuştur. Araştırma verileri SCL-90 Ölçeği (Psikopatolojik Belirti Tarama Testi) kullanılarak elde edilmiştir. Aynı zamanda kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından Kişisel Bilgi Formu oluşturulmuştur. Araştırmada sosyo-demografik özelliklere göre bakıldığında; kadınların yaşları arttıkça; obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psicotizm ve genel değerlendirme ölçeklerinden aldıkları puanların düşmekte olduğu ve bekar olan kadınların ayrılmış olan kadınlara oranla fobik anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Araştırmada yer alan kadınların çalışma durumu ve eğitim düzeylerine göre de anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir.

Wayman (2017) araştırmacılar ankete katılan ailelerin yüzde 12.7'sinin (annelerin yüzde 12.9'u, babaların yüzde 11.6'sı) "yüksek psikopatolojik belirtiler" kategorisine, yüzde 8.8'e (neredeyse eşit sayıda anneye) ve babalar) o anda tükenmişlik yaşıyor gibi görülüyordu. Bir konsept olarak, ebeveynlerin tükenmesinin oldukça kaçınılmaz olduğunu düşünüyorum" - bir veya 10 çocuğunuz olup olmadığına ve bebek, küçük çocuk veya genç olup olmamasına bakılmaksızın, stres ve kaygı dönemleri olacaktır.

Sevinç ve Babahanoğlu (2016) engelli çocuğa sahip ailelerin aile yükü değerlendirme durumlarının psikopatolojik belirti düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Konya İlinde bulunan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri oluşturmaktadır. Örneklem olarak ise bu kurumlardan altı tanesi seçilmiştir. Araştırmaya 104 ebeveyn katılmıştır. Sonuç olarak, cinsiyet ve engel türü değişkeni ile aile yükü değerlendirme durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ailelerin eğitim durumu ile aile yükü değerlendirme durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Perlick (2005) Bipolar affektif bozukluk, poliklinik hizmetlerinin düşük kullanımı ve hastaneye yatış oranının yüksek olması ve yatarak tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesi ile ilişkili ciddi bir akıl hastalığıdır; Doğal çalışmalar, yatarak tedavi gören bipolar hastaların yaklaşık% 50'sinin 15-18 ay içinde yeniden kabul edildiğini göstermektedir. Bu veriler, bipolar bozukluğun farmakoterapideki son gelişmeler bağlamında incelendiğinde özellikle çarpıcıdır; hizmet kullanımındaki psikososyal etkileri ve bipolar hastaların sonucunu inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu ve belirtti. Bakıcı yükü, sosyal destek ve ifade duygu gibi ailevi faktörlerin, başlıca diğer psikiyatrik bozukluklarda sonuç üzerinde önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir; ancak bipolar hastalıkta aile faktörleri üzerine araştırma neredeyse hiç mevcut değildir. Önerilen araştırma, aile yükünün ayaktan hasta kullanımı, nüksetme ve bipolar hastalıkta toplumsal yaşama etkisi üzerine doğrudan ve dolaylı etkilerini incelemek ve ailelerin yük ve zihinsel sağlık masraflarının kapsamını değerlendirmektir. 375 teşhis konulmuş bipolar hastalar ve ailelerinden bakım verenler, hasta belirtileri ve davranışları ile aile

yükü, sağlık ve başa çıkma önlemleri üzerine değerlendirilmiştir. Olay geçmişi analizi, iki kutuplu semptomların hastaneye kaldırma riskini farklı yük seviyelerinde ne derece öngördüğü modellemek için kullanılacaktır. Sonuçlar, ailelerin ve zihinsel engelli kişilerin bipolar hastalık yükleriyle daha etkin bir şekilde baş edebilmelerini sağlamak için daha hassas hedeflenmiş tedavilerin geliştirilmesi için kullanılmıştır. Olay geçmişi analizi, iki kutuplu semptomların hastaneye kaldırma riskini farklı yük seviyelerinde ne derece öngördüğü modellemek için kullanılmıştır. Sonuçlar, ailelerin ve zihinsel engelli kişilerin bipolar hastalık yükleriyle daha etkin bir şekilde baş edebilmelerini sağlamak için daha hassas hedeflenmiş tedavilerin geliştirilmesi için kullanılmıştır. Olay geçmişi analizi, iki kutuplu semptomların hastaneye kaldırma riskini farklı yük seviyelerinde ne derece öngördüğü modellemek için kullanılmıştır. Sonuçlar, ailelerin ve zihinsel engelli kişilerin bipolar hastalık yükleriyle daha etkin bir şekilde baş edebilmelerini sağlamak için daha hassas hedeflenmiş tedavilerin geliştirilmesi için kullanılmıştır.

## **3. BÖLÜM**

### **YÖNTEM**

Bu bölümde araştırmanın yöntemine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

#### **3.1.Araştırmanın Modeli**

Araştırma genel tarama modeline göre yürütülmüştür. Bu modelde geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekli ile betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır (Karasar, 2014). Bu bağlamda ölçek elektronik ortamda hazırlanmış gönüllülük ilkesine göre dikkat eksikliği ve hiperaktiviteli çocuğu olan anne ve babaların doldurulması istenmiştir. Çocuklardaki DEHB durumunun ailesin üzerindeki psikopatolojik belirtilerin belirlenmesi amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

#### **3.2.Evren ve Örneklem**

Evren (population), araştırma sonuçlarının genellenmek istendiği elemanlar bütünüdür. Bu bütün ortak özellikleri olan canlı ya da cansız her türlü elemanı içerebilir. (Karasar, 2014, s.109). Bu bağlamda araştırmanın evreni dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı almış çocukların anne babaları oluşturmuştur.

Örneklem (sample) belli bir evrenden, belli kurallara göre seçilmiş ve seçildiği evreni temsil yeterliği kabul edilen küçük kümedir (Karasar, 2014, s.110). Örneklem DEHB tanısı konulmuş çocukları olan ebeveynlere elektronik ortamda hazırlanmış belirti tarama listesini dolduran 258 ebeveynden oluşmaktadır.

### **3.3. Veri Toplam Araçları**

Araştırmada kişisel bilgi formu ve Psikopatolojik Belirtiler belirlemek için Belirti Tarama Listesi (SCI-90-R) kullanılmıştır.

#### **3.3.1. Belirti Tarama Listesi (SCI-90-R)**

Bu ölçek, Derogotis (1977) tarafından geliştirilmiştir. Psikiyatrik bir tarama aracı olan bu ölçek, bireyin içinde bulunduğu olumsuz koşulların bireyde meydana getirdiği psikopatolojik ve somatik belirtileri saptar. Bu ölçek, 5'li likert tipi değerlendirmeye dayanan 90 maddeden oluşmakta olup, 9 ayrı belirti grubunu yansıtan 9 alt ölçeği bulunmaktadır: Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlık, Depresyon, Kaygı, Düşmanlık, Fobik Kaygı, Paranoid Düşünce ve Psikotizm. Ayrıca ek maddeler belirti boyutu suçluluk, yemek ve uyku bozuklukları da vardır. Ölçeğin puanlandırılması her madde üzerinde seçenekler için sırasıyla 0–4 arasında puan verilmek suretiyle yapılmaktadır (0=Hiç yok, 1=Biraz, 2=Orta derecede, 3=Fazla, 4=Çok fazla). Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılan bu ölçek, ülkemizde de pek çok çalışmada kullanılmıştır (Kartal A., Çetinkaya B., Turan T., 2009).

- Somatizasyon alt birimi; bedensel işlevlere ilişkin özellikleri içeren maddeleri,
- Obsesif Kompulsif alt birimi; kişinin düşünmekten ya da yapmaktan vazgeçemediği istenmeyen düşünce ve davranışlarına ilişkin maddeleri,
- Kişiler arası duyarlılık alt birimi; bireyin kendini aşağılama veya yetersizlik duygularına ilişkin maddeleri,
- Depresyon alt birimi; genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri ve yaşam ilgilerinin azalmasına ilişkin maddeleri,
- Anksiyete alt birimi; aşırı düzeydeki kaygıya ilişkin maddeleri,
- Öfke alt birimi; saldırganlık ve kızgınlık duygularını içeren maddeleri,

- Fobik Anksiyete alt birimi; bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisine ilişkin maddeleri,
- Paranoid düşünce alt birimi; kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle korkulara ilişkin maddeleri,
- Psikotik alt birimi; içe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, şizoid yaşam biçimine ilişkin maddeleri kapsamaktadır.
- Ek maddeler alt birimi ise uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilişkili maddeleri kapsamaktadır

Belirti tarama listesindeki alt birimlerin puanı ise o alt ölçeği içeren sorulardan alınan puanların soru sayısına bölünmesiyle bulunur. Buna göre hesaplama; Dağ (1991)

- Somatizasyon :  $(1+4+12+27+40+42+48+49+52+53+56+58) / 12$
- Obsesif-Kompulsif :  $(3+9+10+28+38+45+46+51+55+65) / 10$
- Kişiler Arası Duyarlılık :  $(6+21+34+36+37+41+61+69+73) / 9$
- Depresyon :  $(5+14+15+20+22+26+29+30+31+32+54+71+79) / 13$
- Anksiyete :  $(2+17+23+33+39+57+72+78+80+86) / 10$
- Öfke :  $(11+24+63+67+74+81) / 6$
- Fobik Anksiyete :  $(13+25+47+50+70+75+82) / 7$
- Paranoid düşünce :  $(8+18+43+68+76+83) / 6$
- Psikotik :  $(7+16+35+62+77+84+85+87+88+90) / 10$
- Ek maddeler :  $(19+44+59+60+64+66+89) / 7$

### 3.4. Ölçme Aracının Uygulanma Aşamaları

Öncelikle belirti listesi elektronik ortama aktarılmıştır. Online doldurmaya imkan verecek şekilde düzenlenmiştir. Bu işlemten sonra Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerine mail yoluyla ve yüzyüze iletişikle ulaşılmış formu doldurmaları istenmiştir. Formu dolduran Ebeveynlerin bilgileri önce excel tablosuna sonra SPSS veri tablosuna aktarılmıştır.

### 3.5. Verilerin Çözümlemesi

İstatistiksel analizler öncesinde demografik değişkenler normal dağılım gösterecek şekilde gruplandırılmış ardından Ebeveynlere uygulanan Belirti Listesi cevapları puanlanmıştır. Elde edilen bu veriler SPSS for Windows ver: 20.0” programında analiz edilmiş, manidarlıklar minimum  $p < 0,05$  düzeyinde sınanmıştır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerin demografik bilgileri için frekans ve yüzde dağılımları çıkarılmış, belirti listesi puanlarının  $\bar{x}$ , ss, değerleri saptanmıştır. Öte yandan, karşılaştırma analizleri için yeterli dağılımın oluşmadığı değişkenler için anlamlı birleştirmelerle gruplar birleştirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız grup t testi normal dağılım göstermeyen anne hayatta olma değişkeni için Mann Whitney u testi, demografik değişkenlerin psikopatolojik belirti ölçeği puanlarını yordamasına ilişkin olarak da regresyon analizi yapılmıştır. Ayrıca Anova sonrası farklılığı gruplar arası anlamlı belirlemek için scheffe testi yapılmıştır.



## 4.BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları verilmiştir.

**Tablo 1**

*Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı*

Demografik Özellikler	Gruplar	f	%
Yaş	7 yaş ve altı	78	30,2
	8-9 yaş	74	28,7
	10 yaş ve üzeri	106	41,1
Sınıf	1. ve 2. Sınıf	92	35,7
	3. ve 4. Sınıf	58	22,5
	5. ve 8. Sınıf	108	41,9
Tedavi Süresi	1 yıl	84	32,6
	2-3 yıl	96	37,2
	4 yıl ve üzeri	78	30,2
Düzenli tedavi olma	Evet	216	83,7
	Hayır	42	16,3
İlaç Kullanma Durumu	Evet	66	25,6
	Hayır	192	74,4
Düzelme Durumu	Evet	150	58,1
	Kısmen	108	41,9
Başka Kardeş Durumu	Evet	168	65,1
	Hayır	90	34,9
Kardeş Rahatsızlığı	Evet	6	2,3
	Hayır	252	97,7
Anne ve baba Birlikteliği	Evet	208	80,6
	Hayır	50	19,4
Aile Yapısı	Büyük aile	24	9,3
	Çekirdek aile	234	90,7
	25-35 yaş	34	13,2
Ebeveyn Yaşı	36-40 yaş	129	50,0
	41 yaş ve üzeri	95	36,8
İlgilenen Ebeveynin	Kadın	212	82,2

Cinsiyeti	Erkek	46	17,8
Anne Yaşam Durumu	Sağ	246	95,3
	Ölü	12	4,7
Baba Yaşam Durumu	Sağ	243	94,2
	Ölü	15	5,8
Veli Öğrenim	İlköğretim	45	17,4
	Ortaöğretim	183	70,9
	Yükseköğretim	30	11,6
Veli Çalışma Durumu	Çalışıyor	190	73,6
	Çalışmıyor	68	26,4
Ekonomik Destek Durumu	Evet	22	8,5
	Hayır	236	91,5
Ekonomik Durum	Orta	102	39,5
	İyi	58	22,5
	Çok İyi	66	25,6
	Kötü	32	12,4
	Evet	20	7,8
Psikopatolojik Rahatsızlık Durumu	Hayır	238	92,2
	Toplam	258	100,0

Tablo 1'de görüldüğü üzere örneklem grubunu oluşturan kişilerin çocuklarının yaşları incelendiğinde, 78'i (%30,2) 0-7 yaşında, 74'ü (%28,7) çocuğu 8-9 yaşında, 106'sı (%41,1) çocuğu 10 ve üzeri yaştadır. Çocuklarının sınıfları incelendiğinde, 92'si (%35,2) çocuğu 1 ve 2. sınıfta, 58'i (%22,5) 3-4 sınıfta, 108'i (%41,9) 5 ve üzeri sınıfta okumaktadır.

84'ü (%32,6) 1 yıldır tedavi görmekte, 96'sı (%37,2) 2-3 yıldır, 78'i (%30,2) 4 ve üzeri yıldır tedavi görmektedir. 216'sı (%83,7) düzenli tedavi görmekte, 42'si (%16,3) düzenli tedavi görmemektedir. 66'sı (%25,6) ilaç kullanmakta, 192'si (%74,4) ilaç kullanmamaktadır. 150'si (%58,1) düzelmekte, 108'i (%41,9) kısmen fayda görmüştür. 168'i (%69,1) kardeşi var, 90'ı (%34,9) başka kardeşi yoktur. 6'sının (%2,3) kardeşinde rahatsızlık varken, 252'sinde (%97,7) kardeşinde rahatsızlık yoktur.

208'i (%80,6) anne ve baba birlikte yaşamakta, 50'si (%19,4) anne ve baba ayrı yaşamaktadır. 24'ü (%9,3) büyük ailede yaşamakta, 234'ü (%90,7) çekirdek ailede yaşamaktadır. 34'ü (%13,2) 25-35 yaşına, 129'u (%50,0) 36-40 yaşında, 95'i (%36,8) 41 yaş ve üzerindedir. 212'si (%82,2) ilgilenen ebeveynlerin kadındır, 46'sı (%17,8) erkektir.

Ebeveynler anne hayatta olma durumu incelendiğinde 258 ebeveynin 246'sı (%95,3) annesi hayatta, 12'inin (%4,7) annesi ölmüştür. Baba hayatta

olma durumu incelendiğinde 243 ebeveynin (%94,2) babası hayatta, 15'inin (%4,8) babası ölmüştür. Ebeveynlerin öğrenim durumu incelendiğinde, 45'i (%17,4) ilköğretim, 183'ü (%70,9) ortaöğretim, 30'u (%11,6) yükseköğretim mezunudur. 190'ı (%73,6) çalışmakta, 68'i (%26,4) çalışmamaktadır. 22'si (%8,5) ekonomik destek almakta, 236'sı (%91,5) almamaktadır. 102'si (%39,5) orta, 58'i (%22,5) iyi, 66'sı (%25,6) çok iyi, 32'si (%12,4) kötü ekonomik duruma sahiptir. Ebeveynlerin 20'si (%7,8) psikopatolojik rahatsızlık var, 238'i (%92,2) yoktur.

**Tablo 2.**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirtileri Uygulanan Psikopatolojik Belirti Ölçeğinin Toplam Puanlar ve Tüm Alt Boyutların Aritmetik Ortalama, Standart Sapma Değerleri*

<b>Boyut</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Ss</b>
Somatizasyon	324	1,202	,808
Obsesif	324	1,509	,789
Kişilerarası	324	1,350	,823
Depresyon	324	1,430	,850
Kaygı	324	1,085	,856
Öfke	324	1,380	,840
Fobi	324	,548	,663
Paranoid	324	1,178	,815
Psikotizm	324	,725	,659
Ekölçek	324	1,164	,773
Genel Ölçek	324	1,267	,737

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan kişilerin somatizasyon maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} = 1,202$  ss=0,808) olduğu, Obsesif maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} = 1,509$ , ss=,789) olduğu, Kişilerarası maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} = 1,350$ , ss=,823) olduğu, Depresyon maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} = 1,430$ , ss=,850) olduğu, Kaygı maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} = 1,085$ , ss=,856) olduğu, Öfke maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} = 1,380$ , ss=,840) olduğu, Fobi

maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} = ,548$ ,  $ss=,663$ ) olduğu, Paranoid maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} =1,178$ ,  $ss=0,815$ ) olduğu, Psikotizm maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} =,725$ ,  $ss=,659$ ) olduğu, Ekölçekmaddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} =1,164$ ,  $ss=,773$ ) olduğu, Genel psikopatolojik belirti maddelerinin aritmetik ortalaması ( $\bar{X} =1,267$ ,  $ss=,737$ ) olduğu görülmüştür.

Bu puanlar dikkate alındığında ebeveynlerin psikolojik belirti durumlarının normal olduğu söylenebilir. Ölçeğin 5 li likert tipinde olması ilk puanın sıfırla başlaması en yüksek aritmetik ortalamanın 4 olacağı düşünüldüğünde bu değerlendirmeyi yapmak mümkün olabilmektedir. Ebeveynlerin psikopatolojik belirti durumlarının düşük olduğu söylenebilir. En düşük ölçek puanı fobi ( $\bar{X} =,543$ ) ile psikotizm ( $\bar{X} =,725$ ) alt boyutlarında olduğu bulunmuştur. En yüksek ölçek puanı ise obsesif alt boyutunda ( $\bar{X} =1,509$ ) olurken depresyon alt boyutu da ( $\bar{X} =1,430$ ) diğerlerine kıyasla yüksek çıkmıştır.

**Tablo 3**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Yaşlarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

<i>f</i> , $\bar{x}$ ve <i>ss</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Boyut	Yaş	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Somatizasyon	7 yaş ve altı	78	1,297	,8101	<b>G.Arası</b>	1,870	2	,935	1,437	,240
	8-9 yaş	74	1,242	,8135	<b>G.İçi</b>	165,915	255	,651		
	10 yaş ve üzeri	106	1,103	,7992	<b>Toplam</b>	167,785	257			
	Toplam	258	1,202	,8080						
Obsesif Kompulsif	7 yaş ve altı	78	1,485	,8024	<b>G.Arası</b>	1,231	2	,616	,989	,373
	8-9 yaş	74	1,616	,7687	<b>G.İçi</b>	158,786	255	,623		
	10 yaş ve üzeri	106	1,453	,7932	<b>Toplam</b>	160,018	257			
	Toplam	258	1,509	,7891						
Kişilerarası Duyarlılık	7 yaş ve altı	78	1,331	,8379	<b>G.Arası</b>	1,536	2	,768	1,134	,323
	8-9 yaş	74	1,467	,7433	<b>G.İçi</b>	172,744	255	,677		
	10 yaş ve üzeri	106	1,281	,8639	<b>Toplam</b>	174,280	257			
	Toplam	258	1,350	,8235						

Depresyon	7 yaş ve altı	78	1,499	,8055	<b>G.Arası</b>	1,634	2	,817	1,132	,324
	8-9 yaş	74	1,493	,9096	<b>G.İçi</b>	184,062	255	,722		
	10 yaş ve üzeri	106	1,335	,8378	<b>Toplam</b>	185,696	257			
	Toplam	258	1,430	,8500						
Kaygı	7 yaş ve altı	78	1,126	,7970	<b>G.Arası</b>	1,238	2	,619	,952	,387
	8-9 yaş	74	1,159	,8077	<b>G.İçi</b>	165,926	255	,651		
	10 yaş ve üzeri	106	1,004	,8130	<b>Toplam</b>	167,164	257			
	Toplam	258	1,085	,8065						
Öfke	7 yaş ve altı	78	1,414	,7651	<b>G.Arası</b>	1,385	2	,693	,980	,377
	8-9 yaş	74	1,465	,8365	<b>G.İçi</b>	180,151	255	,706		
	10 yaş ve üzeri	106	1,295	,8944	<b>Toplam</b>	181,537	257			
	Toplam	258	1,380	,8405						
Fobi	7 yaş ve altı	78	,526	,6263	<b>G.Arası</b>	2,053	2	1,027	2,358	,097
	8-9 yaş	74	,683	,8059	<b>G.İçi</b>	111,032	255	,435		
	10 yaş ve üzeri	106	,469	,5641	<b>Toplam</b>	113,086	257			
	Toplam	258	,548	,6633						
Paranoid	7 yaş ve altı	78	1,251	,8040	<b>G.Arası</b>	,829	2	,414	,622	,538
	8-9 yaş	74	1,190	,7938	<b>G.İçi</b>	169,864	255	,666		
	10 yaş ve üzeri	106	1,116	,8400	<b>Toplam</b>	170,693	257			
	Toplam	258	1,178	,8150						
Psikotizm	7 yaş ve altı	78	,677	,5472	<b>G.Arası</b>	,748	2	,374	,858	,425
	8-9 yaş	74	,808	,6846	<b>G.İçi</b>	111,133	255	,436		
	10 yaş ve üzeri	106	,702	,7162	<b>Toplam</b>	111,881	257			
	Toplam	258	,725	,6598						
Ekölçek	7 yaş ve altı	78	1,305	,6731	<b>G.Arası</b>	4,499	2	2,250	3,842	,023
	8-9 yaş	74	1,239	,8734	<b>G.İçi</b>	149,322	255	,586		
	10 yaş ve üzeri	106	1,009	,7480	<b>Toplam</b>	153,821	257			
	Toplam	258	1,164	,7736						
Genel Ölçek	7 yaş ve altı	78	1,299	,6756	<b>G.Arası</b>	1,268	2	,634	1,167	,313
	8-9 yaş	74	1,350	,7661	<b>G.İçi</b>	138,572	255	,543		
	10 yaş ve üzeri	106	1,187	,7596	<b>Toplam</b>	139,840	257			
	Toplam	258	1,267	,7376						

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin yaşlarına göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden ANOVA testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmezken Ek Ölçek(uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk)alt boyutu puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için scheffe testi uygulanmıştır.

**Tablo 4***Scheffe Testi Sonuçları*

Boyut	Yaş (i)	Yaş (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	P
Ekölçek	7 yaş ve altı	8-9 yaş	,0660	,1242	,868
		10 yaş ve üzeri	,2956*	,1142	,037
	8-9 yaş	7 yaş ve altı	-,0660	,1242	,868
		10 yaş ve üzeri	,2296	,1159	,143
	10 yaş ve üzeri	7 yaş ve altı	-,2956*	,1142	,037
		8-9 yaş	-,2296	,1159	,143

Tabloda görüldüğü üzere ebeveynlerin psikopatolojik belirti durumlarının yaşlarına göre hangi gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturduğunu belirlemek için scheffe testi uygulanmıştır. Test sonucunda, Ek ölçek (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk)alt boyutunda çocukları 7 yaş altı olan grup ile çocukları 10 yaş ve üzeri olan grup arasında olduğu ve 7 yaş ve altı olan grubun ek ölçek alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum küçük yaştaki çocuklara sahip olan ebeveynin daha çok ek ölçek psikopatolojik belirtileri yaşadığı söylenebilir.

**Tablo 5***Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Sınıflarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

<i>f</i> , $\bar{x}$ ve <i>SS</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Boyut	Sınıf	N	$\bar{x}$	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	P
Somatizasyon	1. ve 2. Sınıf	92	1,393	,8676	<b>G.Arası</b>	6,038	2	3,019	4,760	,009
	3. ve 4. Sınıf	58	1,191	,7365	<b>G.İçi</b>	161,747	255	,634		
	5. ve 8. Sınıf	108	1,044	,7632	<b>Toplam</b>	167,785	257			
	Toplam	258	1,202	,8080						
Obsesif Kompulsif	1. ve 2. Sınıf	92	1,578	,7997	<b>G.Arası</b>	1,861	2	,931	1,501	,225
	3. ve 4. Sınıf	58	1,586	,7224	<b>G.İçi</b>	158,156	255	,620		
	5. ve 8. Sınıf	108	1,409	,8100	<b>Toplam</b>	160,018	257			
	Toplam	258	1,509	,7891						
Kişilerarası Duyarlılık	1. ve 2. Sınıf	92	1,352	,8364	<b>G.Arası</b>	,599	2	,299	,440	,645
	3. ve 4. Sınıf	58	1,430	,6766	<b>G.İçi</b>	173,681	255	,681		
	5. ve 8. Sınıf	108	1,304	,8856	<b>Toplam</b>	174,280	257			

k	Toplam	258	1,350	,8235						
	1. ve 2. Sınıf	92	1,629	,8283	<b>G.Arası</b>	5,705	2	2,852	4,041	,019
	3. ve 4. Sınıf	58	1,335	,8261	<b>G.İçi</b>	179,991	255	,706		
	5. ve 8. Sınıf	108	1,311	,8574	<b>Toplam</b>	185,696	257			
	Toplam	258	1,430	,8500						
Depresyon	1. ve 2. Sınıf	92	1,180	,8406	<b>G.Arası</b>	1,552	2	,776	1,195	,304
	3. ve 4. Sınıf	58	1,086	,7287	<b>G.İçi</b>	165,612	255	,649		
	5. ve 8. Sınıf	108	1,004	,8148	<b>Toplam</b>	167,164	257			
	Toplam	258	1,085	,8065						
	1. ve 2. Sınıf	92	1,465	,8319	<b>G.Arası</b>	3,069	2	1,535	2,193	,114
Kaygı	3. ve 4. Sınıf	58	1,483	,8423	<b>G.İçi</b>	178,467	255	,700		
	5. ve 8. Sınıf	108	1,251	,8375	<b>Toplam</b>	181,537	257			
	Toplam	258	1,380	,8405						
	1. ve 2. Sınıf	92	,648	,7086	<b>G.Arası</b>	1,850	2	,925	2,121	,122
	3. ve 4. Sınıf	58	,558	,7538	<b>G.İçi</b>	111,235	255	,436		
Fobi	5. ve 8. Sınıf	108	,456	,5566	<b>Toplam</b>	113,086	257			
	Toplam	258	,548	,6633						
	1. ve 2. Sınıf	92	1,268	,7835	<b>G.Arası</b>	1,190	2	,595	,895	,410
	3. ve 4. Sınıf	58	1,145	,7172	<b>G.İçi</b>	169,503	255	,665		
	5. ve 8. Sınıf	108	1,119	,8877	<b>Toplam</b>	170,693	257			
Paranoid	Toplam	258	1,178	,8150						
	1. ve 2. Sınıf	92	,772	,5775	<b>G.Arası</b>	,372	2	,186	,426	,654
	3. ve 4. Sınıf	58	,724	,6552	<b>G.İçi</b>	111,509	255	,437		
	5. ve 8. Sınıf	108	,685	,7279	<b>Toplam</b>	111,881	257			
	Toplam	258	,725	,6598						
Psikotizm	1. ve 2. Sınıf	92	1,401	,7557	<b>G.Arası</b>	8,699	2	4,350	7,643	,001
	3. ve 4. Sınıf	58	1,120	,7857	<b>G.İçi</b>	145,122	255	,569		
	5. ve 8. Sınıf	108	,986	,7360	<b>Toplam</b>	153,821	257			
	Toplam	258	1,164	,7736						
	1. ve 2. Sınıf	92	1,376	,7192	<b>G.Arası</b>	2,112	2	1,056	1,955	,144
Genel Ölçek	3. ve 4. Sınıf	58	1,276	,6890	<b>G.İçi</b>	137,728	255	,540		
	5. ve 8. Sınıf	108	1,170	,7710	<b>Toplam</b>	139,840	257			
	Toplam	258	1,267	,7376						

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin sınıflarına göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden ANOVA testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmezken Somatizasyon, Depresyon ve Ek Ölçek alt boyutu puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için scheffe testi uygulanmıştır.

**Tablo 6**

*Scheffe testi Sonuçları*

Boyut	Sınıf (i)	Sınıf (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	P
Somatizasyon	1. ve 2. Sınıf	3. ve 4. Sınıf	,2018	,1335	,321
		5. ve 8. Sınıf	,3484*	,1130	,009

Depresyon	3. ve 4. Sınıf	1. ve 2. Sınıf	-,2018	,1335	,321
		5. ve 8. Sınıf	,1466	,1297	,529
	5. ve 8. Sınıf	1. ve 2. Sınıf	-,3484*	,1130	,009
		3. ve 4. Sınıf	-,1466	,1297	,529
	1. ve 2. Sınıf	3. ve 4. Sınıf	,2943	,1409	,115
		5. ve 8. Sınıf	,3182*	,1192	,030
	3. ve 4. Sınıf	1. ve 2. Sınıf	-,2943	,1409	,115
		5. ve 8. Sınıf	,0239	,1368	,985
	5. ve 8. Sınıf	1. ve 2. Sınıf	-,3182*	,1192	,030
		3. ve 4. Sınıf	-,0239	,1368	,985
	1. ve 2. Sınıf	3. ve 4. Sınıf	,2807	,1265	,087
		5. ve 8. Sınıf	,4150*	,1070	,001
Ekölçek	3. ve 4. Sınıf	1. ve 2. Sınıf	-,2807	,1265	,087
		5. ve 8. Sınıf	,1342	,1228	,551
	5. ve 8. Sınıf	1. ve 2. Sınıf	-,4150*	,1070	,001
		3. ve 4. Sınıf	-,1342	,1228	,551

Tabloda görüldüğü üzere Ebeveynlerin psikopatolojik belirti durumlarının çocukların sınıflarına göre hangi gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturduğunu belirlemek için scheffe testi uygulanmıştır. Test sonucunda, Somatizasyon, Depresyon ve Ek ölçek alt boyutunda çocukların sınıfı 1-2 olanlar ile 5. Sınıf ve üstünde olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu, 1. Ve 2. Sınıfta okuyan çocuklara sahip olan ebeveynlerin Somatizasyon, Depresyon ve Ek ölçek alt boyutları puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 7**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Tedavi Sürelerine Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

<i>f</i> , $\bar{x}$ ve <i>SS</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Boyut	Süre	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Somatizasyon	1 yıl	84	1,261	,8304	<b>G.Arası</b>	,896	2	,448	,685	,505
	2-3 yıl	96	1,127	,7434	<b>G.İç</b>	166,888	255	,654		
	4 yıl ve üzeri	78	1,229	,8616	<b>Toplam</b>	167,785	257			
	Toplam	258	1,202	,8080						
Obsesif Kompulsif	1 yıl	84	1,531	,8127	<b>G.Arası</b>	,451	2	,225	,360	,698
	2-3 yıl	96	1,542	,8304	<b>G.İç</b>	159,567	255	,626		
	4 yıl ve üzeri	78	1,446	,7138	<b>Toplam</b>	160,018	257			
	Toplam	258	1,509	,7891						
Kişilerarası Duyarlılık	1 yıl	84	1,403	,7993	<b>G.Arası</b>	,471	2	,235	,345	,708
	2-3 yıl	96	1,346	,8503	<b>G.İç</b>	173,810	255	,682		
	4 yıl ve üzeri	78	1,296	,8225	<b>Toplam</b>	174,280	257			
	Toplam	258	1,350	,8235						
Depresyon	1 yıl	84	1,491	,8721	<b>G.Arası</b>	,755	2	,377	,520	,595
	2-3 yıl	96	1,437	,8792	<b>G.İç</b>	184,941	255	,725		



	4 yıl ve üzeri	78	1,355	,7927	<b>Toplam</b>	185,696	257			
	Toplam	258	1,430	,8500						
Kaygı	1 yıl	84	1,057	,9168	<b>G.Arası</b>	,293	2	,146	,224	,800
	2-3 yıl	96	1,069	,7153	<b>G.İçi</b>	166,871	255	,654		
	4 yıl ve üzeri	78	1,136	,7936	<b>Toplam</b>	167,164	257			
	Toplam	258	1,085	,8065						
Öfke	1 yıl	84	1,436	,8140	<b>G.Arası</b>	,467	2	,233	,329	,720
	2-3 yıl	96	1,335	,8021	<b>G.İçi</b>	181,070	255	,710		
	4 yıl ve üzeri	78	1,374	,9185	<b>Toplam</b>	181,537	257			
	Toplam	258	1,380	,8405						
Fobi	1 yıl	84	,664	,7786	<b>G.Arası</b>	1,948	2	,974	2,235	,109
	2-3 yıl	96	,527	,6518	<b>G.İçi</b>	111,138	255	,436		
	4 yıl ve üzeri	78	,448	,5155	<b>Toplam</b>	113,086	257			
	Toplam	258	,548	,6633						
Paranoid	1 yıl	84	1,213	,7632	<b>G.Arası</b>	1,115	2	,558	,839	,433
	2-3 yıl	96	1,094	,8024	<b>G.İçi</b>	169,577	255	,665		
	4 yıl ve üzeri	78	1,244	,8832	<b>Toplam</b>	170,693	257			
	Toplam	258	1,178	,8150						
Psikotizm	1 yıl	84	,721	,6671	<b>G.Arası</b>	,089	2	,044	,101	,904
	2-3 yıl	96	,706	,6884	<b>G.İçi</b>	111,793	255	,438		
	4 yıl ve üzeri	78	,751	,6225	<b>Toplam</b>	111,881	257			
	Toplam	258	,725	,6598						
Ekölçek	1 yıl	84	1,246	,9438	<b>G.Arası</b>	1,063	2	,532	,888	,413
	2-3 yıl	96	1,092	,6304	<b>G.İçi</b>	152,758	255	,599		
	4 yıl ve üzeri	78	1,166	,7304	<b>Toplam</b>	153,821	257			
	Toplam	258	1,164	,7736						
Genel Ölçek	1 yıl	84	1,320	,8044	<b>G.Arası</b>	,415	2	,207	,379	,685
	2-3 yıl	96	1,224	,6952	<b>G.İçi</b>	139,425	255	,547		
	4 yıl ve üzeri	78	1,264	,7190	<b>Toplam</b>	139,840	257			
	Toplam	258	1,267	,7376						

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin tedavi sürelerine göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden ANOVA testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 8**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin İlaç Kullanma Durumlarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	İlaç Kullanma	N	$\bar{x}$	SS	Sh $\bar{x}$	t Testi		
						t	Sd	p
Somatizasyon	Evet	66	1,207	,8368	,1030	,059	256	,953
	Hayır	192	1,200	,8001	,0577			
Obsesif	Evet	66	1,430	,8638	,1063	-,943	256	,347

	Hayır	192	1,536	,7622	,0550			
Kişilerarası	Evet	66	1,230	,9346	,1150	-1,370	256	,172
	Hayır	192	1,391	,7801	,0563			
Depresyon	Evet	66	1,408	,9366	,1153	-,239	256	,812
	Hayır	192	1,437	,8207	,0592			
Kaygı	Evet	66	1,124	,9142	,1125	,454	256	,650
	Hayır	192	1,072	,7682	,0554			
Öfke	Evet	66	1,332	,9469	,1166	-,538	256	,591
	Hayır	192	1,396	,8026	,0579			
Fobi	Evet	66	,548	,6518	,0802	,008	256	,993
	Hayır	192	,547	,6689	,0483			
Paranoid	Evet	66	1,173	,9660	,1189	-,063	256	,950
	Hayır	192	1,180	,7590	,0548			
Psikotizm	Evet	66	,718	,6863	,0845	-,094	256	,925
	Hayır	192	,727	,6523	,0471			
Ekölçek	Evet	66	1,181	,8869	,1092	,202	256	,840
	Hayır	192	1,159	,7332	,0529			
Genel Ölçek	Evet	66	1,257	,8423	,1037	-,133	256	,894
	Hayır	192	1,271	,7005	,0506			

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ilaç kullanma durumlarına göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden t testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 9**

***Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin İyileşme Durumlarına Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması***

Puan	İyileşme	N	$\bar{x}$	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Somatizasyon	Evet	150	1,181	,8035	,0656	-1,475	256	,635
	Kısmen	108	1,230	,8171	,0786			
Obsesif	Evet	150	1,569	,7985	,0652	1,443	256	,150
	Kısmen	108	1,426	,7717	,0743			
Kişilerarası	Evet	150	1,375	,8349	,0682	,587	256	,557
	Kısmen	108	1,314	,8099	,0779			
Depresyon	Evet	150	1,405	,8573	,0700	-,561	256	,575
	Kısmen	108	1,465	,8425	,0811			
Kaygı	Evet	150	1,124	,7678	,0627	,909	256	,364
	Kısmen	108	1,031	,8581	,0826			
Öfke	Evet	150	1,436	,8617	,0704	1,281	256	,201
	Kısmen	108	1,301	,8074	,0777			
Fobi	Evet	150	,499	,6215	,0507	-1,384	256	,168
	Kısmen	108	,615	,7149	,0688			

Paranoid	Evet	150	1,159	,8117	,0663	-,453	256	,651
	Kısmen	108	1,205	,8225	,0791			
Psikotizm	Evet	150	,747	,6610	,0540	,626	256	,532
	Kısmen	108	,694	,6601	,0635			
Ekölçek	Evet	150	1,149	,7416	,0606	-,365	256	,716
	Kısmen	108	1,185	,8191	,0788			
Genel Ölçek	Evet	150	1,283	,7429	,0607	,393	256	,694
	Kısmen	108	1,246	,7332	,0706			

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin iyileşme durumlarına göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden t testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 10**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Kardeşi Olma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	Kardeş	N	$\bar{x}$	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Somatizasyon	Evet	168	1,240	,8168	,0630	1,042	256	,298
	Hayır	90	1,130	,7908	,0834			
Obsesif	Evet	168	1,587	,8201	,0633	2,174	256	,031
	Hayır	90	1,364	,7095	,0748			
Kişilerarası	Evet	168	1,445	,8498	,0656	2,556	256	,011
	Hayır	90	1,172	,7447	,0785			
Depresyon	Evet	168	1,429	,8564	,0661	-,028	256	,978
	Hayır	90	1,432	,8428	,0888			
Kaygı	Evet	168	1,098	,8072	,0623	,335	256	,738
	Hayır	90	1,062	,8093	,0853			
Öfke	Evet	168	1,441	,7976	,0615	1,603	256	,110
	Hayır	90	1,265	,9087	,0958			
Fobi	Evet	168	,591	,6781	,0523	1,425	256	,155
	Hayır	90	,467	,6308	,0665			
Paranoid	Evet	168	1,219	,8290	,0640	1,110	256	,268
	Hayır	90	1,101	,7869	,0829			
Psikotizm	Evet	168	,798	,7129	,0550	2,445	256	,015
	Hayır	90	,589	,5241	,0552			
Ekölçek	Evet	168	1,178	,8207	,0633	,375	256	,708
	Hayır	90	1,140	,6809	,0718			
Genel Ölçek	Evet	168	1,319	,7624	,0588	1,550	256	,122
	Hayır	90	1,170	,6826	,0720			

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin kardeş olma durumlarına göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden t testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmezken Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Psicotizm alt boyutu puanlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık alt boyutlarında diğer bir çocuğa da sahip olanların olmayanlara göre daha yüksek oranda psikopatolojik belirti puanına sahip oldukları görülmüştür.

**Tablo 11**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Kardeşinde Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	Kardeş Rahatsızlığı	N	$\bar{x}$	SS	Sh $\bar{x}$	t Testi																																																																																																																																										
						t	Sd	p																																																																																																																																								
Somatizasyon	Evet	6	1,100	,2366	,0966	-,311	256	,756																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,204	,8168	,0515				Obsesif	Evet	6	1,033	,2066	,0843	-1,499	256	,135	Hayır	252	1,521	,7944	,0500	Kişilerarası	Evet	6	1,200	,4099	,1673	-,450	256	,653	Hayır	252	1,353	,8309	,0523	Depresyon	Evet	6	1,133	,4412	,1801	-,864	256	,388	Hayır	252	1,437	,8566	,0540	Kaygı	Evet	6	,900	,5865	,2394	-,569	256	,570	Hayır	252	1,090	,8114	,0511	Öfke	Evet	6	1,400	,8626	,3521	,060	256	,952	Hayır	252	1,379	,8417	,0530	Fobi	Evet	6	,367	,0516	,0211	-,675	256	,500	Hayır	252	,552	,6706	,0422	Paranoid	Evet	6	,933	,1033	,0422	-,744	256	,458	Hayır	252	1,184	,8236	,0519	Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640	Hayır	252	,728	,6672	,0420	Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır
Obsesif	Evet	6	1,033	,2066	,0843	-1,499	256	,135																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,521	,7944	,0500				Kişilerarası	Evet	6	1,200	,4099	,1673	-,450	256	,653	Hayır	252	1,353	,8309	,0523	Depresyon	Evet	6	1,133	,4412	,1801	-,864	256	,388	Hayır	252	1,437	,8566	,0540	Kaygı	Evet	6	,900	,5865	,2394	-,569	256	,570	Hayır	252	1,090	,8114	,0511	Öfke	Evet	6	1,400	,8626	,3521	,060	256	,952	Hayır	252	1,379	,8417	,0530	Fobi	Evet	6	,367	,0516	,0211	-,675	256	,500	Hayır	252	,552	,6706	,0422	Paranoid	Evet	6	,933	,1033	,0422	-,744	256	,458	Hayır	252	1,184	,8236	,0519	Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640	Hayır	252	,728	,6672	,0420	Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469										
Kişilerarası	Evet	6	1,200	,4099	,1673	-,450	256	,653																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,353	,8309	,0523				Depresyon	Evet	6	1,133	,4412	,1801	-,864	256	,388	Hayır	252	1,437	,8566	,0540	Kaygı	Evet	6	,900	,5865	,2394	-,569	256	,570	Hayır	252	1,090	,8114	,0511	Öfke	Evet	6	1,400	,8626	,3521	,060	256	,952	Hayır	252	1,379	,8417	,0530	Fobi	Evet	6	,367	,0516	,0211	-,675	256	,500	Hayır	252	,552	,6706	,0422	Paranoid	Evet	6	,933	,1033	,0422	-,744	256	,458	Hayır	252	1,184	,8236	,0519	Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640	Hayır	252	,728	,6672	,0420	Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																								
Depresyon	Evet	6	1,133	,4412	,1801	-,864	256	,388																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,437	,8566	,0540				Kaygı	Evet	6	,900	,5865	,2394	-,569	256	,570	Hayır	252	1,090	,8114	,0511	Öfke	Evet	6	1,400	,8626	,3521	,060	256	,952	Hayır	252	1,379	,8417	,0530	Fobi	Evet	6	,367	,0516	,0211	-,675	256	,500	Hayır	252	,552	,6706	,0422	Paranoid	Evet	6	,933	,1033	,0422	-,744	256	,458	Hayır	252	1,184	,8236	,0519	Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640	Hayır	252	,728	,6672	,0420	Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																																						
Kaygı	Evet	6	,900	,5865	,2394	-,569	256	,570																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,090	,8114	,0511				Öfke	Evet	6	1,400	,8626	,3521	,060	256	,952	Hayır	252	1,379	,8417	,0530	Fobi	Evet	6	,367	,0516	,0211	-,675	256	,500	Hayır	252	,552	,6706	,0422	Paranoid	Evet	6	,933	,1033	,0422	-,744	256	,458	Hayır	252	1,184	,8236	,0519	Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640	Hayır	252	,728	,6672	,0420	Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																																																				
Öfke	Evet	6	1,400	,8626	,3521	,060	256	,952																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,379	,8417	,0530				Fobi	Evet	6	,367	,0516	,0211	-,675	256	,500	Hayır	252	,552	,6706	,0422	Paranoid	Evet	6	,933	,1033	,0422	-,744	256	,458	Hayır	252	1,184	,8236	,0519	Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640	Hayır	252	,728	,6672	,0420	Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																																																																		
Fobi	Evet	6	,367	,0516	,0211	-,675	256	,500																																																																																																																																								
	Hayır	252	,552	,6706	,0422				Paranoid	Evet	6	,933	,1033	,0422	-,744	256	,458	Hayır	252	1,184	,8236	,0519	Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640	Hayır	252	,728	,6672	,0420	Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																																																																																
Paranoid	Evet	6	,933	,1033	,0422	-,744	256	,458																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,184	,8236	,0519				Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640	Hayır	252	,728	,6672	,0420	Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																																																																																														
Psicotizm	Evet	6	,600	,0894	,0365	-,468	256	,640																																																																																																																																								
	Hayır	252	,728	,6672	,0420				Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744	Hayır	252	1,162	,7814	,0492	Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																																																																																																												
Ekölçek	Evet	6	1,267	,3141	,1282	,327	256	,744																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,162	,7814	,0492				Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																																																																																																																										
Genel Ölçek	Evet	6	1,067	,2733	,1116	-,674	256	,501																																																																																																																																								
	Hayır	252	1,272	,7448	,0469																																																																																																																																											

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin kardeşlerinde psikopatolojik rahatsızlık olma durumlarına göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için

parametrik tekniklerden t testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psicotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 12**

***Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Anne ve Baba Birlikteliğine Göre Ebeveynlerindeki Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması***

Puan	Anne ve Baba Birlikteliği	N	$\bar{x}$	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi																																																																																																																																										
						t	Sd	p																																																																																																																																								
Somatizasyon	Evet	208	1,167	,7974	,0553	-1,418	256	,157																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,347	,8433	,1193				Obsesif	Evet	208	1,508	,7956	,0552	-,067	256	,947	Hayır	50	1,516	,7691	,1088	Kişilerarası	Evet	208	1,328	,7919	,0549	-,841	256	,401	Hayır	50	1,438	,9476	,1340	Depresyon	Evet	208	1,394	,8202	,0569	-1,383	256	,168	Hayır	50	1,579	,9592	,1356	Kaygı	Evet	208	1,062	,7942	,0551	-,964	256	,336	Hayır	50	1,184	,8570	,1212	Öfke	Evet	208	1,372	,7978	,0553	-,292	256	,771	Hayır	50	1,411	1,0073	,1425	Fobi	Evet	208	,538	,6463	,0448	-,488	256	,626	Hayır	50	,589	,7357	,1040	Paranoid	Evet	208	1,174	,7876	,0546	-,183	256	,855	Hayır	50	1,197	,9288	,1313	Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511	Hayır	50	,780	,6899	,0976	Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır
Obsesif	Evet	208	1,508	,7956	,0552	-,067	256	,947																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,516	,7691	,1088				Kişilerarası	Evet	208	1,328	,7919	,0549	-,841	256	,401	Hayır	50	1,438	,9476	,1340	Depresyon	Evet	208	1,394	,8202	,0569	-1,383	256	,168	Hayır	50	1,579	,9592	,1356	Kaygı	Evet	208	1,062	,7942	,0551	-,964	256	,336	Hayır	50	1,184	,8570	,1212	Öfke	Evet	208	1,372	,7978	,0553	-,292	256	,771	Hayır	50	1,411	1,0073	,1425	Fobi	Evet	208	,538	,6463	,0448	-,488	256	,626	Hayır	50	,589	,7357	,1040	Paranoid	Evet	208	1,174	,7876	,0546	-,183	256	,855	Hayır	50	1,197	,9288	,1313	Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511	Hayır	50	,780	,6899	,0976	Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164										
Kişilerarası	Evet	208	1,328	,7919	,0549	-,841	256	,401																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,438	,9476	,1340				Depresyon	Evet	208	1,394	,8202	,0569	-1,383	256	,168	Hayır	50	1,579	,9592	,1356	Kaygı	Evet	208	1,062	,7942	,0551	-,964	256	,336	Hayır	50	1,184	,8570	,1212	Öfke	Evet	208	1,372	,7978	,0553	-,292	256	,771	Hayır	50	1,411	1,0073	,1425	Fobi	Evet	208	,538	,6463	,0448	-,488	256	,626	Hayır	50	,589	,7357	,1040	Paranoid	Evet	208	1,174	,7876	,0546	-,183	256	,855	Hayır	50	1,197	,9288	,1313	Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511	Hayır	50	,780	,6899	,0976	Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																								
Depresyon	Evet	208	1,394	,8202	,0569	-1,383	256	,168																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,579	,9592	,1356				Kaygı	Evet	208	1,062	,7942	,0551	-,964	256	,336	Hayır	50	1,184	,8570	,1212	Öfke	Evet	208	1,372	,7978	,0553	-,292	256	,771	Hayır	50	1,411	1,0073	,1425	Fobi	Evet	208	,538	,6463	,0448	-,488	256	,626	Hayır	50	,589	,7357	,1040	Paranoid	Evet	208	1,174	,7876	,0546	-,183	256	,855	Hayır	50	1,197	,9288	,1313	Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511	Hayır	50	,780	,6899	,0976	Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																																						
Kaygı	Evet	208	1,062	,7942	,0551	-,964	256	,336																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,184	,8570	,1212				Öfke	Evet	208	1,372	,7978	,0553	-,292	256	,771	Hayır	50	1,411	1,0073	,1425	Fobi	Evet	208	,538	,6463	,0448	-,488	256	,626	Hayır	50	,589	,7357	,1040	Paranoid	Evet	208	1,174	,7876	,0546	-,183	256	,855	Hayır	50	1,197	,9288	,1313	Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511	Hayır	50	,780	,6899	,0976	Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																																																				
Öfke	Evet	208	1,372	,7978	,0553	-,292	256	,771																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,411	1,0073	,1425				Fobi	Evet	208	,538	,6463	,0448	-,488	256	,626	Hayır	50	,589	,7357	,1040	Paranoid	Evet	208	1,174	,7876	,0546	-,183	256	,855	Hayır	50	1,197	,9288	,1313	Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511	Hayır	50	,780	,6899	,0976	Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																																																																		
Fobi	Evet	208	,538	,6463	,0448	-,488	256	,626																																																																																																																																								
	Hayır	50	,589	,7357	,1040				Paranoid	Evet	208	1,174	,7876	,0546	-,183	256	,855	Hayır	50	1,197	,9288	,1313	Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511	Hayır	50	,780	,6899	,0976	Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																																																																																
Paranoid	Evet	208	1,174	,7876	,0546	-,183	256	,855																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,197	,9288	,1313				Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511	Hayır	50	,780	,6899	,0976	Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																																																																																														
Psicotizm	Evet	208	,712	,6534	,0453	-,658	256	,511																																																																																																																																								
	Hayır	50	,780	,6899	,0976				Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683	Hayır	50	1,124	,7394	,1046	Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																																																																																																												
Ekölçek	Evet	208	1,174	,7831	,0543	,409	256	,683																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,124	,7394	,1046				Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																																																																																																																										
Genel Ölçek	Evet	208	1,247	,7163	,0497	-,915	256	,361																																																																																																																																								
	Hayır	50	1,353	,8229	,1164																																																																																																																																											

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin anne ve baba birlikteliğine göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden t testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psicotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 13**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Aile Yapısına Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	Aile Yapısı	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Somatizasyon	Büyük aile	24	162,75	3906,00	2010,000	-2,294	,022
	Çekirdek aile	234	126,09	29505,00			
	Toplam	258					
Obsesif	Büyük aile	24	138,42	3322,00	2594,000	-,615	,538
	Çekirdek aile	234	128,59	30089,00			
	Toplam	258					
Kişilerarası	Büyük aile	24	144,75	3474,00	2442,000	-1,052	,293
	Çekirdek aile	234	127,94	29937,00			
	Toplam	258					
Depresyon	Büyük aile	24	155,71	3737,00	2179,000	-1,808	,071
	Çekirdek aile	234	126,81	29674,00			
	Toplam	258					
Kaygı	Büyük aile	24	156,04	3745,00	2171,000	-1,833	,067
	Çekirdek aile	234	126,78	29666,00			
	Toplam	258					
Öfke	Büyük aile	24	143,67	3448,00	2468,000	-,979	,328
	Çekirdek aile	234	128,05	29963,00			
	Toplam	258					
Fobi	Büyük aile	24	138,67	3328,00	2588,000	-,641	,521
	Çekirdek aile	234	128,56	30083,00			
	Toplam	258					
Paranoid	Büyük aile	24	136,54	3277,00	2639,000	-,486	,627
	Çekirdek aile	234	128,78	30134,00			
	Toplam	258					
Psikotizm	Büyük aile	24	138,58	3326,00	2590,000	-,628	,530
	Çekirdek aile	234	128,57	30085,00			
	Toplam	258					
Ek ölçek	Büyük aile	24	139,33	3344,00	2572,000	-,679	,497
	Çekirdek aile	234	128,49	30067,00			
	Toplam	258					
Genel Ölçek	Büyük aile	24	152,67	3664,00	2252,000	-1,598	,110
	Çekirdek aile	234	127,12	29747,00			

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin aile yapısına göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik olmayan tekniklerden Mann Whitney u testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psicotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmezken Somatizasyon alt boyutu puanlarında büyük ailelerin çekirdek ailede yaşayan ebeveynlere göre daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür.

**Tablo 14**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinde Anne Hayatta Olma Durumuna Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	Anne Yaşama	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Somatizasyon	Sağ	246	132,80	32669,00	664,000	-3,220	,001
	Ölü	12	61,83	742,00			
	Toplam	258					
Obsesif	Sağ	246	132,28	32541,00	792,000	-2,713	,007
	Ölü	12	72,50	870,00			
	Toplam	258					
Kişilerarası	Sağ	246	131,43	32331,00	1002,000	-1,879	,060
	Ölü	12	90,00	1080,00			
	Toplam	258					
Depresyon	Sağ	246	132,34	32555,00	778,000	-2,767	,006
	Ölü	12	71,33	856,00			
	Toplam	258					
Kaygı	Sağ	246	131,70	32397,00	936,000	-2,143	,032
	Ölü	12	84,50	1014,00			
	Toplam	258					
Öfke	Sağ	246	131,04	32235,00	1098,000	-1,501	,133
	Ölü	12	98,00	1176,00			
	Toplam	258					
Fobi	Sağ	246	130,94	32211,00	1122,000	-1,424	,155
	Ölü	12	100,00	1200,00			
	Toplam	258					
Paranoid	Sağ	246	131,67	32391,00	942,000	-2,120	,034
	Ölü	12	85,00	1020,00			
	Toplam	258					
Psicotizm	Sağ	246	132,07	32489,00	844,000	-2,510	,012
	Ölü	12	76,83	922,00			
	Toplam	258					
Ek ölçek	Sağ	246	131,88	32443,00	890,000	-2,326	,020

	Ölü	12	80,67	968,00			
	Toplam	258					
Genel Ölçek	Sağ	246	132,03	32479,00			
	Ölü	12	77,67	932,00	854,000	-2,466	,014
	Toplam	258					

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin anne hayatta olma durumuna göre ebeveynlerindeki psikopatolojik psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik olmayan tekniklerden Mann Whitney u testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Kişilerarası Duyarlılık, Öfke, Fobi, anlamlı bir farklılık görülmezken Obsesif Kompulsif, Depresyon, Kaygı, Paranoid, Psicotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Annesini kaybetmemiş olanların annesini kaybedenlere göre daha yüksek psikopatolojik belirti gösterdiği görülmüştür.

**Tablo 15**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinde Baba Hayatta Olma Durumuna Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	Baba Yaşama	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
Somatizasyon	Sağ	243	132,49	32194,50			
	Ölü	15	81,10	1216,50	1096,500	-2,591	,010
	Toplam	258					
Obsesif	Sağ	243	132,04	32086,50			
	Ölü	15	88,30	1324,50	1204,500	-2,206	,027
	Toplam	258					
Kişilerarası	Sağ	243	131,20	31880,50			
	Ölü	15	102,03	1530,50	1410,500	-1,470	,142
	Toplam	258					
Depresyon	Sağ	243	132,20	32125,50			
	Ölü	15	85,70	1285,50	1165,500	-2,344	,019
	Toplam	258					
Kaygı	Sağ	243	131,64	31989,50			
	Ölü	15	94,77	1421,50	1301,500	-1,861	,063
	Toplam	258					
Öfke	Sağ	243	130,91	31810,50			
	Ölü	15	106,70	1600,50	1480,500	-1,222	,222
	Toplam	258					
Fobi	Sağ	243	130,80	31783,50			
	Ölü	15	108,50	1627,50	1507,500	-1,140	,254
	Toplam	258					
Paranoid	Sağ	243	131,30	31906,50			
	Ölü	15	100,30	1504,50	1384,500	-1,565	,118
	Toplam	258					



Psikotizm	Sağ	243	131,89	32049,50			
	Ölü	15	90,77	1361,50	1241,500	-2,077	,038
	Toplam	258					
Ek ölçek	Sağ	243	132,03	32083,50			
	Ölü	15	88,50	1327,50	1207,500	-2,197	,028
	Toplam	258					
Genel Ölçek	Sağ	243	131,81	32030,50			
	Ölü	15	92,03	1380,50	1260,500	-2,005	,045
	Toplam	258					

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin baba hayatta olma durumuna göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik olmayan tekniklerden Mann Whitney u testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Kişilerarası Duyarlılık, Öfke, Fobi, Paranoid anlamlı bir farklılık görülmezken Obsesif Kompulsif, Depresyon, Kaygı, Psikotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Babasını kaybetmemiş olanların babasını kaybedenlere göre daha yüksek psikopatolojik belirti gösterdiği görülmüştür.

**Tablo 16**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşlarına Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

<i>f</i> , $\bar{x}$ ve <i>SS</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Boyut	Öğrenim	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Somatizasyon	25-35 yaş	34	1,312	,7678	<b>G.Arası</b>	1,087	2	,544	,831	,437
	36-40 yaş	129	1,230	,8170	<b>G.İçi</b>	166,698	255	,654		
	41 yaş ve üzeri	95	1,124	,8108	<b>Toplam</b>	167,785	257			
	Toplam	258	1,202	,8080						
Obsesif Kompulsif	25-35 yaş	34	1,453	,7033	<b>G.Arası</b>	,139	2	,070	,111	,895
	36-40 yaş	129	1,525	,7835	<b>G.İçi</b>	159,879	255	,627		
	41 yaş ve üzeri	95	1,508	,8314	<b>Toplam</b>	160,018	257			
	Toplam	258	1,509	,7891						
Kişilerarası Duyarlılık	25-35 yaş	34	1,356	,7970	<b>G.Arası</b>	2,010	2	1,005	1,488	,228
	36-40 yaş	129	1,430	,8583	<b>G.İçi</b>	172,270	255	,676		
	41 yaş ve üzeri	95	1,238	,7788	<b>Toplam</b>	174,280	257			
	Toplam	258	1,350	,8235						
Depresyon	25-35 yaş	34	1,350	,7395	<b>G.Arası</b>	,336	2	,168	,231	,794
	36-40 yaş	129	1,425	,7954	<b>G.İçi</b>	185,360	255	,727		
	41 yaş ve üzeri	95	1,465	,9583	<b>Toplam</b>	185,696	257			
	Toplam	258	1,430	,8500						

Kaygı	25-35 yaş	34	1,106	,7079	<b>G.Arası</b>	,386	2	,193	,295	,745
	36-40 yaş	129	1,047	,7608	<b>G.İçi</b>	166,778	255	,654		
	41 yaş ve üzeri	95	1,129	,9001	<b>Toplam</b>	167,164	257			
	Toplam	258	1,085	,8065						
Öfke	25-35 yaş	34	1,618	,7810	<b>G.Arası</b>	2,700	2	1,350	1,925	,148
	36-40 yaş	129	1,383	,8335	<b>G.İçi</b>	178,837	255	,701		
	41 yaş ve üzeri	95	1,289	,8616	<b>Toplam</b>	181,537	257			
	Toplam	258	1,380	,8405						
Fobi	25-35 yaş	34	,729	,8912	<b>G.Arası</b>	1,305	2	,653	1,489	,228
	36-40 yaş	129	,514	,6388	<b>G.İçi</b>	111,780	255	,438		
	41 yaş ve üzeri	95	,528	,5955	<b>Toplam</b>	113,086	257			
	Toplam	258	,548	,6633						
Paranoid	25-35 yaş	34	1,212	,7635	<b>G.Arası</b>	1,436	2	,718	1,082	,341
	36-40 yaş	129	1,241	,8268	<b>G.İçi</b>	169,256	255	,664		
	41 yaş ve üzeri	95	1,081	,8155	<b>Toplam</b>	170,693	257			
	Toplam	258	1,178	,8150						
Psikotizm	25-35 yaş	34	,735	,5710	<b>G.Arası</b>	,019	2	,010	,022	,978
	36-40 yaş	129	,730	,6455	<b>G.İçi</b>	111,862	255	,439		
	41 yaş ve üzeri	95	,714	,7129	<b>Toplam</b>	111,881	257			
	Toplam	258	,725	,6598						
Ekölçek	25-35 yaş	34	1,206	,6827	<b>G.Arası</b>	,068	2	,034	,056	,945
	36-40 yaş	129	1,157	,6820	<b>G.İçi</b>	153,753	255	,603		
	41 yaş ve üzeri	95	1,159	,9158	<b>Toplam</b>	153,821	257			
	Toplam	258	1,164	,7736						
Genel Ölçek	25-35 yaş	34	1,341	,6977	<b>G.Arası</b>	,264	2	,132	,241	,786
	36-40 yaş	129	1,269	,7079	<b>G.İçi</b>	139,576	255	,547		
	41 yaş ve üzeri	95	1,239	,7948	<b>Toplam</b>	139,840	257			
	Toplam	258	1,267	,7376						

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerin yaşlarına göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden ANOVA testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 17**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveyninin Öğrenim Durumuna Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

<i>f</i> , $\bar{x}$ ve <i>SS</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Boyut	Öğretim	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Somatizasyon	İlköğretim	45	1,304	,9029	<b>G.Arası</b>	1,873	2	,936	1,439	,239
	Ortaöğretim	183	1,212	,7646	<b>G.İçi</b>	165,912	255	,651		
	Yükseköğretim	30	,987	,9027	<b>Toplam</b>	167,785	257			
	Toplam	258	1,202	,8080						
Obsesif Kompulsif	İlköğretim	45	1,676	,8574	<b>G.Arası</b>	1,551	2	,776	1,248	,289
	Ortaöğretim	183	1,468	,7651	<b>G.İçi</b>	158,466	255	,621		
	Yükseköğretim	30	1,510	,8218	<b>Toplam</b>	160,018	257			
	Toplam	258	1,509	,7891						
Kişilerarası Duyarlılık	İlköğretim	45	1,558	,9307	<b>G.Arası</b>	2,517	2	1,259	1,869	,156
	Ortaöğretim	183	1,316	,8040	<b>G.İçi</b>	171,763	255	,674		
	Yükseköğretim	30	1,241	,7428	<b>Toplam</b>	174,280	257			
	Toplam	258	1,350	,8235						
Depresyon	İlköğretim	45	1,549	,9501	<b>G.Arası</b>	2,406	2	1,203	1,674	,190
	Ortaöğretim	183	1,440	,8174	<b>G.İçi</b>	183,290	255	,719		
	Yükseköğretim	30	1,189	,8702	<b>Toplam</b>	185,696	257			
	Toplam	258	1,430	,8500						
Kaygı	İlköğretim	45	1,236	1,0098	<b>G.Arası</b>	1,358	2	,679	1,044	,354
	Ortaöğretim	183	1,063	,7594	<b>G.İçi</b>	165,806	255	,650		
	Yükseköğretim	30	,993	,7428	<b>Toplam</b>	167,164	257			
	Toplam	258	1,085	,8065						
Öfke	İlköğretim	45	1,376	,9633	<b>G.Arası</b>	,174	2	,087	,122	,885
	Ortaöğretim	183	1,392	,8206	<b>G.İçi</b>	181,363	255	,711		
	Yükseköğretim	30	1,310	,7871	<b>Toplam</b>	181,537	257			
	Toplam	258	1,380	,8405						
Fobi	İlköğretim	45	,677	,7826	<b>G.Arası</b>	1,553	2	,777	1,776	,171
	Ortaöğretim	183	,543	,6602	<b>G.İçi</b>	111,532	255	,437		
	Yükseköğretim	30	,385	,4259	<b>Toplam</b>	113,086	257			
	Toplam	258	,548	,6633						
Paranoid	İlköğretim	45	1,303	,9252	<b>G.Arası</b>	2,017	2	1,008	1,525	,220
	Ortaöğretim	183	1,182	,8074	<b>G.İçi</b>	168,676	255	,661		
	Yükseköğretim	30	,969	,6530	<b>Toplam</b>	170,693	257			
	Toplam	258	1,178	,8150						
Psikotizm	İlköğretim	45	,827	,7563	<b>G.Arası</b>	,584	2	,292	,670	,513
	Ortaöğretim	183	,707	,6453	<b>G.İçi</b>	111,297	255	,436		
	Yükseköğretim	30	,680	,5974	<b>Toplam</b>	111,881	257			
	Toplam	258	,725	,6598						
Ekölçek	İlköğretim	45	1,284	1,0449	<b>G.Arası</b>	,781	2	,391	,651	,522
	Ortaöğretim	183	1,139	,6981	<b>G.İçi</b>	153,040	255	,600		
	Yükseköğretim	30	1,140	,7499	<b>Toplam</b>	153,821	257			
	Toplam	258	1,164	,7736						
Genel Ölçek	İlköğretim	45	1,406	,8616	<b>G.Arası</b>	1,442	2	,721	1,328	,267
	Ortaöğretim	183	1,256	,7080	<b>G.İçi</b>	138,398	255	,543		
	Yükseköğretim	30	1,131	,7071	<b>Toplam</b>	139,840	257			
	Toplam	258	1,264	,7736						

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin öğrenim durumuna göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden ANOVA testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Ek ölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 18**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Çalışma Durumuna Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	Çalışma	N	$\bar{x}$	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Somatizasyon	Çalışıyor	190	1,211	,7981	,0579	,306	256	,760
	Çalışmıyor	68	1,176	,8406	,1019			
Obsesif	Çalışıyor	190	1,464	,8147	,0591	-1,538	256	,125
	Çalışmıyor	68	1,635	,7030	,0853			
Kişilerarası	Çalışıyor	190	1,354	,8332	,0604	,136	256	,892
	Çalışmıyor	68	1,338	,8018	,0972			
Depresyon	Çalışıyor	190	1,431	,8632	,0626	,054	256	,957
	Çalışmıyor	68	1,425	,8184	,0992			
Kaygı	Çalışıyor	190	1,079	,8402	,0610	-,210	256	,834
	Çalışmıyor	68	1,103	,7092	,0860			
Öfke	Çalışıyor	190	1,438	,8535	,0619	1,885	256	,061
	Çalışmıyor	68	1,216	,7857	,0953			
Fobi	Çalışıyor	190	,516	,6170	,0448	-1,272	256	,205
	Çalışmıyor	68	,635	,7768	,0942			
Paranoid	Çalışıyor	190	1,209	,8304	,0602	1,026	256	,306
	Çalışmıyor	68	1,091	,7693	,0933			
Psikotizm	Çalışıyor	190	,705	,6651	,0483	-,795	256	,428
	Çalışmıyor	68	,779	,6464	,0784			
Ekölçek	Çalışıyor	190	1,166	,7501	,0544	,064	256	,949
	Çalışmıyor	68	1,159	,8417	,1021			
Genel Ölçek	Çalışıyor	190	1,261	,7516	,0545	-,228	256	,820
	Çalışmıyor	68	1,285	,7024	,0852			

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin çalışma durumuna göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden t testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık,

Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 19**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Ekonomik Destek Alma Durumuna Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	Ekonomik destek	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Somatizasyon	Evet	22	161,59	3555,00	1890,000	-	,035
	Hayır	236	126,51	29856,00			
	Toplam	258					
Obsesif	Evet	22	136,32	2999,00	2446,000	-,449	,654
	Hayır	236	128,86	30412,00			
	Toplam	258					
Kişilerarası	Evet	22	130,59	2873,00	2572,000	-,072	,943
	Hayır	236	129,40	30538,00			
	Toplam	258					
Depresyon	Evet	22	130,77	2877,00	2568,000	-,084	,933
	Hayır	236	129,38	30534,00			
	Toplam	258					
Kaygı	Evet	22	158,59	3489,00	1956,000	-	,055
	Hayır	236	126,79	29922,00			
	Toplam	258					
Öfke	Evet	22	130,95	2881,00	2564,000	-,096	,924
	Hayır	236	129,36	30530,00			
	Toplam	258					
Fobi	Evet	22	154,05	3389,00	2056,000	-	102
	Hayır	236	127,21	30022,00			
	Toplam	258					
Paranoid	Evet	22	135,05	2971,00	2474,000	-,365	,715
	Hayır	236	128,98	30440,00			
	Toplam	258					
Psikotizm	Evet	22	132,95	2925,00	2520,000	-,228	,820
	Hayır	236	129,18	30486,00			
	Toplam	258					
Ek ölçek	Evet	22	139,59	3071,00	2374,000	-,664	,506
	Hayır	236	128,56	30340,00			
	Toplam	258					
Genel Ölçek	Evet	22	143,41	3155,00	2290,000	-,915	,360
	Hayır	236	128,20	30256,00			
	Toplam	258					

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerinin ekonomik destek alma durumuna göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için

parametrik olmayan tekniklerden Mann Whitney u testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Kaygı, Öfke, Fobi, Paranoid, Psikotizm, Ekölçek, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

**Tablo 20**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinin Ekonomik Durumlarına Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

<i>f</i> , $\bar{x}$ ve <i>SS</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Boyut	Ekonomik Durum	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Somatizasyon	Orta	102	1,146	,7576	<b>G.Arası</b>	4,456	3	1,485	2,310	,077
	İyi	58	1,418	,9929	<b>G.İçi</b>	163,329	254	,643		
	Çok İyi	66	1,064	,7051	<b>Toplam</b>	167,785	257			
	Kötü	32	1,272	,7371						
	Toplam	258	1,202	,8080						
Obsesif Kompulsif	Orta	102	1,445	,6719	<b>G.Arası</b>	1,853	3	,618	,992	,397
	İyi	58	1,524	,9114	<b>G.İçi</b>	158,165	254	,623		
	Çok İyi	66	1,494	,8053	<b>Toplam</b>	160,018	257			
	Kötü	32	1,719	,8626						
	Toplam	258	1,509	,7891						
Kişilerarası Duyarlılık	Orta	102	1,204	,6961	<b>G.Arası</b>	8,123	3	2,708	4,139	,007
	İyi	58	1,573	1,0527	<b>G.İçi</b>	166,157	254	,654		
	Çok İyi	66	1,246	,6864	<b>Toplam</b>	174,280	257			
	Kötü	32	1,622	,8695						
	Toplam	258	1,350	,8235						
Depresyon	Orta	102	1,418	,7677	<b>G.Arası</b>	3,868	3	1,289	1,801	,147
	İyi	58	1,580	1,0025	<b>G.İçi</b>	181,828	254	,716		
	Çok İyi	66	1,255	,7680	<b>Toplam</b>	185,696	257			
	Kötü	32	1,556	,9277						
	Toplam	258	1,430	,8500						
Kaygı	Orta	102	1,012	,7201	<b>G.Arası</b>	5,086	3	1,695	2,657	,049
	İyi	58	1,300	1,0496	<b>G.İçi</b>	162,078	254	,638		
	Çok İyi	66	,945	,5570	<b>Toplam</b>	167,164	257			
	Kötü	32	1,219	,9289						
	Toplam	258	1,085	,8065						
Öfke	Orta	102	1,256	,7740	<b>G.Arası</b>	3,400	3	1,133	1,616	,186
	İyi	58	1,555	1,0051	<b>G.İçi</b>	178,136	254	,701		
	Çok İyi	66	1,410	,7537	<b>Toplam</b>	181,537	257			
	Kötü	32	1,391	,8637						
	Toplam	258	1,380	,8405						
Fobi	Orta	102	,424	,5431	<b>G.Arası</b>	9,761	3	3,254	7,998	,000
	İyi	58	,865	,8241	<b>G.İçi</b>	103,325	254	,407		
	Çok İyi	66	,388	,4493	<b>Toplam</b>	113,086	257			
	Kötü	32	,694	,8366						
	Toplam	258	,548	,6633						
Paranoid	Orta	102	1,096	,7245	<b>G.Arası</b>	4,497	3	1,499	2,291	,079
	İyi	58	1,399	1,0261	<b>G.İçi</b>	166,195	254	,654		
	Çok İyi	66	1,071	,6169	<b>Toplam</b>	170,693	257			

	Kötü	32	1,263	,9574						
	Toplam	258	1,178	,8150						
	Orta	102	,611	,5441	<b>G.Arası</b>	5,927	3	1,976	4,736	,003
	İyi	58	,955	,8236	<b>G.İçi</b>	105,954	254	,417		
Psikotizm	Çok İyi	66	,621	,5101	<b>Toplam</b>	111,881	257			
	Kötü	32	,884	,8128						
	Toplam	258	,725	,6598						
	Orta	102	1,060	,7923	<b>G.Arası</b>	3,266	3	1,089	1,837	,141
	İyi	58	1,323	,8034	<b>G.İçi</b>	150,555	254	,593		
Ekölçek	Çok İyi	66	1,122	,5979	<b>Toplam</b>	153,821	257			
	Kötü	32	1,297	,9355						
	Toplam	258	1,164	,7736						
	Orta	102	1,167	,6448	<b>G.Arası</b>	5,962	3	1,987	3,771	,011
	İyi	58	1,489	,9395	<b>G.İçi</b>	133,878	254	,527		
Genel Ölçek	Çok İyi	66	1,141	,5664	<b>Toplam</b>	139,840	257			
	Kötü	32	1,447	,8175						
	Toplam	258	1,267	,7376						

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerinin ekonomik durumuna göre psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik tekniklerden ANOVA testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Depresyon, Öfke, Paranoid, Ekölçek anlamlı bir farklılık görülmezken Kişilerarası Duyarlılık, Kaygı, Fobi, Psikotizm, Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için scheffe testi uygulanmıştır.

**Tablo 21**

*Scheffe Testi Sonuçları*

Boyut	Öğrenim (i)	Öğrenim (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	P
Kişilerarası	Orta	İyi	-,3686	,1330	,055
		Çok İyi	-,0422	,1278	,991
		Kötü	-,4178	,1639	,042
	İyi	Orta	,3686	,1330	,055
		Çok İyi	,3264	,1456	,173
		Kötü	-,0491	,1781	,995
	Çok İyi	Orta	,0422	,1278	,991
		İyi	-,3264	,1456	,173
		Kötü	-,3755	,1742	,202
	Kötü	Orta	,4178	,1639	,042
		İyi	,0491	,1781	,995
		Çok İyi	,3755	,1742	,202
Kaygı	Orta	İyi	-,2882	,1314	,189

		Çok İyi	,0663	,1262	,964
		Kötü	-,2070	,1619	,652
		Orta	,2882	,1314	,189
	İyi	Çok İyi	,3545	,1438	,041
		Kötü	,0813	,1759	,975
		Orta	-,0663	,1262	,964
	Çok İyi	İyi	-,3545	,1438	,041
		Kötü	-,2733	,1721	,473
		Orta	,2070	,1619	,652
	Kötü	İyi	-,0813	,1759	,975
		Çok İyi	,2733	,1721	,473
		İyi	-,4409*	,1049	,001
	Orta	Çok İyi	,0361	,1008	,988
		Kötü	-,2694	,1292	,229
		Orta	,4409*	,1049	,001
	İyi	Çok İyi	,4770*	,1148	,001
		Kötü	,1714	,1404	,685
		Orta	-,0361	,1008	,988
	Çok İyi	İyi	-,4770*	,1148	,001
		Kötü	-,3056	,1374	,179
		Orta	,2694	,1292	,229
	Kötü	İyi	-,1714	,1404	,685
		Çok İyi	,3056	,1374	,179
		İyi	-,3444*	,1062	,016
	Orta	Çok İyi	-,0104	,1020	1,000
		Kötü	-,2736	,1309	,227
		Orta	,3444*	,1062	,016
	İyi	Çok İyi	,3340*	,1162	,043
		Kötü	,0708	,1422	,969
		Orta	,0104	,1020	1,000
	Çok İyi	İyi	-,3340*	,1162	,043
		Kötü	-,2632	,1391	,313
		Orta	,2736	,1309	,227
	Kötü	İyi	-,0708	,1422	,969
		Çok İyi	,2632	,1391	,313
		İyi	-,3217	,1194	,067
	Orta	Çok İyi	,0266	,1147	,997
		Kötü	-,2796	,1471	,309
		Orta	,3217	,1194	,067
	İyi	Çok İyi	,3484	,1307	,041
		Kötü	,0421	,1599	,995
		Orta	-,0266	,1147	,997
	Çok İyi	İyi	-,3484	,1307	,041
		Kötü	-,3063	,1564	,282
		Orta	,2796	,1471	,309
	Kötü	İyi	-,0421	,1599	,995
		Çok İyi	,3063	,1564	,282

Tabloda görüldüğü üzere Ebeveynlerin psikopatolojik belirti durumlarının ekonomik durumlarına göre hangi gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturduğunu belirlemek için scheffe testi uygulanmıştır. Test sonucunda,



Kişilerarası duyarlılık alt boyutunda orta geliri durumu ile kötü gelir durumu arasında ekonomik durumu kötü olanların kişiler arası duyarlıklarının daha yüksek olduğu, Kaygı alt boyutunda ise ekonomik durumu iyi olanların çok iyi olanlara göre daha yüksek kaygı yaşadığı, Fobi ve Psicotizmde alt boyutunda iyi olanlar ile orta çok iyi olanlara arasında anlamlı farklılık olduğu ekonomik durumu iyi olanların daha yüksek fobi yaşadıkları, genel ölçekte ise iyi olanlar çok iyi olanlara göre daha yüksek psikopatolojik belirti göstermiştir.

**Tablo 22**

*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Konmuş Bireylerin Ebeveynlerinde Psikopatolojik Rahatsızlık Olma Durumuna Göre Psikopatolojik Belirti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması*

Puan	Psikopatolojik rahatsızlık	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
Somatizasyon	Evet	20	165,40	3308,00	1662,000	-2,242	,025
	Hayır	238	126,48	30103,00			
	Toplam	258					
Obsesif	Evet	20	126,90	2538,00	2328,000	-,162	,871
	Hayır	238	129,72	30873,00			
	Toplam	258					
Kişilerarası	Evet	20	130,60	2612,00	2358,000	-,069	,945
	Hayır	238	129,41	30799,00			
	Toplam	258					
Depresyon	Evet	20	132,60	2652,00	2318,000	-,194	,847
	Hayır	238	129,24	30759,00			
	Toplam	258					
Kaygı	Evet	20	141,70	2834,00	2136,000	-,763	,446
	Hayır	238	128,47	30577,00			
	Toplam	258					
Öfke	Evet	20	127,20	2544,00	2334,000	-,144	,886
	Hayır	238	129,69	30867,00			
	Toplam	258					
Fobi	Evet	20	169,00	3380,00	1590,000	-2,502	,012
	Hayır	238	126,18	30031,00			
	Toplam	258					
Paranoid	Evet	20	142,00	2840,00	2130,000	-,782	,434
	Hayır	238	128,45	30571,00			
	Toplam	258					
Psicotizm	Evet	20	155,10	3102,00	1868,000	-1,602	,109
	Hayır	238	127,35	30309,00			
	Toplam	258					
Ek ölçek	Evet	20	162,80	3256,00	1714,000	-2,082	,037
	Hayır	238	126,70	30155,00			
	Toplam	258					
Genel Ölçek	Evet	20	142,70	2854,00	2116,000	-,824	,410
	Hayır	238	128,39	30557,00			
	Toplam	258					

Tabloda görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerindeki psikopatolojik rahatsızlıklara göre ebeveynlerindeki psikopatolojik belirti ölçeği puanları karşılaştırması için parametrik olmayan tekniklerden Mann Whitney u testi uygulanmıştır. Belirti listesinde Obsesif Genel Ölçekte anlamlı bir farklılık görülmezken Somatizasyon, Fobi ve Ek ölçek alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Somatizasyon, Fobi ve Ek ölçekte psikopatolojik rahatsızlığı olan bireyler daha yüksek oranda psikopatolojik belirti göstermişlerdir.

**Tablo 23.**

*Psikopatolojik Belirti Ölçeğinin Puanlarına İlişkin Demografik Değişkenlerin Regresyon Analizleri Sonuçları*

Değişkenler	B	Standart Hata	B	T	p
Sabit	2,979	,635		4,693	,000
Yaş	-,110	,096	-,125	-1,145	,253
Sınıf	-,060	,088	-,071	-,680	,497
Süre	,008	,062	,009	,134	,893
İlaçkullanımı	,005	,109	,003	,043	,966
Başkakardeş	-,266	,108	-,172	-2,468	,014
Annevebababirlikteliği	,185	,130	,100	1,424	,156
Ebeveynyaşı	,024	,074	,022	,322	,748
Annesağ	-,612	,483	-,175	-1,269	,206
Babasağ	,040	,432	,013	,093	,926
Öğrenim	-,168	,090	-,123	-1,876	,062
Çalışmadurumu	,036	,112	,021	,319	,750
Ekonomikdurum	,014	,044	,020	,311	,756
Psikopatolojikrahatsızlık	-,232	,179	-,084	-1,294	,197
R=,288 R <sup>2</sup> =,083 F=1,703 P=,061					

Tabloda görüldüğü gibi demografik değişkenlerden yaş, sınıf, tedavi süresi, ilaç kullanımı, kardeş olma durumu, anne ve baba birlikteliği, ebeveyn yaşı, anne ve baba hayatta olma durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum ve psikopatolojik rahatsızlık olma durumu bağımsız değişkenlerinin bağımlı değişken olan psikopatolojik belirti ölçeği puanlarını yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır (R= ,288, R<sup>2</sup>=,083, p>.01). Standardize edilmiş regresyon

katsayısına ( $\beta$ ) göre, yordayıcı değişkenlerin yük ölçeği algısı üzerindeki görelî önem sırası; Anne hayatta olması, başka kardeşinin olması ve psikopatolojik rahatsızlığın olması değişkenleridir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde demografik değişkenlerin psikopatolojikbelirti ölçeği puanlarında başka kardeşin olma durumu değişkeninde önemli (anlamlı) bir yordayıcı olduğu onun dışındaki değişkenlerde anlamlı bir olmadığı görölmüştür.

## 5. BÖLÜM

### 5.1.Tartışma

Çalışmalarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş bireylerin son yıllarda dünyada ve ülkemizde giderek arttığı bildirilmektedir (Gül ve Öncü, 2018). DEHB bozukluğu tanısı almış çocuğa sahip olan ebeveynlerin sağlıklı çocuklara sahip olan ebeveynlere kıyasla çocuklarının gelişim ve akademik konularıyla ilgilenmek, kişisel ve sosyal sorumluluklarını almak gibi bir çok alanda daha fazla sorumluluk ve yük sahibi olduğu saptanmıştır (Güçlü ve Erkıran,2004). Bu açıdan araştırmada DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerinin psikopatolojik belirti durumları incelenmiştir. Araştırma sonucunda örneklem grubunu oluşturan DEHB tanısı almış çocuklara sahip ebeveynlerin obsesyon ve depresyon psikopatolojik belirti düzeylerinin diğer psikopatolojik belirtilere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinde rastlanan psikopatoloji, psikopatolojik yük ve bunların görülme sıklığı ile ilgili bazı araştırmaların sonuçlarıyla da desteklenmiştir. Bu araştırmalarda DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde duygudurum bozukluğu %12.3 ve anksiyete bozukluğu %8.1 olarak görülürken %6.8 oranında yetişkin DEHB'ı görülmüştür (Güçlü ve Erkıran, 2004). Güçlü ve Erkıran (2005)'ın araştırmasında DEHB tanılı çocukların annelerinde depresyon %17.9 bulunmuş, bu annelerin anksiyete ve duygusal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Wayman (2017) ise ankete katılan ailelerin yüzde 12.7'sinin (annelerin yüzde 12.9'u, babaların yüzde 11.6'sı) "yüksek psikopatolojik belirtiler" tespit etmiştir. Montano (2004) ise ailelerde duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluk görülme ihtimalini vurgulamıştır.

Akçakın ve Erden(2001), Fırat (2007)'in araştırmalarında da annelerin depresyon puanlarının yüksek olduğu belirtilmektedir.

Depresyonun yüksek görüldüğü ebeveyn grubunun birincisini DEHB tanısı almış çocukları birinci ve ikinci sınıfa giden ebeveynler oluşturmaktadır. Ailelerin çocuklarının eğitime aktif katılımı okul sisteminin ayrılmaz bir parçası olarak düşünölmektedir. Ölkemizde eğitim alanında yaşanan değişiklikler ailelerin eğitim sürecine aktif katılımını desteklemektedir (Özeke Kocabaş, 2006). DEHB tanısı alan öğrencilerin çoğunun okula başladığı dönemde sınıf öğretmenleri tarafından tespit edildiği bilinen bir gerçektir, tanı sürecinde sınıf öğretmeni ve rehber öğretmen alınan bilgi, ailenin gözlemleri ve uzman görüşü birlikte değerlendirilmektedir (Kayaalp,2008). Bu süreçte ebeveynlerin süreci kabullenmede zorluk yaşadıkları, okuma yazma ve okul disiplini kazandırma açasından daha büyük bir yüke sahip olduğunu ve bu sürecin depresif belirtiler bakımından ve fiziksel olarak onları daha çok yorduğu ve kendi çocuk yetiştirme tarzlarını sorgularken daha yoğun suçluluk hissettikleri söylenebilir.

Depresyonun yüksek görüldüğü ikinci ebeveyn grubu, DEHB tanısı almış çocuklarına anne- babaları yaşamayan ebeveynler oluşturmaktadır. Ebeveynlerin DEHB olan çocuklara bakmada zorlandıkları çalışmada belirgin olarak görölmektedir. Aile ve sosyal destek bu çocukların bakımında önemlidir. Aile desteği olmayanlarda ise daha yoğun psikopatolojik belirtiler görölmektedir. Çok yakın bir bireyin kaybı geride kalanlarda yoğun çaresizlik hisleri yaşatabilmektedir (Yavuzer, 2003). Hem yakınını kaybetmenin verdiği duygusal yoğunluk hem de sorunlu çocuğu tek başına yüklenmek ebeveynlerde daha yoğun psikopatolojik düzeyin görölmesine sebep olabilmektedir. Ayrıca bu ebeveynler yüksek yoğunlukta kaygı ve obsesif kompulsif belirtiler de göstermektedirler.

Araştırma sonucunda obsesif kompulsif belirtilerin yüksek olduğu bir diğer grup ise DEHB tanısı almış çocuğunun yanı sıra başka bir çocuğa daha sahip olan ebeveyn grubu oluşturmaktadır. Er (2006) çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler üzerinde yaptığı çalışmada kardeşlerin hastalık dönemlerinde aile üyelerinin en mutsuz ve duygusal olarak en ihmal edilmiş bireyleri olduğunu göstermiştir. İkinci bir çocuğa sahip olmanın ebeveyn için ikinci bir sorumluluk

olduğu, DEHB bozukluğu yaşayan çocukları ile ilgilenirken diğer çocuklarını ihmal edebileceği ve bunu dengelemeye çalışan ebeveynin çocuklarını yetiştirirken daha fazla zorluklar yaşayarak obsesif belirtiler gösterebileceği düşünülebilir. şimşek, Gökçen, Fettahoğlu(2012) de DEHB olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve Diğer Psikiyatrik belirtileri üzerine yaptıkları çalışma da DEHB bozukluğu tanısı almış çocuğu olan annelerin kontrol grubuna göre bir çok psikiyatrik belirtiyeye sahip olduğunu DEHB bozukluğu tanısı almış çocuğu olan babaların ise obsesif, depresyon, paranoid belirtiler ve kişilerarası duyarlılık testlerinde daha fazla belirtiyeye sahip olduklarını saptamıştır.

Hem depresyonun hem de obsesif kompulsifin eş düzeyli olarak yüksek görüldüğu grubu DEHB bozukluğu tanısı almış çocuğa sahip boşanmış ebeveynler oluşturmaktadır. Börekçi (2017) Genetik bir yatkınlık olmasına rağmen destekleyici, tutarlı ve düzenli bir ortam içinde olan çocuklarda DEHB belirtilerinin görülmeme ihtimali olduğunu belirtmiş, çocuklara sistemli, düzenli, tutarlı ortamı yaratacak olan ebeveynlerin DEHB etkilerini en aza indirgenebileceğini vurgulamıştır. Ev yaşamındaki karmaşık ortam ve durumların ise çocukta DEHB bozukluğunun belirtilerinin artmasına sebep olabileceğini saptamıştır. Yapılan bu çalışma boşanmış ebeveynlerin daha fazla psikopatolojik yüke sahip olduğunu bu nedenle obsesif kompulsif ve depresyon belirtilerini gösterebileceğini kanıtlar niteliktedir. Boşanma, insan yaşamındaki en önemli olaylardan birisidir ve boşanan bireyler için de stres kaynağıdır. İnsan hayatında önemli bir farklılık yaratan bu sürecin, boşanan bireylerin sağlığını olumsuz etkilediği düşünölmektedir (Özkan, 2004). Keloğlu (2017) bekar olan kadınların ayrılmış olan kadınlara oranla fobik anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Depresyonla beraber uyku bozukluğu-suçluluk belirtilerinin görüldüğu bir diğer grubu ise DEHB tanısı almış çocukları 6 yaş altında olan ebeveynler oluşturmaktadır. Akgün (2016) çocukların yatma saatlerinin geç ve uyku sürelerinin az olduğunu, çeşitli uyku sorunları yaşadıkları, bir kısmının anne-babalarıyla aynı odada ve yatakta yattıklarını belirlemiştir. Genellikle küçöck yaşlardaki çocuklarda görölen uyku sorunları anne ve babanın da uyku sorunu yaşamasına yol açabildiği sonucuna varılabilir. Börekçi (2017) çalışmasında sadece 4-6 yaş DEHB yaşayan çocukları almış, bu çocukların çevreye uyumu

ve bireysel bağımsızlığını deneyimlemesi çocuk ve ebeveyn için alışılmadık ve kimi zaman zorlayıcı olduğunu, bu sürecin aile içi ilişkilere ve ebeveynlerin tutumlarına etki edebileceğini, sürecin olumsuz deneyimlenmesi sonucunda ise çocuğun davranım, sosyal ve okul problemleri yaşamasına sebep olabileceğini belirtmiştir. Bu yüzden ailelerin bu süreçten kendilerini daha çok sorumlu tuttuğu ve kendilerini suçlama eğilimi içinde oldukları düşünülebilir.

Fobi ve Psikotizm durumları ise DEHB bozukluğu tanısı almış çocukların aileleri için düşük etki düzeyinde olan psikopatolojik belirtilerdir. Sadece (DEHB) tanısı konmuş bireylerin psikopatolojik rahatsızlığı olan ebeveynlerinde somatizasyon, fobi ve ek ölçek (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) daha yüksek belirti göstermişlerdir. Psikolojik rahatsızlıkların diğer bir psikolojik rahatsızlığı tetikleyebildiğini gösterir bir durumdur. Özgen (2016) uyku örüntüsündeki değişmelerin, depresyon için biyolojik göstergelerden birisi olduğu dikkati çekmiştir. Kara, Durukan, Koparan, Altun, Karaman, Selçuk (2016) da DEHB olan çocukların anne-babalarının öfke ve saldırganlık düzeyleri ile ilgili araştırmada da, DEHB olan çocukların annelerinin sürekli öfke ve toplam saldırganlık düzeylerinin sağlıklı çocuk annelerine göre yüksek olduğu; DEHB grubunun hem anne, hem de babalarında öfke kontrol düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHB bozukluğu almış çocukların ebeveynleriyle ilgili psikotizmi araştırarak bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Varolğüneş (1999)'in çalışmasında ise DEHB tanılı çocukların anne ve babaları ile sağlıklı çocukların anne babaları kişilik bozukluklarının görülme sıklığı yönünden bir veri elde edememiştir. Ebeveynin kişilik bozukluğu üzerinde DEHB çocuğa sahip olmanın etkili olmadığı bu araştırmadan anlaşılmaktadır. Kişilik bozukluğu ayrı bir durum olarak değerlendirilmelidir. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerinde duygu durum bozukluğu görülme ihtimali varken, kişilik bozukluğu için araştırma bulgularına ulaşılammıştır.

Bazı sosyodemografik değişkenler açısından incelendiğinde bireylerin tedavi süreleri, ilaç kullanma ve iyileşme özellikleri, bireylerin kardeşlerinde psikopatolojik rahatsızlık olması, ebeveynlerin özelliklerinin psikopatolojik düzeyi etkilemediği görülmüştür. Bu konuda yapılan farklı araştırma sonuçları incelendiğinde; Nalbantoğlu (2011) araştırmasında yaş değişkeninin ruhsal sağlık sorunları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Deniz

(2015) tarafından yapılan çalışmada yaş değişkeni ile obsesif kompulsif ve anksiyete belirtileri arasında bir ilişki kurulamadığı görülmüştür.. Yiğit (2007) tarafından özel okul öğretmenleri ile yapılan ruh sağlığı çalışmasında, ruh sağlığı puanları ile yaş değişkeni arasında bir ilişki bulunamamıştır. Doğan vd. (2005) anksiyete bozukluklarıyla eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir. Keloğlu (2017) kadınların çalışma durumu ve eğitim düzeylerine göre de anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. Çakır (2017) anne baba eğitim durumlarında anlamlı bir fark bulmamıştır. Yeşilyaprak (2001) tarafından gerçekleştirilen çalışmada üniversiteye devam etmeyen gençler arasında kişilerarası duyarlılık ve öfke düşmanlık puanları en genç grupta en yüksek şekilde saptanmıştır. Yıldırım vd. (2006) tarafından çalışmada ise belirti tarama listesi puan ortalamaları 18 yaş grubunda daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Dönmez vd. (2000) eğitimin az olmasının anksiyete ve somatoform bozukluklar yönünden risk faktörü olarak görüldüğünü söylerken, Kılıç vd. (1998) eğitimin ruhsal bozukluk yaygınlığını etkilediğini bildirmişlerdir. Sağduyu vd. (2000) çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre daha fazla oranda depresyon görüldüğünü saptamıştır. Dökmen (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada eğitim niteliğindeki süre artışının anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilite ve rahatsızlık ciddiyeti puanlarına anlamlı katkı sağladığı ve ruh sağlığına olumlu katkısı olduğu saptanmıştır. Kayahan vd. (2003) çalışmasında depresif belirtileri olan ve depresyon tanısı konmuş kadınların %72.8'inin düşük eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır.

## **5.2. Sonuç ve Öneriler**

1.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı almış çocuklara sahip olmak sağlıklı çocuklara sahip olmaya göre oldukça zordur. Bu açıdan bu ebeveynlerin desteklenmesi karşılaştıkları zorluklarda yardımcı olunması çocukların gelişimi ile ilgili karşılaştıkları zorluklarda danışacakları kişi ve merkezlerin olması önemlidir. DEHB tanılı çocukların aileleri DEHB hakkında daha çok bilgilendirilmeli ve uygun ana baba tutumları hakkında belirli aralıklarla eğitim verilerek annelerin DEHB tanılı çocuklarına karşı olası olumsuz tutumları ele



alınmalıdır. Bunun için Rehberlik Araştırma Merkezleri ile okullarda psikolojik danışmanlar ortak çalışabilirler.

2. Bu araştırmalardan elde edilebilecek daha ayrıntılı verilerle, çevresel ve sosyal birçok problemle karşılaşan DEHB tanılı çocuklara ve ailelerine uygulanan psikopatolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin niteliğinin yükseleceğİ ve daha etkin olacağı düşünölmektedir. Bu çerçevdede ebeveynlerin sosyo demografik özellikleri göz önünde bulundurularak onlara sunulacak hizmetlerin özelliğİ belirlenebilir. Bu araştırmada birden fazla çocuğaya sahip olan ebeveynlerin depresif belirtilerinin daha fazla olduğ u bulgusu dahilinde çok çocuklu olan ebeveynlere çocuk yetiştirme stilleri ve iletişim becerileri konularında seminerler verilebilir.

3.Ülkemizin nüfusu göz önüne alındığında her sınıfta DEHB çocuğ un olduğ u bilinir. Her bir çocuğ un bu probleminin fark edilmesi ve akademik başarı olarak hak tanınması gerekir. Özellikle bu konuda bu kadar sık görölen bir problemin tanınmasında ve tedavisinde uzmanlara ve ailelere büyük görev düşer. Öğretmenlerinde aynı şekilde tespit ve tedaviye yönlendirmede aktif konumda olmaları önerilebilir. Böylece erken fark edilen bir çocuk hem eğitim öğretim faaliyetlerine etkin katılımı sağlanmış hem de ebeveynlerle işbirliğ i yapılmış olur.

4.Ergenlik dönemindeki çocukların velisi üzerindeki yıpratıcılığının daha çok olduğ u bulgusundan yola çıkarak bu süreçteki çocukların doğru bilgi ve becerilerle donatılması gerekir. Bu çocukları sportif etkinliklere yönlendirmek yararlı olacaktır. Bu sebeple gerek aileler gerekse öğretmenler bu çocuklar özelinde sportif etkinliklere yönlendirme çalışmaları yapmalıdır.

5. DEHB li çocuklar sınıf atmosferini bozucu davranışları nedeniyle sık sık uyarılmakta ve bu konuda ebeveynlere baskı yapılabilmektedir. Bu çocukların uygun yöntemlerle disipline edilmesi ve veli ile işbirliğ i yapılması eğitim öğretim etkinliklerine aktif katılımlarının sağlanması önerilebilir. Ebeveynlere çocukları ile ilgili konularda moral verici destekleyici konuşma yapılması önerilebilir.

6.Öğrencilerin ilgi göstermek başarılı öğrenmenin temelini oluşturur. Öğretmenler öğrencilerin dikkat eksikliğ ini gidermek için sınıfta bir çok etkinlik

kullanabilirler. Görsel materyallerin çeşitliliğini artırmak yararlı olabilir. Faaliyetleri küçük parçalara ayırmak her zaman daha yararlı olabilir. Basit görevler vermek, ilgi çekici ders etkinlikleri yapmak, poster, harita ve çizelgeler gibi görsel araçlar kullanmak yararlı olabilir. Bu yönüyle geliştirilen ve eğitim ihtiyacı giderilen bir çocuk ebeveynlerine yük olmadan eğitim öğretim faaliyetlerine devam edebilir.

7. DEHB tanısı almış küçük yaş grubunda bir çocuğa sahip olan ebeveynlerde uyku bozukluğu görülme sıklığı daha fazla olduğu bulgusundan yola çıkarak ebeynlere çocukların tedavi süreci ile hassas olmaları konusunda bilgilendirme yapılması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

Abalı, O. (2012). *Hiperktivite ve dikkat eksikliği*, İstanbul: Adeda yayıncılık

Akçakın, M. ve Erden, G. (2001). "Otizm Tanısı Konmuş Çocukların Anne Babalarındaki Ruhsal Belirtiler", *Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi*.

Akgün Kostak, M. (2016) 3-6 Yaş Grubu Çocukların Uyku Alışkanlıklarının Belirlenmesi, HSP 3(1):123-132

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder (DSM-IV), 4th Ed. Washington, DC: *American Psychiatric Association*.

Becerik-Özdiker J. (2002). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anneleri ile ilişkilerini algılamaları ile annenin çocuğunu kabullenme ve reddetme davranışlarına ait algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi*.Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Befare MS, Barkley RA. (1985) Hyperactive and normal girls and boys. mother-child interaction, parent psychiatric status and psychopathology. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*. 26: 705-709.

Benevides-Pereira AM. (2002). *Tükenmişlik: Tıbbı ve Tıbbı Olan Balyalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bilgiç A. (2011). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bir Grup Çocukta Anksiyete Bozukluklarının Görülme Sıklığı" *Selçuk Tıp Dergisi*; 28(1):39-41 Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Köroglu E (2001). *Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*.

- Brown T.E. (2010). *Dikkat Eksikliği Bozukluğu*.2.Baskı, (çev: Sönmez EÇ, 2010). (Editör: Uğur, U). Ankara: ODTÜ Yayıncılık.
- Carter, S. B. (2012). Where Do You Fall on the Burnout Continuum? <https://www.psychologytoday.com/blog/high-octane-women/201205/where-do-you-fall-the-burnout-continuum>, erişim tarihi: 01.01.2018.
- Cavkaytar, A. (2013). "*Ailelerle İşbirliği*" *Özel Eğitim*, (Ed. Eriper, S.). Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi.
- Cengiz, A. (2013). *Kadın Ruh Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet; Antalya ilinde Bir Klinikte Uygulama*. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Antalya.
- Çakır, B. (2017). *DEHB Tanısı Almış Çocukların Aile Resmi Çizimlerinin Algılanan Ebeveyn Tutumları Ve Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çakmak, A.,& Darıca, N. (2012). 7-11 Yaş Grubu Kurumda Ve Ailesi Yanında Büyüyen Kız Ve Erkek Çocuklarının Anne Figürü Çizimlerinin Duygusal Gelişim Açısından İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 41(41).
- Çilli, AS.,Kaya, N., Bodur, S. (2004) Çalışan ve Ev Kadınlarında Psikopatolojik Belirtilerin Karşılaştırılması, *Genel Tıp Dergisi*.2(3) 56-69
- Çokluk, Ö. (1999). *Zihinsel ve İşitme Engelliler Okullarında Görev Yapan Yönetici ve Öğretmenlerde Tükenmişliğin Kestirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çöp, E, Kültür, S. E. Ç.,& Dinç, G. Ş. (2016). Anababalık Tutumları ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişki. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2017;28(1):25-32.

- Dağ İ. (1991) Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2(1): 5-12.
- Deniz, P. (2015). *Çalışan ve Çalışmayan Kadınlardaki Obsesif Kompulsif Belirtiler, Anksiyete ve Mizaç Özelliklerinin incelenmesi*, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Dereli, F., Okur, S. (2008), "Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 25: 164-168.
- Derogatis LP. (1977) Clearly Confirmation of The Dimensional Structure of The SCL-90: A Study in Construct Validation. *J. Clinical Psychology*. 33: 981-989.
- Doğan, M. (2011). "Çocukluk Çağı Ruhsal Bozukluklar, Sınıflama ve özellikler" *Çocuk ruh sağlığı (Ed. Uzuner, Y.)*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C. (2005) *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*, Sivas: Dilek Matbaası.
- Dolgun G., Savaşer S., Yazgan Y. (2005). Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB-YKÖ) Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*-2015/1,2.39-52.
- Dökmen, Z. (2009). *Menopoz, Beden imgesi ve Ruh Sağlığı*, Türk Psikoloji Yazıları.
- Dönmez, L., Dedeoğlu, N., Özcan, E., (2000) Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar, *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Dunn, David W. (2013) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu <http://www.tsalliance.org/about-tsc/signs-and-symptoms-of-tsc/brain-and-neurological-function/attention-deficit-hyperactivity-disorder-and-tsc/erişim> tarihi: 15.01.2018.

- Drummond, D. (2015) Physician Burnout: Its Origin, Symptoms, and Five Main Causes Fam Pract Manag. 2015 Sep-Oct;22(5):42-47. <https://www.aafp.org/fpm/2015/0900/p42.html>, erişim tarihi: 05.01.2018
- Ennis E., Bunting, B.P. (2013). *Family burden, family health and personal mental health. BMC Public Health* 13: 255. Published online 2013 March 21. doi: 10.1186/1471-2458-13-255
- Er, M. (2006), Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 49 :155-168
- Ercan, ES. (2015). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*.İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık.
- Ernekal, A. (2016) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Alan Ve Almayan Çocuklarda İşitsel Bellek İle DEHB Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı
- Fırat, S. (2007). "Otistik ve Zihinsel Özürlü Çocukların Annelerinde Kaygı, Depresyon, Aleksitimi ve Genel Psikolojik Değerlendirme" Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2004)Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Bozuklukları*Klinik Psikiyatri*8:18-23.
- Gül, H. Ve Öncü B. (2018) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etyolojinde Çevresel Etmenler, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 10.18863/pdy.358094
- Gümüsel, N. (2015). *DEHB Tanısı Alan 6-12 Yaş Arası Çocukların Annelerinde Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi* Yüksek Lisans Tezi Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

[https://www.health.harvard.edu/newsletter\\_article/Diet-and-attention-deficit-hyperactivity-disorder](https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/Diet-and-attention-deficit-hyperactivity-disorder), erişim tarihi: 03.01.2018.

İftar, G. (2013). "Sosyal ve Duygusal Gelişimi Destekleme" Özel Eğitim, (Ed. Eripek, S.). Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi.

Jensen, E. (2006). *Teaching With The Brain in Mind. Beyin Uyumu Öğrenme.*(çev: Doğanay A). İstanbul: Nobel Kitabevleri.

Johnston, C.,& Mash, E. J. (2001). Families Of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review And Recommendations For Future Research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207.

Karakaş, S. ve Yalın, A. (2009). *Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi B Formu Kullanım Klavuzu.* Birinci Baskı. Eryılmaz Offiset Matbacılık. Ankara 2009.

Karaman, A.M. (2009). *İlköğretim ve Ortaöğretim Okul Yöneticilerinin Tükenmişlik Seviyelerinin İncelenmesi*, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karasar, N. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemi.* Ankara: Nobel.

Karataş, K. (2003), "Engellilerin Toplumla Bütünleşme Sorunları, Bir Sosyal Politika Yaklaşımı", *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, Türkiye Körler Federasyonu Yayını, Cilt 2, s. 2.

Kartal, A., Çetinkaya, BC., Turan, T. (2009) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Ruhsal Belirtilerin Taranması. Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009: 8(2): 161-166.

Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., Öztürk, Ö. (2003) On Beş-Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 4(1) 45-67

- Keloğlu, T. (2017) *Kadıköy bölgesinde ruh sağlığı hizmetine başvurmuş 200 kadın vakanın scl-90 psikopatolojik belirti tarama testine göre incelenmesi* yüksek lisans tezi Haliç Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü psikoloji anabilim dalı uygulamalı psikoloji programı
- Kılıç BG (2002) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Mini Dikkat Test Bataryası İle Ölçülen Bilgi İşleme Süreçleri*. G.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Kılıç, BG. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nöropsikolojisine İlişkin Kuramlar ve Araştırmalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*,16(2): 113-123.
- Kılıç, B.G., Irak, M., Koçkar, A.İ., Şener, Ş., & Karakaş, S. (2002a). İşaretleme Testi Türk Formu'nun 6-11 yaş grubu çocuklarda standardizasyon çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 5(4), 2013-228.
- Kılıç, B.G., Irak, M., Koçkar, A.İ., Şener, Ş., & Karakaş, S. (2002b). Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi B Formu kullanılarak ölçülen bellek uzamının Türk ilkökul çocuklarında gelişimi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 10(3), 243-254.
- Kılıç, BG., Koçkar, A.İ., Irak, M., Şener, Ş., Karakaş, S. (2002c). Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi B Formu Kullanılarak Ölçülen Bellek Uzamının 6-11 Yaş Grubu Öğrencilerde Gelişimi. *3P Dergisi*, 2002: 10: (3);243-254.
- Konan, M. (1997). *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesinde Lisans Öğrenimi Gören Öğrencilerin Ruhsal Durumlarıyla Gelecek Beklentisi Arasındaki ilişki*.Yüksek Lisans Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Köknel, Ö. (2008) *Korkular* İstanbul: Altın Kitaplar
- Krull, K. R. (2017). Hasta eğitimi: Çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomları ve teşhisi (Temel Bilgilerin Ötesinde) <https://www.uptodate.com/contents/symptoms-and-diagnosis-of->



attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-beyond-the-basics:  
erişim tarih: 03.01.2018.

Milli Eğitim Bakanlığı (2015) *Çocuk gelişimi ve eğitimi, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu*, Ankara: MEB.

Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, Harrington H, Hogan S, Meier MH, Polanczyk GV, Poulton R, Ramrakha S, Sugden K, Williams B, Rohde LA, Caspi A. (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2015 Oct;172(10):967-77.

Montano B (2004) Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *J Clin Psychiatry*, 65(Suppl 3):18-21.

Nalbantoğlu, D., (2011). *Denizli il Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları Ve Etkileyen Faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

National Institute of Mental Health, (2016) *Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD): The Basics* U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health NIH Publication No. QF-16-3572

Noronha APP, Fernandes DC. (2008) Laboratuar estresse: üretmek ve üretmek için brasileira no SciELO e BVS-Psi. *Fraktal Rev Psicol*. 20 (2): 491-501.

Öncü, B. ve Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, 5, (1) 111-119.

- Öncü, B., Ölmez, Ş (2004) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erişkinlerde Nöropsikopatolojik Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 15(1):41-46
- Özeke Kocabaş E. (2006), Eğitim Sürecinde Aile Katılımı: Dünya ve Türkiye'deki Çalışmalar, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* Cilt:3 Sayı:26
- Özgen, F (2016), Depresyon ve Uyku: *Journal of Turkish Sleep Medicine*, Vol.3, Iss1, Dec 20016:1-1
- Özkan, Z. (2004). Aile Sorunlarına Çözüm Önerileri (1. Baskı). İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- Öztürk, M. O. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Özmen Kaymak, S. (2010). Okulda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010; 6(2): 1-10.
- Özusta Ş(1993). *Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarılma, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Perlick, D. (2005) Impact of Family Burden in Bipolar Disorder <http://grantome.com/grant/NIH/R01-MH051348-02>, erişim tarihi: 15.01.2018.
- Sağduyu, A. (1995). *Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon*.
- Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E., Boratav, C.(2000) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Sapançalı, F. (2009). *Toplumsal açıdan yaşam kalitesi*, İzmir, Altın nokta
- Sarı Yıldırım H., Başbakkal Z., (2008). *Zihinsel Yetersiz Çocuğu Olan Aileler İçin Aile*

- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*, 282, 2215–2219.
- Selçuk, Z. (2002). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar*. (3. baskı). Ankara, Pegem A Yayıncılık.
- Sevinç, İ. Ve Babahanoğlu, R. (2016) Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile Yüğü Değerlendirme Durumlarının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi: Konya Örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi* 19 (2) ss.109-121.
- Smith AJ, Brown RT, Bunke V, Blount RL, (2002) Christophersen E. Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with ADHD. *Journal of Attention Disorder* 5(3): 165-177.
- Sürücü, Ö. (2015). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). Anne-Baba-Öğretmen El Kitabı*. Bilgi Yayınevi. Ankara 2015 Birinci Basım.
- Şahin, D. (2009). “Semioloji” *Psikiyatri*, (Ed. Kulaksızoğlu, I. B.) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları
- Şeker, Ş. (2015) Engelli Çocuğu Olan Anne –Babaların Psikopatolojik Semptomlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma (Amasya İli Örneği) *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* - 8, (1)385-419.
- Şenol, S. ve Şener, Ş. (1997). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, *Psikiyatri Temel Kitabı*, [Ed. Köroğlu, E., Güleç, C.]. Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*, 1119-1130.
- Tohma, M. (2014) *Yabancı Dil Olarak İngilizce Sınıflarında DEHB: İlköğretim İngilizce Öğretmenlerinin DEHB, Sınıf Yönetimi Ve Öğretim Stratejileri Hakkındaki Bilgileri* Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İngiliz Dili Eğitimi Anabilim Dalı

- Toros, F., Tataroğlu, C. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyo-Demografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*; 9: 23-31.
- Trollope, K. (2012) Do we overdramatize family physician burnout? *Can Fam Physician*. 58(7): 731–733.
- Tural Hesapçioğlu, S., Çelik, C., Özmen, S., Yiğit, İ, (2016) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuklarda Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formunun (WÇZÖ-R) İncelenmesi: Alt Testlerin, Kaufman ve Bannatyne Sınıflamalarının Yordama Gücü*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016;27(1):31-40
- Turan, Z. (2011). “Ailede ruh sağlığı” Çocuk ruh sağlığı (Ed. Uzuner, Y.), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Tükel, R. (2009). “*Psikanalitik Açıdan Psikopatoloji*” *Psikiyatri*, (Ed. Kulaksızoğlu, I. B.) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları
- Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013), Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Usta, N. (2012). *İş Stresinin İlköğretim Okullarında Görev Yapan Yöneticilerin Davranışlarına Etkisi (Edirne İli Örneği)* (Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi Teftişi Planlaması Ve Ekonomisi Bilim Dalı
- Üçok, Alp (2009). “*Şizofrenive benzeri psikozlar*” *Psikiyatri*, (Ed. Kulaksızoğlu, I. B.) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları

- Varolgüneş D (1999) *DEHB olan çocuk ve ergenlerin anne babalarında psikiyatrik özellikler ve DEHB'un araştırılması*, uzmanlık tezi.İzmir, Ege Üniversitesi.
- Wayman S (2017) Exhausted? Inefficient? Distant? Parental burnout is inevitable <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/parenting/exhausted-inefficient-distant-parental-burnout-is-inevitable-1.3216824>, erişim tarihi: 15.01.2018.
- World Health Organization (2009) *Women and Health* , WHO 2009, Switzerland.
- Yazgan, Y. (2012a). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Büyümek*. 22. Ulusal Çocuk ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı.
- Yazgan, Y. (2012b). *Hiperaktif Çocuk ve Ergen Okulda*.İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık.
- Yazıcı, O ve Çakır, S. (2009). “*Duygudurum Bozuklukları*” *Psikiyatri*, (Ed. Kulaksızoğlu, I. B.) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları
- Yeşilyaprak, B. (2001). Üniversiteye Devam Eden ve Etmeyen Bir Grup Gencin Psikopatolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikopatolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.
- Yiğit, A. (2007). *Özel Eğitim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin İş Doyumu Tükenmişlik ve Ruh Sağlık Düzeylerinin Çeşitlik Değişkenler Açısından incelenmesi*. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Niğde.

Yücel, B. (2009). *Psikiyatri*, (Ed. Kulaksızoğlu, I. B.) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları

## EKLER

### EK.1 : ÖLÇEKLER

DEHB sadece bireyi değil ailesini ve çevresini de etkilemektedir. Ebeveynler çocuklarının gelişimsel desteklerini sağlarken zaman zaman duygusal desteğe ihtiyaç duyabilir, tükenmişlik duyguları ile hayal kırıklıkları yaşayabilirler. Çocuklardaki DEHB durumunun ailesin üzerindeki tükenmişlik duygularına etkisini incelemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

#### Demografik Bilgi Formu

##### DEMOGRAFİK BİLGİLER

**Çocuğunuzda DEHB var ise çocukla ilgili kısmı doldurunuz, yoksa boş bırakınız.**

**Çocuğun;**

**Yaşı :**

**Cinsiyeti :** Kadın ( ) Erkek ( )

**Öğrenim Durumu :** 1.Sınıf ( ) 2.Sınıf ( ) 3.Sınıf ( ) 4.Sınıf ( )

5.Sınıf ( ) 6.Sınıf ( ) 7.Sınıf ( ) 8.Sınıf ( )

**DEHB Tanısı Aldığı Tarih:**

**Ne Kadar Süredir Destek Alıyor/ Tedavi Oluyor?:** 6Ay- 1Yıl ( ) 1Yıl- 2Yıl ( )

2 Yıl- 3Yıl ( ) 3Yıl- 4Yıl ( )

4 Yıl- 5Yıl ( ) 5 Yıldan fazla ( )

**Tedavi Düzenli mi?** : Evet ( ) Hayır ( )

**İlaç Kullanımı var mı?** : Var ( ) Yok ( )

**Tedavi Sürecinde Düzelmeye/ Değişiklik var mı?** : Var ( ) Kismen ( )  
Yok ( )

**Başka Kardeşi Var mı?:** Evet ( ) Hayır ( )

**Kardeşte herhangi Psikopatolojik tanı almış rahatsızlık var mı:** Evet ( ) Hayır ( )

**Anne – Baba birlikte mi yaşıyor?:** Birlikte ( ) Ayrı ( )

**Birlikte yaşamıyorlarsa;**

Anne ile yaşıyor ( )

Baba ile yaşıyor ( )

Başka bir yakını ile kalıyor ( )

**Ebeveynin;**

**Yaşı** : 20-25 ( ) 25-30 ( ) 30-35 ( ) 35-40 ( ) 40 yaş üstü ( )

**Cinsiyeti** : Kadın ( ) Erkek ( )

**Medeni Durumu** : Bekar ( ) Evli ( ) Dul ( )

**Anne sağ mı?** : Evet ( ) Hayır ( )

**Baba sağ mı?** : Evet ( ) Hayır ( )

**Eğitim Durumu** : İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( )

Lisans ( ) Yüksek lisans ( )

**Çalışma Durumu** : Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )

**Ekonomik Destek Alıyor mu?**

: Evet ( ) Hayır ( )

**Ekonomik Durumu** : Çok iyi ( ) iyi ( ) Orta ( )

Kötü ( ) Çok kötü ( )

**Kiminle yaşıyor?** : Kendisi ve çocukla ( )

Çekirdek Ailesi ile ( )

Büyük Ailesi ile ( )

**Herhangi Bir Psikopatolojik Rahatsızlığınız Var mı?** : Evet ( ) Hayır ( )



### Belirti Tarama Listesi (SCI-90-R):

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dâhil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını (X) şeklinde işaretleyiniz.

Tanımlama: 0 Hiç / 1 Çok az / 2 Orta derecede / 3 Oldukça fazla / 4 Aşırı düzeyde

	0	1	2	3	4
Baş ağrısı					
Sinirlilik ya da içinin titremesi					
Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler					
Baygınlık ya da Baş dönmesi					
Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
Olayları anımsamada güçlük					
Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler					
Kolayca gücenme rahatsız olma hissi					
Göğüs yada kalp bölgesinde ağrılar					
Caddelerde ve açık alanlarda korku hissi					
Enerjimizde azalma veya yavaşlama hali					
Yaşamınızın sonlanması düşünceleri					
Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
Titreme					
Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi					
İştah azalması					
Kolayca ağlama					
Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
Kontrol edilemeyen öfke patlamaları					
Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
Olanlar için kendini suçlama					
Belin alt kısmında ağrılar					
İşlerin yapılmasında erteleme duygusu					
Yalnızlık hissi					
Karamsarlık hissi					
Her şey için çok fazla endişe duyma					
Her şeye karşı ilgisizlik hali					
Korku hissi					

Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi					
Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak					
Kalbin çok hızlı çarpması					
Bulantı ve midede rahatsızlık hissi					
Kendini başkalarından aşağı görme					
Adale (kas) ağrıları					
Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
Uykuya dalmada güçlük					
Yaptığınız işleri bir yada birkaç kez kontrol etme					
Karar vermede güçlük					
Otobüs, tren, metro gibi araçlarda yolculuk etme korkusu					
Nefes almada güçlük					
Soğuk veya sıcak basması					
Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu					
Hiçbir şey düşünmeme hali					
Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
Boğazınıza bir yumru takınmış hissi					
Gelecek konusunda ümitsizlik					
Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlü					
Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
Gerginlik veya coşku hissi					
Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
Ölüm ya da ölme düşünceleri					
Aşırı yemek yeme					
İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
Sabahın erken saatlerinde uyanma					
Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali					
Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
Bazı şeyleri kırıp dökme hissi					
Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması					
Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme					
Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
Dehşet ve panik nöbetleri					

Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi					
Sık sık tartışmaya girme					
Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme					
Değersizlik duygusu					
Size kötü bir şey olacakmış hissi					
Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması					
Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama					
Suçluluk duygusu					
Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					

## EK.2: ÖLÇEK İZİNLERİ

Sosyodemografik bilgi formu kendi hazırlamış olduğum formdur.

SCALA-90 Belirti Tarama Listesi yayınlanmış bir ölçektir.

## ÖZGEÇMİŞ

Hatice ÇETİNKAYA ŞAHİN, 02.10.198 tarihinde Bilecik’te doğmuştur, evlidir. İlk,orta öğrenimini Bilecik’te, lise öğrenimini ise Bozüyük Anadolu Öğretmen Lisesi’nde tamalamıştır. Üniversite eğitimini Marmara Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik bölümünde tamamlamıştır. İstanbul Esenyurt Üniversitesinde Klinik Psikoloji Tezsiz Yüksek Lisans yapmıştır. EMDR Derneği aracılığı ile Udi UREN’den EMDR eğitimlerini, Kognitif Terapi Derneği aracılığıyla Mehmet Zihni SUNGUR’dan Bilişsel-Davranışçı terapi eğitimlerini tamamlamıştır. Sigmund Freud Üniversitesi’nde Psikoterapi doktora eğitimine devam etmektedir.