

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Fulya ALPAN

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN
ANNELERİ İLE NORMAL GELİŞİMİ OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN
DEPRESYON VE STRESLE BAŞA ÇIKMA BECELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2013

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Fulya ALPAN

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN
ANNELERİ İLE NORMAL GELİŞİMİ OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN
DEPRESYON VE STRESLE BAŞA ÇIKMA BECELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Danışman

Doç. Dr. Demet EROL

Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2013

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı'nda Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ OLARAK kabul edilmiştir.

İmza

Başkan: Prof. Dr. Nihal Ören



Üye (Danışman): Doç. Dr. Demet Ero/



Üye: Yrd. Doç. Dr. Fatma Ünal



Üye:

Üye:

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../...

İmza

.....

Müdür

En değerli varlıklarım

biricik oğlum Kutay

ve canım aileme

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
ÖNSÖZ	xii

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	4
1.2. Problem.....	4
1.3 Alt Problemler.....	4
1.4 Sınırlılıklar.....	5
1.5 Tanımlar.....	5

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Tarihçe.....	7
2.2. DEHB: Tanı ve Değerlendirme.....	9
2.3. DEHB Görülme Sıklığı ve Nedenleri.....	15
2.3.1. Genetik Nedenler.....	16

2.3.2.	Psikososyal Etmenler.....	17
2.3.3.	Beyin Hasarı.....	17
2.3.4.	Nörofizyoloji.....	17
2.4.	Tedavi Yöntemleri.....	19
2.4.1.	Farmakolojik Tedavi.....	19
2.4.2.	Psiko-Eğitimsel Müdahaleler.....	21
2.4.3.	Diğer Tedavi Seçenekleri.....	23
2.5.	Eşlik Eden Bozukluklar.....	24
2.6.	DEHB ile İlgili Kuramlar.....	28
2.6.1.	Posner'in Dikkat Modeli.....	29
2.6.2.	Mesulam'ın Dikkat Modeli.....	29
2.6.3.	Mirsky'nin Dikkat Modeli	30
2.6.4.	DEHB Ve Yönetici İşlev Bozuklukları.....	30
2.6.5.	Tepki Kitleme Bozukluğu.....	31
2.6.6.	İşlem Belleği Bozukluğu.....	31
2.6.7.	Bilişsel-Enerjik DEHB Modeli.....	32
2.6.8.	Ertelemeye Katlanamama Modeli.....	33
2.6.9.	Bilişsel-Davranışçı DEHB Modeli.....	33
2.7.	DEHB Olan Çocukların Anababası Olmak.....	35
2.7.1.	Depresyon, Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	36
2.7.1.1.	Depresyon.....	36

2.7.1.2. Stres.....	38
2.7.1.3. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	44
2.7.2. Anababalık ve Stres.....	46
2.7.3. DEHB Olan Çocukların Ailelerinde Stres, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon Düzeyleri.....	50
2.8. DEHB Olan Çocukların Annelerinde DEHB Görülme Sıklığı.....	54
2.9. Yurtdışında Yapılan Araştırmalar.....	55
2.10. Türkiye’ de Yapılan Araştırmalar.....	57

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli.....	61
3.2. Araştırma Grubu.....	61
3.3. Veri Toplama Araçları.....	62
3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği.....	62
3.3.2. Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği.....	63
3.4. Verilerin Toplanması.....	64
3.5. Verilerin Analizi.....	65

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Betimsel Bulgular.....	66
4.2. Genel Bulgular.....	72

4.2.1.	DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar...	72
4.2.2.	DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki Farklılıklar.....	73
4.2.3.	DEHB Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	76
4.2.4.	DEHB Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Depresyon Düzeylerini Yordaması.....	78

BÖLÜM V

5.1.	Sonuç ve Tartışma.....	80
5.2.	Öneriler.....	89

KAYNAKÇA.....	91
----------------------	-----------

EKLER

Ek 1	Kullanılan Ölçme Araçları.....	108
Ek 2	İzin Belgeleri.....	118
	ÖZGEÇMİŞ.....	128

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1	DEHB Tanı Kriterlerinin DSM-IV-TR ve ICD 10' a Göre Karşılaştırılması.....	10
Tablo 2.2	Yaşam Süresi Boyunca DEHB Semptomları.....	15
Tablo 2.3	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Başlıca Bozukluklar.....	24
Tablo 2.4	Depresyonun Sık Görülen Belirtileri ve Bulguları.....	37
Tablo 2.5	Stresi Açıklayan Kuramlar.....	44
Tablo 4.1	DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Doğum Yılı Aralıkları.....	66
Tablo 4.2	DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Eğitim Düzeyleri.....	67
Tablo 4.3	DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Ekonomik Düzeyleri.....	68
Tablo 4.4	DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Medeni Durumları.....	69
Tablo 4.5	DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Sürekli Tedavi veya İlaç Kullanmayı Gerektirecek Rahatsızlık Durumu.....	70
Tablo 4.6	DEHB Olan Çocuklarda Görülen Tip.....	70
Tablo 4.7	DEHB Olan Çocukların İlaç Kullanma Düzeyleri.....	71
Tablo 4.8	DEHB Tanısı Konulduktan Sonra Annelerin Bozuklukla İlgili Bilgilendirilme Düzeyleri.....	71
Tablo 4.9	DEHB Tanısı İle İlgili Olara Rehberlik ve Araştırma Merkezi/Okul Tarafından Eğitim Tedbirinin Alınıp Alınmadığı.....	71
Tablo 4.10	DEHB Tanısı Konan Çocuğu Tedavi Gerektiren Başka bir Rahatsızlığının Olup Olmadığı Durumu.....	72
Tablo 4.11	Ailede DEHB Tanısı Almış Başka Bir Bireyin Olup Olmama Durumu.....	72
Tablo 4.12	DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeylerine Ait t-Testi Sonuçları.....	73

Tablo 4.13	DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki Farklılıklara Ait t-Testi.....	74
Tablo 4.14	DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinden Alkol İlaç Kullanımındaki Farklılıklara Ait Mann Whitney U Testi Sonucu.....	76
Tablo 4.15	DEHB Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	77
Tablo 4.16	DEHB Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Depresyon Düzeylerini Yordamasına Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1	DEHB Çift Yolak Modelinin Şematik Gösterimi	35
Şekil 2.2	Merkezi Sinir Sistemi.....	39
Şekil 2.3	Beynin İki Ana Bileşeni ve Alt Yapıları.....	41
Şekil 2.4	Genel Uyum Sendromu.....	42
Şekil 2.5	Anababalık Davranışları ve Çocuğun Davranışlarının Sonuçlarını Etkileyen Kuramsallaştırılmış Yollar.....	47
Şekil 2.6	Anababa-Çocuk Etkileşiminde Stres Modeli.....	48
Şekil 2.7	Stres Kaynaklarının Anababalık Tutumları ve Anababa-Çocuk Etkileşimlerini Etkilediğini Gösteren Kavramsal Model.....	49

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma becerilerini, normal gelişim gösteren çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma becerileri ile karşılaştırmaktır. Bunun yanı sıra ikinci problem olarak, DEHB' li çocukların annelerinin stresle başa çıkma becerilerinin depresyon düzeylerini ne düzeyde yordadığının araştırılması olarak belirlenmiştir. Araştırma, 2012 yılında Antalya ili Muratpaşa ilçesindeki Atatürk İlköğretim Okulu, Başöğretmen Atatürk İlköğretim Okulu, İstiklal İlköğretim Okulu, Hanım Ömer Çağırın İlköğretim Okulu ve Mustafa Meryem Ege ilköğretim Okulu akademik ve sağlık olarak normal gelişimi olan 120 4. ve 8. sınıf öğrencisi annesi ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran 4.-8. sınıf aralığında DEHB tanısı almış 47 ilköğretim öğrencisi anneleri ile yürütülmüştür.

Araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenleri ölçmek için “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Depresyon düzeylerine ve stresle başa çıkma yöntemlerine ait bağımsız örneklemelerin karşılaştırılmasında *t*-testinden yararlanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki çoklu doğrusal regresyon modeline göre incelenmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre, DEHB olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri, normal gelişimi olan çocukların annelerinden daha yüksektir. Stresle başa çıkma becerilerinin kullanımında, İlişkiye Odaklanma, Dışsal Destek Arama, İnkâr/Erteleme, Dine Tutunma ve Mizah alanlarında DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların anneleri arasında farklılık bulunmamıştır. DEHB olan çocukların annelerinde Olumsuz Edilgen Başa Çıkma düzeyinin, normal gelişimi olan çocukların annelerine göre önemli düzeyde yüksek iken, Olumlu Etkin Başa Çıkma düzeylerinin önemli düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür. Kendini Destekleme düzeyi normal gelişim gösteren çocukların annelerine göre daha düşükken, Geri Çekilme alanında DEHB' li çocukların annelerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Alkol/İlaç Kullanımında DEHB olan çocukların annelerinin puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. DEHB olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri, İlişkiye Odaklanma, Olumsuz Edilgen Başa Çıkma, Olumlu Etkin Başa Çıkma, Kendini Destekleme, Geri Çekilme ve İnkâr/Erteleme ile ilişkilenirken Dışsal Destek, Dine Tutunma, Mizah ve Alkol/İlaç Kullanımı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Depresyon düzeyleri Olumsuz Edilgen Başa Çıkma stratejisi ile pozitif yönde, Olumlu Etkin Başa Çıkma stratejisi ile negatif yönde önemli düzeyde ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, depresyon, stres, stresle başa çıkma yöntemleri.

ABSTRACT

The purpose of this study is to compare the depression levels and stress coping skills of the mothers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and of the mothers of children with normal development levels. The additional purpose of the study is to explore to what extent predicts the stress coping skills of mothers of children with ADHD to their level of depression. The sample of the research consisted of the 120 mothers of children who have normal development and attend to the 4th and 8th grades at Atatürk Primary School, Başöğretmen Atatürk Primary School; İstiklal Primary School, Hanım Ömer Çağırır Primary School and Meryem Mustafa Ege Primary School in Muratpaşa Antalya and the 47 mothers of children with ADHD who attend to the 4th and 8th grades and were reached from Adolescent Psychiatry Clinic at The Akdeniz University Faculty of Medicine.

“The Beck Depression Inventory” and “The Multidimensional Intimate Coping Questionnaire” were used to test the dependent and the independent variables. SPSS was used to analyse the data. *t*-test was used in the independent samples of depression levels and stress coping strategies. The relationship between the dependent and the independent variables were examined by Multiple Linear Regression Model.

According to the findings of the study, depression levels of the mothers of children with ADHD were higher than those the mothers of children with normal development. There were no differences between the mothers of children with ADHD and the mothers of children with normal development in using the strategies Love and Affection Toward Partner, Seeking Social Support, Denial/Avoidance, Religious Coping and Humor Coping. It was found that the level of Negative and Passive Coping Strategy is significantly higher and the level of Possitive and Active Coping Strategy is significantly lower at the mothers of children with ADHD than at the mothers of children with normal development. The level of Self-Bolstering strategy was found lower and the level of Social Withdrawal strategy was higher at the mothers of children with ADHD. The Alcohol and Drug Use strategy scores were found higher in the mothers of children with ADHD. It was found that the depression levels of the mothers of children with ADHD were correlated to the coping strategies of Love and Affection Toward Partner, Negative and Passive Coping, Possitive and Active Coping, Self-Bolstering, Social Withdrawal and Denial/Avoidance while Seeking Social Support, Religious Coping, Humor Coping and Alcohol and Drug Use strategies were not correlated to the depression level of mothers of children with ADHD. Depression levels were positively

related to Negative and Passive Coping strategy and were negatively related to Positive and Active Coping strategy with significant levels.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, depression, stress, coping with stress management strategy.

ÖNSÖZ

Bu araştırmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan annelerin depresyon ve stresle başa çıkma becerileri karşılaştırılmıştır.

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam esnasında bana sağladığı katkılardan ve yapmış olduğu danışmanlık ve rehberlik ile içinden çıkamayacağım yerlerde yardımını esirgemeyen, neşesi ve enerjisi ile bana güç veren tez danışmanın Sayın Demet EROL’ a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans çalışmasına başlamadan önce dostluğu ile akademik alanda kazanımlarım için bana destek olan, yüksek lisans eğitimi esnasında da öğretim üyeliği ile bana katkı sağlayan, anlattıkları ve önerileri ile yolumu aydınlatan sevgili dostum ve değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Nalan YILMAZ’ a çok teşekkür ederim.

Çalışmalarım esnasında yardımları, destekleri ve önerileri ile dostluklarını esirgemeyen, zor anlarımda beni sabırla dinleyerek rahatlatan, sevinçlerime ve üzüntülerime ortak olan can dostlarım; son kontroller aşamasında da kilometrelerce uzaktan esirgemediği yardımı ile Semanur DUYGU, Hatice ÇETİNKAYA, Hümeysra DEMİRCİOĞLU ÇANKAYA, Mükafat CANBOLAT BOZKURT, ölçek uygulamalarımda bana destek olan Serpil GÜLER, Soner ALTINKAYNAK, Meriç KAYNAR, Demet KUŞ ve katkı sağlayan adını sayamadığım diğer tüm sevgili arkadaşlarıma, yüksek lisans eğitimim boyunca idari boyutta sağladığı kolaylık ve destek için merkez müdürüm Nihat SARAÇ’ a teşekkür ederim.

Geldiğim bu noktada bana karşılığı ödenemeyecek kadar çok emeği olan, hangi koşulda olursam olayım arkamda değil her zaman yanımda olduklarını bildiğim, hasretlerini, gözyaşlarını sevgileri ile örterek eğitimlerime katkı ve desteği olan ve bir ferdi olmaktan her zaman gurur ve sonsuz mutluluk duyduğum ailem, canlarım, annem, babam ve kardeşime de teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, yaşamıma anlam katan, enerjisi ile beni ayakta tutan, varlığı ve sevgisi ile bana tarifsiz duygular yaşatan, yüksek lisans çalışmamda en zorlandığım zamanlarda “Canını sıkın bir şey mi var? Bu sorunu birlikte aşabiliriz, üzülme.” diyecek kadar olgun ve geniş yüreği olan, en değerli varlığım sevgili oğlum Kutay’ a yaşamıma kattığı her güzel saniye için teşekkür ederim.

Fulya ALPAN

Antalya, Aralık, 2012

BÖLÜM I

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), okul öncesi çocuklarda başlayıp yetişkinlikte de devam edebilen aşırı hareketlilik, kısa dikkat süresi ve dürtüsellekle karakterize bir bozukluktur. Çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan birisidir ve tedavi edilmediği takdirde çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini, eğitim hayatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011, s. 25).

DEHB hatalı anababa tutumlarından kaynaklanmamaktadır. Ancak hatalı tutumlar DEHB ile birlikte davranım bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, öğrenme güçlüğü, tik bozukluğu, kaygı ve depresyon, iki uçlu duygulanım bozukluğu gibi farklı bozuklukların da görülmesine neden olabilmektedir. Bununla beraber çocuk yetiştirmede hiç hata yapmamak mümkün değildir. Ancak normal gelişim sergileyen, yetişmesinde bir sorun yaşanmayan çocuklarla anne babaların ilişkilerinin bozulmasında daha az sebep bulunmaktadır. Ama söz dinlemeyen, dur durak bilmeyen, sürekli hareket halinde olan bir çocuğu yetiştirirken, anne babaların daha az hata yapması için daha çok emek vermesi gerekmektedir. Çocukla ilgili alınması gereken kararlarda tutarsız davranışlar ve bunun sonucunda ortaya çıkan çatışma, anne babaların evliliklerinde de sorun yaşanmasına neden olabilmektedir. Türkiye’de çocuğun yetiştirilmesinde daha etkin olan anneler, DEHB olan bir çocuğun sorunları ile babalara göre daha fazla başa çıkmak durumunda kalmaktadırlar. Babaların sorunla ilgilenmemek için evden uzaklaşmaları annelerin daha çok yorulmasına neden olmaktadır. Ayrıca annelerin, kontrol altına alamadığı davranışlardan dolayı, çevre tarafından yeterlilikleri sınanmakta ve bununla ilgili olarak anneler sosyal baskı görebilmektedirler. Bu durum, annelerin ruhsal açıdan sağlıklarının bozulmasına neden olabilmektedir. Davranış sorunları olan çocukların anne babalarında daha fazla ruhsal hastalık görüldüğü bilinmektedir. Yapılan araştırmalar davranış sorunları olan çocukların annelerinde depresyon sıklığının %25 olduğunu göstermektedir (Aydın ve Ercan, 2005, s. 243).

Aslında tüm anne babalar çocuklarının gelişimleri süresince pek çok olumlu duygunun yanı sıra korku, kaygı, endişe, panik, öfke ve yorgunluk hissetmektedirler. DEHB olan çocukların anne babaları ise bu duyguları daha yoğun yaşarlar (Sürücü, 2003, s. 89). Pek çok anne baba, bu bozukluğun ne olduğunu tam olarak anlamadığı için DEHB olan çocukları ile çoğu zaman bir savaş içine girer (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005, s. 112).

Yapılan araştırmalar, DEHB olan çocukların ailelerinin stres düzeylerinin, DEHB' li çocukların davranış bozukluklarının şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. McLaughlin ve Harrison (2006, s. 87) yaptıkları bir araştırmada, çocukların yıkıcı davranışlarının şiddetinin, anababalık yeterlilik duygusunu ve etkili anababalık davranışlarını olumsuz yönde etkilediklerini bulmuşlardır.

DEHB olan çocukların anne babalarında, çocuklarının davranışlarının şiddeti ile ilgili olarak gerek çevre ile olan yaşantıları gerekse anne ve babalık rollerinde uyumu yakalama çabaları, eşler arasındaki ilişkilerin bozulmasına yol açabilmektedir. Johnston ve Mash (2001, s. 189), DEHB' li çocukların ailelerinin daha düşük düzeyde evlilik doyumlarının olduğunu ve normal çocukları olan ailelere göre daha fazla çatışma yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca normal gelişimi olan çocukların aileleri ile DEHB' li çocukların ailelerin stres düzeylerinin karşılaştırıldığı araştırmalarda, DEHB' li çocukların ailelerinin stres düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Durukan, Erdem, Tufan, Cöngöloğlu, Yorbık ve Türkbay; 2008, s. 221; Johnston ve Mash, 2001, s. 192).

Anne babaların evlilik ilişkilerinde söz konusu bozulmalar, annelerin ve babaların çocuklarında tanısı konan DEHB' nin kaynağına ilişkin görüş farklılıklarından kaynaklanabilmektedir. Anne ve babaların bozukluğun nedenleri ve çözüm yollarına ilişkin farklı yaklaşım biçimleri, daha yoğun çatışma yaşamalarına neden olabilmektedir. Chen, Seipp ve Johnson (2007, s. 95)' nin yaptıkları bir araştırmada aileler, dikkat eksikliği semptomlarının dürtüsellik semptomlarına göre daha içsel, genel ve sabit olduğunu belirtmişlerdir. Ancak anneler, babalarla karşılaştırıldığında dikkat eksikliği ve dürtüsellik semptomlarının daha genel ve sabit nedenleri olduğunu düşünmektedirler. Bu araştırmada babalar, daha çok içsel nedenlere bağlı olarak algıladıkları DEHB semptomları ile ilgili olarak daha olumsuz tepkiler sergilemişlerdir. Aynı araştırmada, annelerin babalara göre davranışsal

yönetimin daha etkili olacağına inandıkları ve babaların ise daha çok DEHB ile ilgili psikolojik nedenlere ve tedavi yöntemlerine inandıkları ortaya çıkmıştır.

Bu farklı bakış açıları, DEHB' li çocuklara yaklaşımda anne babaların çatışmalarına neden olabilmektedir. Araştırmalar, çocuklarda görülen davranış bozuklukları ile evliliklerin bozulması arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu göstermektedir (Fischer, 1990, s. 340). Normal bir fiziksel ve zihinsel gelişime sahip olmalarına rağmen çocuklarının davranışlarını kontrol etmekte güçlük çeken anne ve babalar, stres altında kalmaktadırlar.

Stres, organizmanın dengesini bozan uyaranlar olarak tanımlandığı gibi, kişinin iyi halini tehlikeye sokan, kapasitesini azaltan, zorlayıcı durumlar olarak da tanımlanmaktadır. Stresle ilgili verilebilecek en genel tanım ise organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesi ile ortaya çıkan; çevresel gerilimler, baskı ve zorlanmalara karşı insan bedeninin verdiği fiziksel, ruhsal ve heyecansal tepkilerdir (Kalkan ve Koç, 2008, s. 46).

Stresli durumlarla karşı karşıya kalan bireyin çevre ile uyumunda sorunlar ortaya çıkmaktadır. DEHB olan çocukların ailelerinde görülen stres kaynakları; yönergeleri takip etmede güçlükler, ödevleri unutma veya kaybetme, okul çalışmalarına odaklanma gibi dikkat sorunları, arkadaş ilişkilerinde yaşanabilecek davranış sorunları ve yaralanmalarla sonuçlanabilecek dürtüsellik olabilmektedir (McCleary, 2002, s. 287). Bunlar gibi karşı karşıya kalınan durumlarda, bireyin çevre ile uyumu tehlikeye düşmektedir (Terzi ve Çankaya, 2006, s. 2).

Alanyazın taramaları, çocuklardaki davranış bozukluğunun şiddetinin, stresli durumlar için önemli bir etken olduğunu göstermektedir. DEHB' li çocukların ailelerinin stres düzeyleri, normal gelişim gösteren çocukların ailelerin stres düzeylerine göre daha yüksektir (McCleary, 2002, s. 286). Xiang, Luk ve Lai (2009, s. 734) tarafından yapılan araştırmada, DEHB olan çocukların ailelerinin yaşam kalitelerinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel alanda, diğer normal gelişim gösteren çocukların ailelerine göre daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra, DEHB olan çocukların ailelerinin stres düzeylerinin araştırıldığı birçok araştırma, annelerin üzerine odaklanmaktadır. Normal gelişim sergileyen çocukların annelerine göre DEHB' li çocukların annelerinin yıllara göre psikolojik olarak daha çok etkilendiği görülmektedir (Fischer, 1990, s. 339).

1.1. Araştırmanın Önemi

DEHB, çocukların üzerinde olduğu kadar, anne ve babalar ve sosyal çevre üzerinde etkili olmaktadır. Çocuklarda teşhis edilen DEHB, ailelerde yönetim problemlerine neden olmakta, aile ve çocuk arasındaki ilişki bozulmaktadır. Buna ek olarak DEHB tanısı almış çocukların akademik ve sosyal alanda yaşadıkları güçlükler, anne ve babaların stres düzeyinin artmasına neden olmaktadır. DEHB' li çocukların annelerinde görülen stres ve kaygı düzeylerinin onların sosyal yaşantılarına ve yaşam kalitelerine etki ettiği söylenebilir. Bunun altında yatan nedenler ve çözüm yollarının bulunması, DEHB' li çocukların ailelerinin yaşamlarını daha az stresli hale getirecektir. DEHB' li çocukların annelerinde görülen çocuklarının davranışlarına yönelik başa çıkma becerilerinin gelişmesindeki güçlükler, davranışları kontrol altına alamama ile ilgili olarak anababalıkla ilgili geliştirilen öğrenilmiş çaresizlik, bilgilendirme çalışmaları, sosyal destek sağlanması, başa çıkma becerilerinin (McCleary, 2002, s. 288) geliştirilmesine yönelik çalışmalar ailelerin streslerini kontrol etmelerine yardımcı olacaktır. Bu nedenle bu araştırmanın temel problemi şu şekilde belirlenmiştir:

1.2. Problem

Bu araştırmanın temel problemi, DEHB' li çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma becerilerinin, normal gelişim gösteren çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma becerileri ile karşılaştırmaktır. Araştırmanın ikinci problemi olarak, DEHB' li çocukların annelerinin stresle başa çıkma becerilerinin depresyon düzeylerini ne düzeyde yordadığını araştırmaktır.

1.3. Alt Problemler

Yukarıdaki temel probleme bağlı olarak aşağıdaki alt problemlere yanıt aranmıştır;

1. DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri arasında önemli bir farklılık var mıdır?
2. DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemleri arasında önemli farklılıklar var mıdır?
3. DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemleri ile depresyon düzeyleri arasında önemli ilişkiler bulunmakta mıdır?

4. DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemleri, depresyon düzeylerini önemli düzeyde yordamakta mıdır?

1.4. Sınırlılıklar

- a) Araştırmanın örneklemi DEHB tanısı almış 4, ve 8, sınıf aralığındaki çocukların anneleri ile sınırlıdır.
- b) Karşılaştırma grubu sağlıklı gelişim gösteren 4, ve 8, sınıf aralığındaki çocukların anneleri ile sınırlıdır.
- c) DEHB tanısı almış 4, ve 8, sınıf aralığındaki çocukların annelerine hastanelerin çocuk psikiyatrisi bölümünden ulaşılabilecektir.
- d) Araştırmaya katılacak normal gelişim gösteren çocukların annelerine ulaşılan okullar, normal sosyo-ekonomik düzeyde çocukların eğitim gördüğü devlet okulları ile sınırlıdır.
- e) Karşılaştırma grubu Atatürk İlköğretim Okulu, Meryem Mustafa Ege İlköğretim Okulu, Hanım Ömer Çağırın İlköğretim Okulu, İstiklal İlköğretim Okulu, Başöğretmen İlköğretim Okulu 20 4. sınıf, 20 5. sınıf, 20 6. sınıf, 20 7. sınıf, 20 8. sınıf düzeyindeki öğrencilerin anneleri ile sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) , aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve istekleri erteleyememe (dürtüsellik) belirtileriyle ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur (Aydın ve Ercan,2005, S. 19).

Stres, organizmanın dengesini bozan uyaranlar olarak tanımlandığı gibi, kişinin iyi halini tehlikeye sokan, kapasitesini azaltan, zorlayıcı durumlar olarak da tanımlanmaktadır. Stresle ilgili verilebilecek en genel tanım ise, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesi ile ortaya çıkan çevresel gerilimler, baskı ve zorlanmalara karşı insan bedeninin verdiği fiziksel, ruhsal ve heyecansal tepkilerdir (Kalkan ve Koç, 2008, s. 46).

Stresle başa çıkma; stres veren durumlar karşısında, duygusal gerilimini azaltma, yok etme ya da bu gerilime direnme amacıyla bireyin bu gerilime direnme amacı ile gösterdiği duygusal ve davranışsal tepkilerin bütünüdür (Terzi ve Cihangir Çankaya, 2009, s. 2).

Depresyon, DSM-IV’ de bu grup hastalıklar duygudurum bozuklukları olarak adlandırılmıştır. Bu gruptaki hastalıklar kategorik olarak normalden ayrılma düzeyine, doğal öykülerine, ailesel sıklık, seyir, sonlanım ve tedaviye yanıtlarına göre çeşitli alt gruplara ayrılmaktadır. Birçok insan kendi kişiliğine ve başa çıkma tarzına bağlı olarak üzüntü, umutsuzluk ve çaresizlik dönemleri geçirir. Bunlar doğal sayılmaktadır. Ancak klinik depresyon bunlardan şiddet, süre, insan ilişkileri ve üretkenlik üzerine etkileri yönünden ayrılır (Yüksel, 2001, s. 208).

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Tarihçe

Son yıllarda Türkiye’ de üzerinde çok konuşulan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), hakkında yeterince sahibi olmadığımız bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’ de DEHB ilgili olarak yapılan çalışmaların son yıllarda hız kazanması, konu ile ilgili bilgilerin bilirkişilerin görüşlerine görsel medya üzerinden de kamuoyuna ulaştırılması pek çok yanlış kanıyı ortadan kaldırmaktadır. İlk zamanlarda DEHB’ nin çocuğu için olumlu bir özellik olarak gören anababalar, günümüzde soruna çok daha temkinli yaklaşmaktadırlar.

DEHB, çocuklukta yaygın ve yüksek oranda görülen önemli düzeyde bilişsel, ailesel, sosyal, davranışsal ve akademik zayıflama ile ilişkili kalıtsal nörogelişimsel bir bozukluktur (Waite ve Ramsay, 2010, s. 670). Akademik, sosyal ve aile yaşamındaki bilişsel ve davranışsal fonksiyonları etkileyen dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının görüldüğü bu nörogelişimsel bozukluğun (Deault, 2010, s. 169) temel özelliği; kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı, engellenmeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluktur (Şenol ve Şener, 2001, s. 748).

DEHB, Türkiye’ de son yıllarda toplum tarafından yaygın olarak tanınmasına karşın tüm dünyada uzun zamandan beri bilinmektedir. Yazın bilgiler gözden geçirildiğinde yıllar boyunca bu klinik durumun çeşitli terimlerle anıldığı görülmektedir. Bu tanımlamalar, sendromun değişik nedenlerine ya da en belirgin görünümüne göre yapılmıştır. 19. yüzyılın sonlarında tıbbi yazında “çılgın aptallar (mad idiots)”, “dürtüsel delilik (impulsive insanity)”

ve “yetersiz engellenme (defective inhibition)” olarak adlandırılmıştır (Şenol, 2008, s. 293). Hiperaktivite ya da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna ilişkin ilk kaynak, 1865 yılında Alman hekim Henrich Hoffman’ ın hekimlik uygulamaları esnasında çocukluk dönemine ilişkin bozuklukları kaleme aldığı eserinden “Kıpır Kıpır Phil” şiiridir. Bilimsel olarak ilk kaynaklar ise George Still ve Alfred Tredgold tarafından bildirilmiştir (Şenol, 2008, s. 293). 1902 yılında İngiliz doktor George Still, Kraliyet Sağlık Yüksekokulu’nda yapmış olduğu üç konferansta, karşı gelen, saldırgan, disipline karşı koyan, aşırı derecede heyecanlı, ketlenme sergileyen 43 çocuk tanımlamıştır (Barkley ve Murphy, 2006, s. 4). Still tarafından bugün de kullanılan kolay ve anlaşılır olarak bu çocuklar için aşırı hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım bozuklukları gösteren şeklinde bir tanımlama yapılmıştır. Daha sonra Still, bu çocukları kuralsızlık, kincilik, acımasızlık sergileyen çocuklar olarak tanımlamıştır. Still, bu tip çocukların, kendilerine verilen cezaya rağmen aynı davranışları kısa bir süre sonra tekrarlayarak disiplin veya cezaya karşılık vermeyeceklerini ifade etmiş ve bu çocuklarda büyük ahlaki bozukluk olduğunu iddia etmiştir (Seawell, 2010, s. 6). “Moral Kontrol Defekti” olarak adlandırılan bu bozuklukta çocukların, kıpır kıpır, dürtüsel, dikkat sorunları ve duygudurum belirtileri gösterdiği, bazı fiziksel kusurları ve özel öğrenme güçlüklerinin bulunduğu bildirilmiştir (Kandemir, 2009, s. 3).

Stil, erkek çocukların kız çocuklara göre daha fazla etkilendiğini belirtmiş ve bu bozukluğun nedenleri olarak sosyal ve organik nedenler üzerinde durmuştur. 1917 yılında Amerika Birleşik Devletleri’ nde ortaya çıkan ensafalit (beyin iltihabı) salgını sonucunda hastaların DEHB’ ye benzer hareketler sergilediği saptanmıştır. Bunun üzerine bu bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmüş ve “Minimal Beyin Hasarı” adı verilmiştir. Ancak, 1940’ lı yıllarda bu çocuklarda beyin hasarını düşündüren bir hasara rastlanmamış ve hastalığın adı “Minimal Beyin Disfonksiyonu” yani beynin çalışmasında küçük bir işleyiş kusuru olarak değiştirilmiştir (Aydın ve Ercan, 2005, s. 32). Son görüş olarak 1993 yılında, “ters ve gecikmiş engellenme” kavramı ileri sürülmüştür. Bu görüşe göre bozukluğun bulunduğu çocuklarda engellenme düzeneğinin geciktiği vurgulanmaktadır (Şenol ve Şener, 2001, s. 747).

Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Dünya Sağlık Örgütü’ nün ICD-9 ve American Psikiyatri Birliği’ nin DSM sınıflandırma sistemi ile olmuştur. DEHB

tanısı ilk olarak 1968’ de Amerikan Psikiyatrik Bozukluklar Tanı ve Sınıflandırılması sistemi olan DSM- II’ de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) “Hiperkinetik Reaksiyon” olarak yer almıştır. 1980’ de yayınlanan DSM-III’ de “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” terimi kullanılmış ve “hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği bozukluğu” (attention deficit disorder with hyperactivity), “hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” (attention deficit disorder without hyperactivity) olarak iki boyutta ele alınmıştır. 1987’ de DSM-III-R’ de “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” terimi kullanılmaya başlanmıştır ve bu bozukluk tek boyutlu ele alınmış, dikkat eksikliği, hiperaktivite, fevrilik şeklinde üç temel belirti öne sürülmüştür (Özcan, 2002, s. 4; Motavallı Mukaddes, 2000, s. 82). Tanı için toplam 14 belirtiden sekizinin olması şartı aranmıştır. DSM-IV’de bir önceki sınıflandırmalarda belirtilen şekilleri ile tanımlanmıştır (Şenol, 2008, s. 294). DSM-IV-TR’de Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında yer almaktadır. DEHB’nin de dâhil edildiği yıkıcı davranış bozuklukları içinde, Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğuna da (KOKGB) yer verilmiştir. Bulguların en az altı aydır devam ediyor olması gerektiği vurgulanmış ve bulguların anlamlı olabilmesi için yaşa uygun normların dışında olması gerekliliğinin üstünde durulmuştur (DSM-IV-TR, 2005, s. 55).

Dünya Sağlık Örgütü’ nün sınıflama sistemi olan ICD-10’ da Hiperkinetik Bozukluk olarak adlandırılan durum; “Bu grup bozukluklar, erken başlayan, aşırı faal, dürtüsellik ve bir işe ilgiyi sürdürmede göze çarpan zayıf davranış ayarı ve bu davranışsal özelliklerin yaygın olmayan bir durum sergilemesi ve zaman için de devamlılığının olduğu bozukluklardır” şeklinde tanımlanmaktadır (ICD-10, s. 204).

2.2. DEHB: Tanı ve Değerlendirme

DEHB doğuştan gelen bir bozukluk olup, daha bebeklik döneminde uyku bozukluğu, bozuk uyku düzeni, uyarılara karşı duyarlılık, ışık, ısı, gürültü gibi çevresel değişikliklere aşırı tepkilerle kendini göstermeye başlar. Oyun dönemine geldiklerinde aşırı hareketlilik, duygusal değişkenlik, oyun ve oyuncaklara yaşıtlarından beklenen odaklanmayı yapamama, bebeklikten itibaren devam eden düzensiz uykuların yanı sıra söz dinlemeyen, aşırı yaramaz, yerinde duramayan çocuklar olarak annelerinin dikkatini çekebilirler. Ancak üç yaş öncesinde çocukların gelişmekte olan kendilerine özgü davranış biçimleri ile DEHB’nin temel

belirtilerini ayırt etmek oldukça zordur. Ayırıcı tanıda normal gelişim dönemi özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Gerçek DEHB olan çocuklarda belirtiler kalıcıdır ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırgan tutumlar, yaralanmaya neden olabilecek korkusuz hareketler ve gürültücülük eşlik etmekte ve karşı gelme tutumları izlenmektedir (Şenol, 2008, s. 302). Daha ileriki yaşlarda ise hiperaktivite ve ataklıktan kaynaklanan davranış bozukluğu biçimindeki belirtiler bu dönemde görülen aşırı anksiyete ve depresyon, bipolar bozukluk ve hipomani, davranım bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, zeka geriliği, anksiyete bozukluğu ve uyum sorunları ile karışabilir.

Russell A. Barkley tarafından, yetişkinler için, DEHB' nin tanısını kolaylaştıran semptomlar ileri sürülmüştür. Bunlar; dikkatin başka yöne çekilebilmesi, ani karar verme, zayıf iş organizasyonu, bir işi tamamlamada eksiklik, daha önceden planlanmış anlaşmalara uyamama, başlamış olan planlamayı gerekli olduğunda sonlandırmada güçlükler, işe dikkat vermede güçlükler, hızlı araba kullanma gibi yüksek olasılıklı ve tehlikeli durumları anlamadan aktivitelere başlamadır (Akt. Marshall, Neill ve Theodosiou, 2011, s. 3056).

Tablo 2.1: DEHB Tanı Kriterlerinin DSM-IV-TR ve ICD 10' a Göre Karşılaştırılması

DSM IV-TR' ye Göre Tanı Kriterleri	ICD 10 Tanı Kriterleri
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır: (1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürdürmüştür: Dikkatsizlik (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar. (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağınık. (c) Doğrudan kendisi ile konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür. (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).	F90 Hiperkinetik Bozukluklar G1. Çocuğun yaş ve gelişim düzeyine göre evde dikkat, hareketlilik ve dürtüsellikte (1), (2) ve (3) maddelerde belirtilen gösterilebilir anormallik: 1. izleyen dikkat sorunlarından en az üçü: (a) kendiliğinden etkinliklerin süresi kısadır; (b) sıklıkla oyun etkinliklerinden tamamlamadan ayrılır; (c) bir etkinlikten diğerine geçiş siktir; (d) yetişkinlerin düzenlediği görevlerde sürekliliğin olmaması; (e) ev ödevleri ya da okuma görevleri gibi çalışmalar sırasında yüksek düzeyde dikkatsizlik; 2. Ek olarak aşağıdaki hareketlilik sorunlarından en az üçünün olması: (a) uygun olmayan durumlarda oldukça sık aşırı koşma ya da tırmanma; hareket etmeden duramıyor görünür;

(e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker. (f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir. (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (Örn: oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler). (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır. (i) Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlıktır. (2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür: Hiperaktivite (a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur. (b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar. (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durup ya da sağa sola tırmanır (ergenlerde ya da yetişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir). (d) Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır. (e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor takılıymış gibi davranır. (f) Çoğu zaman çok konuşur. İmpulsivite (dürtüsellik) (g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştirir. (h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır. (i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn: başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar). B. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır. C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır (örn:	(b) kendiliğinden etkinlikler sırasında yerinde duramama kıpır kıpır olma; (c) görece olarak hareketsiz olması beklenen ortamlarda belirgin aşırı etkinlik (örn; sofrada, yolculukta, misafirlikte); (d) sınıf içi ya da diğer oturması beklenen ortamlarda sıklıkla oturamama; (e) sessizce oyun oynamakta sıklıkla zorlanma; 3. ek olarak aşağıdaki dürtüsellik sorunlarından en az birinin olması: (a) oyunlar ya da grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemede sıklıkla güçlük çekme; (b) sıklıkla diğerlerinin konuşmalarını bölme, araya girme (örn, Diğerlerinin oyunlarını ya da konuşmalarını böler); (c) sıklıkla soru tamamlanmadan yanıtlamaya çalışma; G2. okulda ya da kreşte dikkat ve hareket anormalliklerinin yaş ve gelişim düzeyi için (1) ve (2) numaralı maddelerle gösterilebilirliği: 1. aşağıdaki sorunlardan en az ikisi (a) görevleri tamamlayamama; (b) yüksek oranda dikkat dağınıklığı (örn, Çok sık dış uyaranlara yönelme); (c) seçenek sunulduğunda etkinlikler arasında sık değişimler; (d) oyun etkinliklerinin çok kısa sürmesi, 2. ve aşağıdaki hareketlilik sorunlarının en az üçü: (a) serbest etkinliğe izin verilen durumlarda sürekli (ya da hemen hemen sürekli) ve aşırı hareketlilik (koşma zıplama gibi) (b) kurallı ortamlarda belirgin eli ayağı durmaz; (c) görevler sırasında sıklıkla görevin kesilmesi; (d) oturması gerektiğinde sıklıkla oturamama; (e) sakince oynamada sıklıkla zorlanma; G3. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik sorunu doğrudan gözlenir, Çocuğun yaşı ve gelişimsel düzeyinden beklenene göre daha aşırı olmalıdır, Aşağıdakilerden bir kaç bulunmalıdır: 1. G1 ya da G2' deki ölçütlerin hem öğretmen
---	--

okulda ya da işte ve evde). D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır. E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Örn: Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosyatif Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu). Tipine göre kodlayınız; 314.01 Dikkat Eksikliği Hiperkativite/Bozukluğu Bileşik Tip: Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 tanı ölçütü karşılanmışsa 314.00 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamışsa 314.01 Dikkat Eksikli/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivitenin-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamışsa Kodlama notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ver erişkinler) olarak belirtilmelidir. 314.9 Başka Türlü Adlandırılmayan Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bu kategori Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan, belirgin dikkatsizlik ya da hiperaktivite-impulsivite semptomları olan bozukluklar içindir. Örnekleri arasında şunlar vardır: 1. Semptomları ve bozukluğu, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önce Geldiği Tip için tanı ölçütlerini karşılayan ancak başlangıç yaşı 7 ya da daha sonra olan kişiler. 2. Dikkatsizlikle giden belirgin bir klinik bozulması olan ve semptom örüntüsü bu bozukluğun semptom örüntüsü bu bozukluğun tanı ölçütlerini tam karşılamayan, ancak ağır ve tembel olma, hayallere dalıp gitme ve hiperaktivite ile belirli bir davranış örüntüsü olan kişiler (DSM IV-TR, 2005, s. 55-58).	hem de anne baba tarafından doğrudan gözlenmesi 2. Aşırı hareketlilik, işleri bitirmeden bırakma ya da görevleri erken terk etme ev dışı ortamlarda ya da okulda (örn, klinik ortamda gözlenir) 3. Dikkate ilişkin psikometrik test becerisinde belirgin yetersizlik vardır, G4. Yaygın gelişimsel bozukluk (F84), mani (F30), depresyon (F32) ya da anksiyete bozukluğu (F41) tanı ölçütlerini karşılamaz G5. Başlangıç yaşı yedi yaşından öncedir, G6. Süresi en az 6 aydır, G7. IQ 50 üzeridir, F90.0 Hareket ve dikkat bozukluğu Hiperkinetik bozukluğun (F90-) tüm ölçütleri karşılanıp F91-‘ inkiler (davranım bozuklukları) karşılanmıyorsa F90,0 kodlanmalıdır, F90.1 Hiperkinetik davranım bozukluğu Hiperkinetik bozukluk (F90-) ve davranım bozukluğu (F91-) ölçütleri her ikisi birden karşılanıyorsa bu kod kullanılmalıdır, F90.8 Başka hiperkinetik bozukluklar F90.9 Hiperkinetik bozukluk, belirlenmemiş Kullanılması pek tavsiye edilmeyen bu artık tanı yalnızca F90.0 ve F90.1 arasında bir ayırım yapılamadığı, ama F90.-‘ ın genel ölçütlerinin karşılandığı durumlar içindir, (Şenol, 2008, s. 297).
--	--

Öğrenme yetersizliği gösteren ya da zihinsel yetersizlikten dolayı öğrenemeyen çocuklarda huzursuzluk ve dikkat eksikliği ortaya çıkmaktadır. Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda görülen dikkat eksikliği ve hareketlilik yaşından beklenenden çok daha üst düzeydeyse o zaman tanılama yapılması gerekmektedir. Ayrıca, davranım bozukluğuna huzursuzluk ve dikkatsizlik eşlik edebilmektedir. Burada belirtiler ayrı bir tanı konulamayacak kadar hafiftir. DEHB ile uyum bozukluğu da çok karıştırılmaktadır. Karışıklığa neden olan faktörlerden en önemlisi DEHB’ de ayırıcı tanının uyum bozukluğu olmasıdır. Uyum bozukluğunda süre genellikle 6 aydan kısadır ve ortaya çıkışı yaşamın daha geç dönemlerinde olmaktadır (Şenol, 2008, s. 302). Çocuklukta görülen anksiyetenin de ayırıcı tanı olarak araştırılması önemlidir. Anksiyetenin artması ile birlikte dikkat eksikliği ve hareketlilik söz konusu olmaktadır. Ayrıca davranışları kontrol altına almada yaşanan güçlükler, akademik başarının düşük olması, öğrenme güçlüklerinin görülmesi DEHB görülen çocuklar ile aileleri arasında çatışma yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda çocuklarda örselenme ve bazen aşağılanmaya maruz kalma ile benlik saygısında düşme söz konusu olmaktadır. Bu nedenle DEHB olan çocuklarda depresyon da eşlik edebilmektedir. DEHB’ye ikincil olarak eşlik eden depresyon ile hareketlerde azalma ve sosyal geri çekilmenin görüldüğü birincil depresyondan ayırt edilmelidir (Şenol, 2008, s. 302).

Yukarıdakilere ek olarak; DEHB’ nin tanılmasında dikkatsizliğin fiziksel sebepleri, spesifik öğrenme güçlükleri, çocuk istismarı ve/veya kaotik ev ortamı incelenmelidir. Klinik muayenede temel belirtilerden dikkat azlığı, odaklaşma güçlüğü, hiperaktivite ve ataklık görülebilir. Çoğunlukla zekâları normal olmakla birlikte, okuma ve yazma gibi akademik testlerde bozulmalar, öncelikle hece, harf atlamaları, çizim bozuklukları tespit edilebilir. Çoğunlukla kaba ve ince motor hareketlerinin düzenlenmesinde bozukluk, sağ sol ayrımının gecikmesi ve diğer silik nörolojik bulgular vardır. Kesin olmasa da bazen duygusal labite, bellek ve düşüncede minimal düzensizlikler saptanabilir (Şenol ve Şener, 2001, s. 749).

Aileler çocuklarındaki aşırı hareketliliği, bağımsız hareket etmeye başladıklarında fark ederler. Ancak bu dönemde zaten hareketli olan çocukların çoğunda DEHB’ yi tanılamak zordur. Bu nedenle erken yaşlarda konulacak tanıda çok dikkatli olunması gerekmektedir. Genellikle tanılama, çocuğun okula başlaması ile birlikte görülmeye başlayan uyum sorunları sonrasında konmaktadır (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005, s. 12-13; Şenol, 2008, s. 296).

DEHB' nin tanılanmasında psikolojik testler, kan tahlili, radyolojik inceleme (bilgisayarlı tomografi, EEG, manyetik rezonans ve diğerleri) yeterli olmamaktadır. Kantitatif EEG' nin (Q-EEG) bozukluğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt tiplerini belirlemede yardımcı olabileceği bildirilmektedir (Şenol ve Şener, 2001, s. 750). QEEG, EEG' nin bilgisayar donanımlı spektral analizini, topografik gösterimi ve istatistiksel analizini sağlayan yeni bir tekniktir. Dijital EEG' nin kullanımı, American Nöroloji Akademisi ve Amerikan Klinik Nöropsikoloji Derneği tarafından da önerilmektedir. QEEG, epilepsi, serebrovasküler hastalıklar, demans, postkonküzyon sendromu, kafa travması, öğrenme bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, şizofreni, depresyon, alkolizm, ilaç bağımlılığı ve kriminal psikiyatride belirtiler için önerilmektedir. DEHB' de mutlak ve ilişkili tahminlerin ölçümünde çoğunlukla QEEG formu kullanılmaktadır (Özge, Toros, Çömelekoğlu ve Kaleağası, 2007, s. 20).

Belirtilerinin DEHB belirtilerine benzeyen psikiyatrik bozukluk veya hastalıklardan şüphelenilmesi durumunda kan tahlili, radyolojik inceleme ayırıcı tanı için gerekli olmaktadır. DEHB' nin tanılanmasında aileden alınan ayrıntılı anamnez, öğretmenlerden detaylı cevaplamaları istenilen bilgi formları, klinik gözlem, fizik ve nörolojik muayene, davranış değerlendirme ölçekleri ve bilişsel testler kullanılmaktadır.

Geçmişte bu bozukluğu zaman içerisinde geçtiği düşünülmekteydi. Ancak izleme çalışmaları bunun doğru olmadığını göstermiştir. Hiperaktivite yaşla birlikte azalmakla birlikte, dikkatsizlik ve dürtü denetim sorunları kalıcı olabilmektedir. Olguların %12-20' sinde belirtiler yetişkinlikte de sürmekte, çocukluğunda DEHB tanısı almış olanların %30-65'i yetişkinlikte de bu tanıyı almaktadırlar (Sürücü, 2003, s. 48; Torgersen, Gjervan, ve Rasmussen, 2006, s. 38).

Tablo 2.2: Yaşam Süresi Boyunca DEHB Semptomları

<i>Gelişimsel Aşamalar</i>	<i>Semptomlar</i>
<i>Okul öncesi</i>	<i>Aşırı motor aktivite veya hareketlilik, düşük engellenme toleransı, dürtüsellik, dikkat vermede yetersizlik, dalgınlık, davranış organizasyonunda zayıflık, sinirlilik, karşı gelme, uygun olmayan ya da talepkar davranışlar, olumsuz sosyal davranışlar, düşük uyum davranışları</i>
<i>Okul çağı</i>	<i>Okul öncesi dönem çocuğu semptomlarına yakın semptomları ile beraber ortaya çıkan akademik güçlükler, akranlar tarafından reddedilme, karşıt davranışlar, yalan söyleme, çalma, zayıf içsel denetim, zayıf uyku düzeni</i>
<i>Ergenlik</i>	<i>Dikkatsizlik, dürtüsellik, içsel acelecilik, devam eden akademik güçlükler, otorite ile problem, artan riskli davranışlar (örneğin sigara içme, maddenin kötü kullanımı, erken cinsel yaşantı, araba kazaları, trafik ihlalleri)</i>
<i>Yetişkinlik</i>	<i>Alta yatan psikiyatrik durumlarda şiddetlenme, sık iş değiştirme ve iş kayıpları, evliliklerde anlaşmazlık, bozulan evlilikler, hukukla sorunlar, maddenin kötü kullanımı</i>

(Vierhile, Robb ve Ryan-Krause, 2009, s. 7)

2.3. DEHB Görülme Sıklığı ve Nedenleri

DEHB' nin dünya üzerinde görülme sıklığını DSM-IV %5 ile %8 aralığında, ICD-10 ise %1,5 olarak vermektedir (Xiang, Luk, Lai, 2009, s. 731). Türkiye' de görülme sıklığı ile ilgili olarak geniş çalışmalar yoktur. Ama çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalara, klinik gözlemlere göre DEHB' nin görülme oranı %5 oranındadır. Bu oran diğer ülkelerle benzerlik göstermektedir (Turgay ve Semerci, 2010, s. 54).

DEHB' nin nedenleri ile ilgili birçok değişik açıklamalar bulunmaktadır. DEHB' nin gerçek nedenlerine ilişkin oldukça fazla anlaşmazlık söz konusudur ancak kalıtsal geçmişle ilgili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Birçok araştırma, DEHB' nin çevresel etmenlerden daha çok birbiri ile ilişkili olarak genetik ve nörobiyolojik etmenlerin neden olduğuna işaret etmektedir. Biyoloji bilimi, bu bozukluk için genetik yatkınlığın önemli bir rolü olduğunu ortaya koyarken, çevresel etmenler ise bu bozuklukta koruyucu ya da risk etmenler olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı çevresel etmenler, DEHB olan çocuğun davranış eğitiminin daha stresli olduğunu kanıtlamaya eğilimlidir ve bu davranışların düzenlenmesini bazı durumlar

daha da kötüleştirmektedir. Çevresel faktörler bu bozukluğun şiddetini ya da bozukluğun neden olduğu engelin derecesini etkilemektedir (Waterstruss, 2006, s. 5).

2.3.1. Genetik Nedenler

DEHB olan çocuklarda farklı sonuçlara neden olan genetik ve çevresel faktörleri anlamak, karmaşık bir açıklamayı gerektirmektedir (Deault, 2010, s. 169). Son 15 yılda, genetik ve nörolojik etkilerin bildirildiği ikizler, evlatlık çocuklar ve aileler üzerinde yapılan birbiri ile tutarlı araştırmalar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır (Cormier, 2008, s. 348).

DEHB’ de yüksek derecede kalıtsallığın etkisini kabul etme ile ilgili küçük tartışmalar sürerken, bulgular, birçok genin küçük etkilerinin olduğu karmaşık genetik alt yapıyı göstermektedir (Deault, 2010, s. 170). Araştırmalar, DEHB ile dopamin taşıyıcı ve reseptörlerini şifreleyen genler arasında tutarlı bağlantılar göstermektedir (Cormier, 2008, s. 348; Şenol, 2008, s. 299) ve beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda beyin yapısı ve fonksiyonlarında anormallik tespit edilmiştir (Cormier, 2008, s. 348).

İkiz, evlat edinme ve aile araştırmalarına dayalı genetik çalışmalarda, genetik geçişlilik ve özgül genetik bozukluklarla ilgili kanıtlar araştırılmaktadır. Aile çalışmaları gözden geçirildiğinde DEHB olan çocukların anne babalarında ve kardeşlerinde DEHB riskinin 2-8 kat arttığı görülmektedir (Çöp, 2008, s. 9). Evlatlık alınan çocuklarla ilgili yapılan çalışmalar, ailesel psikopatolojinin, DEHB olan çocukların ailelerinde evlatlık edinen ailelere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Billingsley-Jackson, 2008, s. 32).

İkiz çalışmaları genetik kalıtımla ilgili daha kesin sonuçlar vermektedir. Bu çocukların birinci dereceden kan bağı olan akrabalarında da bozukluğun sık olması, monozigot ikizlerde dizigotik ikizlere göre eş hastalanma oranının daha yüksek olması hastalığın genetik geçişinin olduğunu göstermektedir. Hiperaktif çocukların kardeşlerinde de genel topluma göre iki kat daha fazla DEHB riski olması, genetik geçişliliğe ilişkin diğer önemli kanıtlardan bir tanesidir (Şenol, 2008, s. 298, Çöp, 2008, s. 10).

2.3.2. Psikososyal Etmenler

İkiz çalışmaları, kendine özgü çevresel etkilerin, bozukluğun semptomlarına etkisi olarak karşımıza çıkabileceğini göstermektedir (Deault, 2010, s. 170). Ayrıca aile bireyleri arasında görülme oranı yüksekken, DEHB' nin alt tipleri arasındaki farklılık, ailesel geçişlilikten daha çok çevresel etmenlerden dolayı görülmektedir (Waterstruss, 2006, s. 9). Ancak psikososyal etmenlerin, DEHB' nin birinci rolü olduğu düşünülmemektedir (Türe, 2010, s. 12).

Zorlayıcı yaşam olayları, aile düzeninde bozulma ve diğer anksiyete yaratan nedenler DEHB' nin ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkili olmaktadır. DEHB'yi hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı olarak nitelendirilebilecek bu etmenler, bu bozukluğa eğilim yaratan çocuğun huyu, genetik-ailesel nedenler, toplumun başarı ve davranış ile ilgili beklentileri gibi nedenlerden etkilenmektedir (Şenol, 2008, s. 301, Şenol ve Şener, 2001, s. 749).

Öz Düzenlemenin (Self-Regulation) gelişimini kolaylaştıran koruyucu faktörler olarak ortaya sürülen uyumlu ve hassas aile ortamlarının, biyolojik yatkınlığı olan çocukların DEHB semptomlarının azalmasına hatta yok olmasına neden olduğunu göstermektedir. Hatta belki de genetik geçişlilik üzerine çok fazla odaklanılmasından dolayı, bu duruma çok fazla önem verilmemiştir. İlginç olan, bu durumda olan çocuklar, DEHB belirtileri ile teşhis edilmiş diğer çocuklar gibi klinik ve hatta toplumsal örnekler yansıtmamaktadır. DEHB' yi önleme veya erken müdahale sözü sunan bu gelişimsel yol (developmental pathway) bir kuramsal olasılık olarak durmaktadır (Johnson ve Mash, 2001, s. 185).

2.3.3. Beyin Hasarı

DEHB tanımlandığından beri DEHB olan çocuklarda doğum öncesi dönemlerde gizli ya da açık minimal derecede santral sinir sistemi hasarı olduğu belirtilmektedir (Şenol, 2008, s. 299). Bu hasara erken bebeklik döneminde santral sinir sistemini etkiyebilecek enfeksiyonlar olduğu gibi toksik, metabolik, mekanik ve dolaşımla ilgili nedenler de yol açabilmektedir.

2.3.4. Nörofizyoloji

DEHB olan çocuklarda silik nörolojik bulgular söz konusudur ve bilgisayarlı beyin tomografisi sonuçları tutarsızdır. Korpus kallosumun iki ön bölgesi olan rostrum ve rostral

cismi, DEHB olan çocuklarda kontrollerde belirgin derecede küçük bulunmuştur. Yapılan başka araştırmalar da bu bulguları destekler niteliktedir (Öncü ve Şenol, 2002, s. 115). DEHB olan bireylerde, bilgileri sıraya koyma, uygun olmayan davranış ve tepkileri kontrol edebilme, hedefler için organizasyon yapabilme, geçmiş deneyimlerle güncel deneyimler arasında ilişki kurabilme gibi frontal lobun yürütücü işlevlerinde bozukluk olduğu görülmektedir (Şenol 2008, s. 298).

Son 10 yılda, araştırmalarda DEHB olan hastaların beyin aktivitelerini incelemek için çeşitli fonksiyonel beyin tarama teknikleri kullanılmaktadır. Pozitron Emisyon Tomografi (PET) (Akt. Öncü ve Şenol, 2002, s. 115), SPECT (single photon emission tomography) taramaları, DEHB olan kişilerde ön beyinin korteks altı bölümünde (striatum) ve frontal lobda kan akışının (özellikle sağ tarafta) daha az olduğu ve bu bölgelerde aktivitenin daha düşük düzeylerde olduğunu sergilemiştir. Bu bulgular, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ile de desteklenmektedir (Kapalka, 2010, s. 113).

DEHB' de dikkat ve motor davranışı düzenleyen frontal subkortikal yollarda işlev bozukluğuna ilişkin bulgular bulunmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002, s. 115). Bu bozukluğa sahip kişilere verilen dopaminerjik aktarımı arttıran stimulant ilaçlar, bu bölgelerde kan akışını normal düzeye getirmektedir (Kapalka, 2010, s. 113).

3-10 ay, 2-4 yaş, 10-12 yaş ve 14-16 yaşlar arasında insan beyni büyür ve bu gelişim döneminde beyinde gelişim geriliği söz konusu olduğu zaman çocuklarda DEHB bulguları gözlenmektedir. Küçük çocuklarda düzensiz EEG örüntüleri gözlenebilirken, bazı olgularda zaman içinde EEG bulguları normale dönmektedir (Şenol, 2008, s. 299). Araştırma bulguları, DEHB olan çocuklar ile normal çocuklar karşılaştırıldığında, beyin elektrik aktivitelerindeki EEG (elektroansefalogram) farklılığını açıkça göstermektedir (Loo ve Barkley, 2005, s. 65). EEG çalışmalarında sonuçlar, ortaya çıkan bulguların bir şekilde çelişik olduğu, fakat kontitatif EEG (QEEG) ölçümleri DEHB olan bireylerin frontal lobda yükselen yavaş-dalga (theta) örüntüleri ve düşen hızlı-dalga aktivitesi olduğunu ve yine beyin ön bölgesindeki aktivitede azalma olduğunu göstermiştir (Kapalka, 2010, s. 113; Özge, Toros, Çömelekoğlu ve Kaleağası, 2007, s. 20).

2.4. Tedavi Yöntemleri

DEHB' nin tedavisi ile ilgili kullanılabilecek birçok yöntem vardır. Bu yöntemleri birbirinden ayrı ayrı uygulamak oldukça zordur. Her müdahalenin sınırlılıkları olduğu için ne ilaç tedavisi ne de davranışsal müdahaleler her çocuk için etkilidir (Dreyer, O'Laughlin, Moore ve Milam, 2010, s. 1102).

MTA Cooperative Group tarafından 1999 yılında oldukça geniş ve etkili bir çalışma gerçekleştirilmiştir (Akt. Toplak, Connors, Shusteri, Knezevic ve Parks, 2008, s. 803). Bu araştırmada 14 ay boyunca takip edilen, DEHB bileşik tip tanılı 7 ile 9.9 yaş aralığındaki 579 çocuk ile çalışılmıştır. Tüm sonuçlar yorumlandığında, ilaç tedavisinin tek başına davranışsal tedavilere göre, anlamlı bir şekilde semptomları azalttığı görülmüştür. İlaç tedavisi ve davranışsal tedaviler birlikte yürütüldüğünde, tek başına ilaç tedavisinden veya tek başına davranışsal tedavilerden anlamlı bir şekilde daha iyi olmadığı görülmüştür. İlaç tedavisinin anlamlı etkisinin olduğunun kanıtı, DEHB semptomları üzerinde etkili olması ve DEHB' li çocuklarda görülebilen tedavi sonuçlarını ortaya koymasındır. Davranışsal müdahale stratejilerinin, DEHB ana semptomlarına etkisinin az olduğu tartışmaları söz konusudur. Bazı çevreler de ilaç tedavisi ile birlikte davranışsal müdahalelerin etkili olduğu üzerinde durmaktadır.

Görüldüğü gibi her çocuğun kendisine özgü özellikleri, DEHB' nin hangi alt tipini gösterdiği, içinde bulunduğu çevre, ailesel etkiler gibi faktörler tedavi yöntemlerini belirlemede önemli ölçüde rol oynamaktadır. Beyindeki işlevleri düzenleme için kullanılabilecek farmakolojik tedavinin yanı sıra, psiko-eğitimsel tedaviler ile DEHB' li çocuk desteklenebilir. Bazen okul ve aile içerisinde alınabilecek önlemler farmakolojik tedaviye gerek bıraktırmayabilir. Önemli olan bozukluğun tedavisinde hastayı ve aileyi en iyi şekilde bilgilendirmektir.

2.4.1. Farmakolojik Tedavi

DEHB' de ilaç kullanımının, ailelerin uzak kalmayı tercih ettikleri bir tedavi olduğu gözlenmektedir. Burada, ailelerin ilaçlara karşı yanlış bilgiler edinmeleri, olumsuz kaygılarından dolayı çocuk ve ergen psikiyatristlerine gitmemelerine ya da önerilen ilaç

tedavisini uygulamamalarına neden olmaktadır. Ancak ilaç tedavisini kullanmanın riski en alt düzeydedir, buna karşın tedavi için ilaç kullanmamanın riskleri çok daha büyüktür (Brown, 2009, s. 236).

Günümüzde biyolojik temelli olduğu yönünde fikir birliğine ulaşılan DEHB’de ilaç tedavisi, tedavide ilk adım olarak nitelendirilmektedir. İlaç tedavisinin birçok beyin yürütme alanı (örneğin ketlenmeye tepki verme, neden sonuç ilişkisini tanılayabilme) ve hareket kontrolü üzerinde olumlu etkilerinin olduğu varsayılmaktadır. Stimulant gibi psikotropik ilaçların kullanımı, beyin aktivitelerini bu alanlarda düzene koymaya yardımcı olurken, DEHB’ nin esas semptomlarını temsil eden hiperaktivite ve dürtüselliği azaltmakta, seçici ve sürdürülebilir dikkatin gelişmesine yol açmaktadır (Ryan, Katsiyannis ve Hughes, 2011, s. 53).

İlaç tedavisi ile ilgili olumlu bulgulara rağmen, farmakoterapi ile ilişkili bir takım engeller söz konusudur. DEHB’ nin tedavisinde ilk kullanılan ilaç tedavileri genellikle güvenilir ve iyi tolere edilebilir olmasına karşın, yan etkileri söz konusudur. Başka hastalar tedavi ile ilgili gelişmeyi basit düzeyde yaşarken, bazı kişiler için yan etkilerle ilişkili yaşanan rahatsızlık, faydadan daha ağır basmaktadır. En sık görülen yan etkiler, iştah azalması, uykusuzluk, huzursuzluk, mide ve baş ağrısı olmaktadır. İlaça başlarken, yan etkileri kontrol edebilmek için küçük dozlarda ilaç kullanımına başlanması ve yan etkilere göre dozajın ayarlanması ve artırılması önerilmektedir (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005, s. 67). Kalp hastalığı riski gibi sağlık problemleri yaşayabilen bazı kişilerde de, DEHB için ilaç tedavisinin önünü kesmektedir. Bununla birlikte, DEHB’ nin önemli fonksiyonel alanlarda potansiyel negatif etkileri dikkate alındığında, kullanıcı hatalarına bağlı trafik kazaları ve yetişkinlikte yaşam tarzına bağlı ortaya çıkabilecek sağlık problemleri ilaç kullanımının küçük risklerine ağır basmaktadır (Waite ve Ramsay, 2010, s. 674).

Uyarıcılardan, yaygın kullanılan ve üzerinde en fazla araştırma yapılan metilfenidattır. Motor etkinliğin azalmasında daha etkili, iştah azaltıcı yan etkisinin daha az olduğu ve metilfenidata göre daha ucuz olan dekstroamfetamin Türkiye’ de bulunmamaktadır (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005, s. 67). Sağlık Bakanlığı tarafından kontrollü ilaç listesinde yer alan metilfenidatlar kırmızı reçete ile satılmaktadır. Bağımlılık yaptığı için kırmızı reçete ile satıldığına ilişkin yanlış bir düşünce pekiştirmişse de, ilacın uyarıcı niteliğinde olması, uyku

kaçırma, iştah azaltma, kilo verme gibi kuvvetlendirici etkilerinin suistimal edilmesinin önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

Metilfenidatlara ek olarak dikkat arttırıcı ve davranışlar üzerinde kontrol sağlayıcılığından dolayı antideprasanlar ve antipsikotik bir ilaç olan ancak araştırmalar sonucunda dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve dikkat sorunları üzerinde etkinliği ve güvenilirliği tespit edilmiş olan Risperidon (riperdal) de Türkiye’ de DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlardır (Sürücü, 2003, s. 56-57).

Genellikle çocukların okula başlaması ile teşhis edilen DEHB, çocuğun ergenlik ve yetişkinliğe doğru gelişiminde azalmayan, yaşam boyu süren bir bozukluktur. DEHB için çocukların %80’i ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadır ve yetişkin olarak %50’ si de ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadır (Vierhile, Robb ve Ryan-Krause, 2009, s. 18).

2.4.2. Psiko-Eğitimsel Müdahaleler

Her ne kadar DEHB’ li çocuklara öncelikli olarak ilaç tedavisi uygulansa da ilacın ve psiko-eğitsel tedavilerin birlikte kullanıldığı Multimodal Tedavi Çalışmaları ile ilgili olumlu görüşler yer almaktadır (Selçuk, 2000, s. 95). Multimodal Tedavi Çalışmaları, bu bozukluğun teşhis edildiği çocuklar için en etkili tedavi yöntemini bulmaya çalışır. Çalışmalar, aile temelli davranışa yönelik multimodal ve multisistem yaklaşımların, tek başına davranış terapisi, ilaç tedavisi veya plasebodan çok daha etkili olduğunu göstermektedir (Portrie-Bethke, Hill ve Bethke, 2009, s. 325).

Çocuğun fiziksel özellikleri, yaşı, ailenin sosyoekonomik düzeyi, DEHB’ nin alt tipi, şiddeti, eşlik eden bozukluğun olup olmaması, sosyal beceri sorunları, saldırganlık gibi eşlik eden belirtiler, aile yapısı ve işlevleri, anne ve babada var olan sorunlar, okul ve öğretmenler ile ilişkiler, bireyin yakın çevresi gibi faktörler (Sürücü, 2003, s. 58) dikkate alınarak, çocuğa özel tedavi ve eğitim programının belirlenmesi gerekmektedir. Bu planda izlenmesi gereken basamaklar;

- a. İlaç tedavisi
- b. Anababa eğitimi
- c. Okulla bağlantı kurularak öğretmen ile sağlanacak işbirliği

d. Çocuğun tedavisi (bireysel terapi, davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimi)

Ailenin yaşanan sorunla ilgili olarak farkındalık geliştirmesi, bozuklukla ilgili bilgi edinmesi ve yardım arayışı ile ilgili olarak gerekli kararları vermesi oldukça önemlidir (Dreyer, O’Laughlin, Moore ve Milam, 2010, s. 1103). Yardım arayışına giren ailelerin problem ile bilgilendirilmesi konusunda uzmanlara görev düşmektedir. Uzmanların, aileleri DEHB’ nin semptomları ve tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirmesi, izlenecek basamaklarda doğru adımlar atılması anlamında önemlidir (Withrow, Hash ve Holten, 2011, s. E2).

Okul ortamlarında DEHB’ li çocuklar sınırlanmada ve kurallara uymada güçlük yaşamaktadırlar. Bu nedenle sınıf öğretmenleri bu çocukları kontrol altına almada ve dikkatlerini derse çekmede güçlük yaşamaktadırlar. Aynı şekilde ev ortamında da güçlük yaşayan anne babalar, okul ortamında benzer sorunlara yönelik şikâyetler duyduklarında çaresizlik hissedebilmektedirler (Turgay ve Semerci, 2010, s. 126-140).

DEHB’ ye bağlı olarak gündelik hayatta bu çocuklar birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Kurallara uymada güçlük, dürtüsel davranışlar, sosyal ilişki kurmada ve sürdürmede yaşanan sorunlar, dikkatini toplayamama ve odaklanma sorunlarına bağlı olarak ortaya çıkan akademik sorunlar, DEHB’ li çocuğun olumsuz benlik algısı geliştirmesine neden olacaktır. Bireysel terapi, aile bireylerinin ve doğrudan DEHB’ li çocuğun, bu bozukluğu daha iyi anlamasını ve karşılaştığı sorunlarla başa çıkmasını kolaylaştırmaktadır.

Özellikle yaşı küçük olan çocukların ailelerine yönelik olarak çocuklarının davranışlarını sınırlama, övme, geliştirme, disipline etme, çocukları ile etkili zaman geçirme (Thapar ve Muñoz-Solomando, 2008, s. 343) gibi konularda davranışçı terapiler yararlı olmaktadır. Çocuklarla yapılan davranışçı terapilerin yararsız olduğunu iddia eden araştırmalar olmasına rağmen (Selçuk, 2000, s. 100), bu çocuklarda bazı yararlar sağlanabileceği düşünülmektedir. Davranışlarımız öğrenmeler sonucu oluşmakta ve davranışçı terapi ile yanlış öğrenmelerin düzenlenmesi, tepkilere neden olan uyarıcıların değiştirilerek istenmeyen davranışların kaldırılması amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için kullanılan yöntemlerden bir tanesi; olumlu pekiştirme, ceza, simgesel ödül sistemi, tepki bedeli gibi yöntemleri içeren Davranışsal Sonuçlardır (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005, s. 128-137; Selçuk, 2000, s. 101).

Diğer bir yaklaşım ise davranışın ABC' sidir (Antecedent, Behavior, Consequence). Burada davranıştan önceki davranış, ortaya çıkan davranış ve davranışın sonucu analiz edilerek olayların örüntüsünün daha iyi anlaşılması sağlanır. Çocuğun olumsuz davranışının anababalar tarafından istenmeden pekiştirilip pekiştirilmediği, kontrolün hangi noktada sağlanması gerektiği ve düzenlenmesi gereken örüntülerin farkına varılmasına yardımcı olunur.

ABC yöntemi ile birlikte Adler Oyun Terapisi de kullanılmaktadır. Bu terapi, destek ve psikolojik danışma ile çocukların ihtiyaçlarını, anababalık ilişkisini ele alma olanağını sağlamaktadır. Bu bütüncü yaklaşım standart ilaç tedavisinin yanında bir dizi önlem olarak uygulanabilir. Adler Kuramı, eğitimsel düzenlemelerde, aile danışmasında ve grup çalışmalarında ve çocuğun DEHB' den dolayı etkilendiği tüm alanlarda uygulanabilir. Adler Oyun Terapisinde çocuklarla eşitlikçi bir ilişki oluşturulmakta, yaşam şekilleri keşfedilmekte, çocukların yaşam şekillerine yönelik bir içgörü geliştirmesine yardım edilerek çocuklar yeniden yönlendirilmekte ve eğitilmektedirler (Portrie-Bethke, Hill ve Bethke, 2009, s. 325).

Bilişsel davranışçı terapiler de, çocukların ve ergenlerin kendi duygularını, düşüncelerini, davranışlarını daha iyi anlamalarına ve DEHB' nin asıl belirtilerini iyileştirmelerine yardımcı olmaktadır. Sosyal Beceri Grupları da sosyal ilişkilerin, sosyal problem çözme becerilerinin geliştirilmesini amaçlayan gruplardır (Thapar ve Muñoz-Solomando, 2008, s. 343).

2.4.3. Diğer Tedavi Seçenekleri

EEG örüntü değişikliğinin DEHB' ye yol açabileceği görüşünden yola çıkan Biyolojik Geribildirim (biofeedback) tekniği ile bozulan örüntünün düzeltilmesine çalışılmakta ve kişiye bu örüntüyü nasıl değiştireceği öğretilmektedir. Bilimsel araştırmalar ve klinik deneyler bu yöntemin etkili olmadığını gösterdiğinden uygulanması önerilmemektedir (Şenol, 2008, s. 306).

Boya içeren gıdalar, içecekler, tatlandırıcılar ve rafine şekerler gibi besin kaynaklarının fazla tüketiminin DEHB etkisi olabileceğine yönelik görüşlerden dolayı, bu maddelerin diyetten çıkarılması yönünde görüşler vardır. Ancak bununla ilgili anlamlı bulgular bulunmamaktadır (Şenol, 2008, s. 306).

Bazı vitamin, mineral, aminoasit, antioksidan, ginko biloba ekstresi ve enzimleri içeren karışımların DEHB' nin bitkisel tedavisinde yararlı olduğu görüşü vardır. Ancak ailelerin bu vitaminleri alırken ve kullanırken dikkatli olmalarının yararlı olacağı yönünde görüşler hâkimdir. Ayrıca son yıllarda iyot, alüminyum ve kadmiyumun öğrenme güçlüğü ve dikkat eksikliği ile ilişkisi tartışılmaktadır. Bu elementlerin bir ya da bir kaçının öğrenme güçlüğü ve DEHB' de eksik olduğu bilimsel araştırmalarda desteklenmemiştir (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005, s. 77).

2.5. Eşlik Eden Bozukluklar

DEHB birçok psikiyatrik bozukluk ile birlikte görülebilmektedir. Bu, üzerinde yoğun olarak çalışılan konulardan bir tanesidir. Yapılan araştırmalar, davranım bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, maddenin kötüye kullanımı ve depresyonun, DEHB olan çocuklarda olmayanlara göre daha çok görüldüğünü göstermektedir (Hurtig, Ebeling, Taanila, Miettunen, Smalley, McGough Loo, Jārvelin ve Moilanen, 2007, s. 362). DEHB' nin tanısı, ayırıcı tanı, tedavi ve izlem için diğer bozuklukların da bilinmesi önemlidir.

Tablo 2.3: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Başlıca Bozukluklar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun %50-80' inde bir başka bozukluk görülmektedir	
%30-70'ında	Karşıt Gelme Bozukluğu
%20-30'unda	Davranım Bozukluğu
%10-40'ında	Öğrenme Bozukluğu
%10-25'inde	Tik ve Tourett Sendromu
%10-30'unda	Majör Depresyon ya da Distimik Bozukluk
%25	Anksiyete Bozukluğu

(Semerci ve Turgay, 2010, s. 81)

DEHB olan çocuklarda görülen psikiyatrik bozukluklar, ergenlik döneminde DEHB' nin risklerini arttırmakta, farmakolojik ve psikolojik tedavi müdahaleleri semptomların şiddetini ve bozulan psikolojik fonksiyonları azaltmaktadır. Özellikle, karşıt gelme bozukluğu ve/veya

davranım bozukluğu eş tanısı olanlarda, daha sonraları kanunsuz uyuşturucu madde kullanımı ve alkol bağımlılığı olacağı öngörülmektedir (Yang, Shang ve Shur-Fen Gau, 2011, s. 282).

Karşıt gelme bozukluğu, belirtileri çocukluk döneminde başlayan ve genel popülasyonun yaklaşık %2' sinde görülen nörogelişimsel bir bozukluktur (Sheppard, Chavira, Azzam, Grados, Uman, Garrido ve Mathews, 2010, s. 667). Sık sık huysuzlanma, kurallara uymama, büyüklerin istediklerini yapmama, çevresindekileri kızdıracak davranışlarda bulunma, alınganlık, kendi yaptıklarından dolayı başkalarını suçlama, kinci ve intikam almaya yönelik davranışlarda bulunma gibi özellikler Karşıt Gelme Bozukluğunun belirtileridir. Karşıt Gelme Bozukluğu, DEHB ile birlikte en sık görülen eş tanılardan bir tanesidir. Biederman, Goldmen ve Jensen' in araştırmalarında bu oran %30 ile %60 arasında değişmektedir (Akt. Biederman, Spencer, Newcorn, Gao, Milton, Feldman ve Witte, 2006, s. 31-32). Karşıt Gelme Bozukluğu eş tanısı ile birlikte DEHB görüldüğünde, DEHB semptomlarının daha şiddetli olduğu ve başarılı bir tedavi için kötü bir seyir görülmektedir.

Davranım Bozukluğu ise, en az bir yıl süre ile başkalarına kabadayı davranışlarda bulunma, tehdit, hırsızlık, cinsel saldırı, kavga başlatma, başkalarının malına isteyerek zarar verme, yangın çıkartma, aldatma amaçlı yalan söyleme, okuldan kaçma, eve habersiz gelmeme gibi daha çok yıkıcı davranışları içeren belirtilerden üç veya daha fazlası varsa tanılanan bir bozukluktur. Yapılan araştırmalar (Semerci ve Turgay, 2010, s. 84), davranım bozukluğu olan çocuklarda bu bozukluğun ardında DEHB' nin baskın bir biçimde yer aldığını, ancak DEHB' nin tanınıp tedavi edilmemesinden dolayı bozukluğun Davranım Bozukluğu' na dönüştüğünü göstermektedir. Bu durum eş tanılı diğer bozukluklar için de söz konusudur. DEHB olan kişiler daha çok diğer sorunlar nedeniyle psikiyatrik yardım almaya gitmektedirler. Aynı zamanda birkaç sorunun görülmesi, yaşanan sorunların da artmasına neden olmaktadır.

Freeman (2007, s. 1/20), Karşıt Gelme Bozukluğu ya da Davranım Bozukluğu tanısı konan vakaların %85' inde DEHB tanısı konduğu bulgusuna ulaşmıştır. Yang (2011, s. 285) ve arkadaşları yapmış oldukları bir araştırmada, DEHB olan çocukların bu bozukluktan etkilenmiş kardeşlerinde de aynı şekilde karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve tik bozukluğunun görüldüğünü bulmuşlardır. Aynı zamanda Yang (2011, s. 286) ve arkadaşları DEHB' den ailede genetik olarak etkilenmiş ilk vakalarda, psikiyatrik bozuklukların görülme

riskinin geniş bir aralığa sahip olduğunu görmüşlerdir. DEHB olan bireylerde, problem çözmeye, yönelme tepkisi, uyarma, bilişsel esneklik, aralıksız dikkat, engellenmeye karşılık verme, görsel çalışma hafızası gibi çeşitli nörobilişsel durumlarda güçlükler söz konusudur (Voeller, 2004, s. 480). Öğrenme için önemli olan bu becerilerde yaşanan güçlükler, DEHB olan çocuklarda daha çok gözlenmektedir. Dilsel, görsel, matematik alanında yaşanan öğrenme bozuklukları DEHB tanısı olmayan bireylerde de görülürken, DEHB olan bireylerde öğrenme bozuklukları tanısı %10-50 (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005, s. 51) oranında konmaktadır. Araştırmalar öğrenme bozuklukları arasında Matematiksel Bozukluktan (Mathematics Disorder) daha çok, Okuma Bozuklukları (Reading Disorder) üzerinde daha çok yoğunlaşmışlardır. Okuma Bozuklukları ve DEHB' nin ikisi de çoğunlukla nörobilişsel alanlardaki zayıflıkla ilişkili (Germanò ve Gagliano, 2010, s. 486) olması bu yoğunlaşmanın nedeni olabilir. Matematiksel Bozukluğun tek başına görülme oranı %3-13 aralığı ve Okuma Bozukluğunun görülme oranı %5-9 aralığı ile birbirine yakın bir tablo çizerken, DEHB ile birlikte bu bozukluklar %11-26 aralığında görülmektedir (Capano, Minden, X Chen, Schachar ve Ickowicz, 2008, s. 393). Sadece DEHB veya Okuma Bozukluğu görülen çocuklarla, iki bozukluğun birlikte görüldüğü çocuklar karşılaştırıldığında, eş tanımlı çocukların şiddetli bilişsel bozukluklar ve kötü nöropsikolojik, akademik ve davranışsal çıktılarından olduğu görülmüştür (Germanò ve Gagliano, 2010, s. 486). Bu nedenle, DEHB şüphesi ile başvuranlara, akademik testler uygulayarak öğrenme bozukluklarının olup olmadığının araştırılması, tedavide başarıya ulaşmada yararlı olacaktır.

Tikler, birden ortaya çıkan, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan, basmakalıp bir motor hareket ya da ses çıkarmadır (Şenol ve Şener, 2001, s. 775). Epidemiyolojik bulgular, Tik Bozuklukları ve DEHB' nin beklenenden daha sık birlikte gerçekleştiğini göstermektedir. Tik Bozukluğundaki vakaların yaklaşık yarısı DEHB' deki kriterleri karşılamaktadır. Tik Bozukluğu DEHB olan çocukların %20'sinde görülmektedir (Banaschewski, Neale, Rothenberger ve Roessner, 2007, s. 1/6).

Tourette Bozukluğu, herhangi bir maddenin (örn. stimulanlar) fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi durumuna bağlı olmadan, 18 yaştan önce başlayan, 1 yıl süreli bir dönem boyunca aralıklı olarak ya da hemen her gün günde birçok kez ortaya çıkan, hem çoğul devinsel (motor), hem de bir ya da birden fazla sesle ilgili (vokal) ortaya çıkan (DSM IV-TR, 2005, s.

63-64) karmaşık nörogelişimsel bir bozukluktur (Freeman, 2007, s. I/16). DEHB olan bireylerde tik bozukluğunun görülme oranı, Tik Bozukluğu olan bireylerde DEHB görülme oranından daha azdır. Yirmi yedi ülkenin klinisyenleri, DEHB' nin Tourette Bozukluğu' nda %60 oranında en çok görülen eş tanı olduğu konusunu doğrulamaktadır (Freeman, 2007, s. I/22). McMahon ve arkadaşları (2003, s. 108), Tourett Sendromu olan ailelerin çocuklarının %29' unda tik bozukluğuna rastlanmış ve bu çocukların %41' inde DEHB görülmüştür. Tik Bozukluğu DEHB eş tanısı, Tik Bozukluğu ve DEHB' nin ayrı ayrı görüldüğü durumlarla kıyaslandığında anksiyete bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu daha yüksek oranlarda görülmektedir (Roessner, Becker, Banaschewski, Freeman ve Rothenberger, 2007, s. 30).

DEHB için kullanılan farmakolojik tedaviler tik oluşturma riskini taşımaktadır. Farmakolojik tedaviyi gerektiren bu her iki durum için, söz konusu riskin göz önünde bulundurulması yararlı olacaktır. Tik Bozukluğu ya da Tourette Bozukluğu DEHB ile birlikte görüldüğünde, DEHB ilaçlarının kullanılması hastalığı olumsuz yönde etkilememektedir (Şenol, İşeri ve Koçkar, 2005, s. 52, Semerci ve Turgay, 2010, s. 93).

DEHB' li çocukların, duygusal kontrol sağlamada güçlükler yaşamaları, depresyon ve anksiyete bozukluğu için büyük bir risk içinde olmalarına neden olmaktadır (Deault, 2010, s. 178). Ayrıca bu çocukların depresyon tepkilerinin nedenlerini anlamak, bozukluğun tedavisinde izlenecek yolları da kolaylaştıracaktır. Kortizol, böbreküstü bezlerinin salgıladığı bir hormondur. Sinirlilik ve stres hallerinde bedenin göstereceği tepkileri frenleyici etkisi vardır. Kortizol stres tepkilerini kontrol eden başlıca sistem, hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenidir. Normal hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninde stres kaynaklarına tepki, stres sonrasında yavaş gerilemenin takip ettiği kortizolde artma şeklinde karakterize edilmiştir. DEHB olan bazı çocukların, stres sonrasında kortizol seviyelerinde düşme şeklinde strese karşı alışık olunmayan kortisol tepki gösterdikleri görülmüştür (Randazzo, Dockray, Susman, 2008, s. 28). Bir kuram, DEHB ile hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenindeki bozukluk arasındaki ilişkinin, DEHB' de ana bozukluk olarak düşünülen zayıf tepki ketleme ile sonuçlanan davranışsal ketleme sistemi (behavioral inhibition system) alt işlevini içerdiğine işaret etmektedir. Randazzo ve arkadaşlarının (2008, s. 34) yapmış olduğu araştırmada da dikkat eksikliği olan çocuklarda stres faktörlerinden sonra kortizol seviyelerinde düşme

olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, DEHB olan kişilerde görülen davranışsal ketleme sistemi ile normal olmayan hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninin fonksiyonelliği (kortizol ile ölçülebilen) üzerine olan kuram ile tutarlı olduğunu göstermiştir.

Anksiyete bozukluğunun DEHB ile birlikte görülmesinde, DEHB' nin alt tiplerinde bir farklılık yoktur. Anksiyete bozukluğu vakalarının %56'sında DEHB tanılanmaktadır (Freeman, 2007, s. I/20). Ayrılık kaygısı, belirli fobiler, sosyal fobi, panik bozukluğu, genel endişe bozukluğu şeklinde çeşitli türlerde görülen anksiyete bozukluklarının, DEHB olan çocuklarda daha çok görüldüğü ve DEHB'li çocukların %17' sinin anksiyete bozukluğundan aşırı derece etkilendiği yapılan araştırmalar sonucunda bulunmuştur. Anksiyete bozukluğuna çoğunlukla eşlik eden depresyon DEHB' li çocukların %15 ile %75' inde görülmektedir (Brown, 2009, s. 205-206). Shur-Fen Gau ve arkadaşları (2010, s. 141) yaptıkları araştırmada DEHB' ye eşlik eden anksiyete bozukluğunun görülme sıklığını %25 ile %33 aralığında bulmuşlardır. DEHB' li çocuklarda davranım bozukluğu ve depresyon için bu bozuklukların hepsi ile ilişkili olarak, olumsuz anne baba tutumları, aile çevresinin etkileri, akademik güçlükler ve zayıf ilişkiler risk faktörlerini oluşturmaktadır (Drabick, Gadow ve Sprafkin, 2006, s. 767).

Bunlara ek olarak madde kullanımı ve Obsessif Kompulsif Bozukluk da DEHB ile birlikte görülmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk eş tanısı ile birlikte görüldüğü durumlarda anksiyete bozukluğu ve Tourette Bozukluğu da görülmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk vakalarında DEHB görülme oranı %0-51 arasında geniş bir aralığa sahiptir (Sheppard, Chavira, Azzam, Grados. Uman, Garrido, ve Mathews. 2010, s. 668).

2.6. DEHB ile İlgili Kuramlar

Beyinde bilginin işlenmesi ile ilgili olarak çeşitli kuramlar öne sürülmüştür. Seri işleme kuramı bilginin aşağıdan yukarıya doğru seri olarak işlendiğini öne sürerken, paralel bilgi işleme kuramı ise aralarında yoğun bağlantı olan nöronlar tarafından bilginin paralel olarak işlendiğini öne sürmektedir. Dikkat işlemleri de beynin farklı bölgelerinin aralarında karşılıklı yoğun bağlantılar oluşturduğu sinir ağları sistemi tarafından yürütülmektedir. Beyinde bilginin işlenmesinde etkili olan özgün dikkat işlemleri, farklı beyin bölgelerinin aralarında oluşturduğu sinir ağları sistemi sayesinde olmaktadır. Bu ilkedan yola çıkarak görsel dikkat

süreçlerini sinir ağları ile açıklayan iki model ileri sürülmüştür. Posner' in modeli sinir ağları içindeki farklı bileşenlerin gerçekleştirdiği işlevleri ön plana çıkarırken, Mesulam' ın modeli sinir ağlarının bütününe yapısal bir özgüllük yüklemiştir (Akt. Kılıç, 2005, s. 114).

2.6.1. Posner'in Dikkat Modeli

Posner'in Dikkat Modeli, nöron ağları işbirliğine dayanan bir kuramdır. Nöroanatomik korelasyonlardan türeyen Posner' in modeli, magnetik rezonans görüntüleme sistemleri tarafından desteklenmekte ve gittikçe artan bir oranda dikkat azalmasına yönelik araştırmalar için kullanılmaktadır (Kavros, Clarke, Strug, Halperin, Dorta ve Pal, 2008, s. 1571). Magnetik rezonans görüntüleme sistemleri ile ilgili yapılan çalışmalarda birbiri ile bağlantılı üç sinir ağı üzerinde durulmaktadır. Bu sinir sistemlerinden ilki, davranışın denetimi, hedef ve hata saptama, çatışmaların çözülmesi, otomatik yanıtların ketlenmesi ile ilişkilendirilmiş denetim ağıdır. İkincisi, tepkiye hazırlıklı halin ve uyanıklığın sürdürülmesi ile ilgili olan uyanıklık ağıdır. Üçüncü ağ ise dikkatin hedefe yöneliminden sorumlu olan yönelim ağıdır (Berger ve Posner 2000, s. 3-4). Dikkatin önceki hedeften ayrılıp yeni hedefe kaydırılması ve hedef noktada dikkatin tutulmasını içeren yönelim sürecinden sorumlu arka dikkat sistemi ile amaca yönelik davranışın denetiminde etkili olan ön dikkat sisteminde yapıların ayrıştığı işlevsel görüntüleme yöntemleri ve deneysel çalışmalarla gözlenmiştir (Akt. Kılıç, 2005, s. 115). Bu modelde dikkatin sürdürülmesini denetleyen sağ yarıküre mekanizmalarının DEHB' deki temel eksiklikleri açıklayabileceği ileri sürülmektedir (Stefanatos ve Wasserstein 2006, s. 176). Dikkat ağları kuramında, DEHB bu ağlarla ilişkili bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Bu çerçevede DEHB'yi açıklamak üzere öne sürülen davranışsal ketleme ve durum düzenlemede bozukluk varsayımlarının da dikkat eksikliği olarak düşünülmesi üzerinde durulmaktadır (Kılıç, 2005, s. 115).

2.6.2. Mesulam'ın Dikkat Modeli

Bu model, sağ yarıkürenin baskın role sahip olduğu üç kortikal odaklı bir ağla açıklanmaktadır (Kılıç, 2005, s. 115). Sağ yarıkürenin davranışsal alanlar, dikkat, yüz tanıma, sözel olmayan iletişim ve görsel uzaysal yetenekler alanlarında daha etkin olduğu belirlenmiştir (Kılıç, Irak, Koçkar, Şener ve Karakaş, 2002, s. 214). Bu üç kortikal odaklı ağın freontal bileşeni dikkatin odaklanması, arka payatel bileşeni duyusal ve singulat bileşeni ile

güdülenme ile ilgilidir. Bu bileşenler veya ara bağlantılarda meydana gelebilecek hasarlar görsel uzaysal ihmal sendromu ile sonuçlanabilmektedir. İhmal sendromunda dikkatin uyarana yöneliminde bir eksiklik olduğu ve strateji sürücülerinde süreçlerin yavaşladığı ama yine de görelî olarak korunduğu ileri sürülmektedir (Kılıç, 2005, s. 115; Kılıç, Irak, Koçkar, Şener ve Karakaş, 2002, s. 215).

DEHB olan çocukların temel özelliğı olan kalıcı ve sürekli dikkat süresinin kısalığı, engellenmeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ve bilişte ortaya çıkan huzursuzluk ve ataklık, sağ yarıkürenin sahip olduğu rollerde söz konusu olan bozukluğu açıklar niteliktedir (Öncü ve Şenol, 2002, s. 111). Aynı zamanda DEHB olan çocukların uzaysal yeteneklerinde de azalma olduğu (Akt. Kılıç, 2005, s. 115) yapılan çalışmalarda da görülmektedir.

2.6.3. Mirsky'nin Dikkat Modeli

Mirsky' nin Dikkat Modeli, nöropsikolojik bir modeldir (Kılıç, Irak, Koçkar, Şener ve Karakaş, 2002, s. 215). Dikkat ve dikkatin sürdürülmesine yönelik geliştirilen çeşitli dikkat bataryalarının faktör analizleri sonucunda dikkat işlevleri odaklanma/yönetme, sürdürme, sabitleme, kaydırma, kodlama şeklinde sınıflanmaktadır. Kılıç ve arkadaşlarının (2002, s. 215) nöropsikolojik testlerden olan İşaretleme Testi ile yaptıkları çalışmada, diğer dikkat bataryalarında olduğu gibi DEHB olan çocuklarda düşük performans belirlenmiştir (Akt. Kılıç, 2005, s. 116).

2.6.4. DEHB Ve Yönetici İşlev Bozuklukları

Biliş, uyarıcıların algılanıp, öğrenme basamaklarından geçtikten sonra belleğe yerleşerek ihtiyaç duyulduğunda tekrardan hatırlanması basamaklarını içerir. Aynı zamanda kazanılan bilgilerin gerektiğinde farklı bilgiler ile birleşerek değişip tekrardan düzenlenebilmesi, bozucu etkilere karşı korunabilmesi, zaman ve mekâna göre kullanılabilmesi, sahip olunan bilgilerle stratejik planlar ve düzenlemeler yapılabilmesi bilişsel sistemin etkili düzeyde olduğunun göstergesidir. İnsanın, bilgi işleminde sürdürülen kavramsallaştırma, perseverasyon, kurulumu sürdürmede başarı ve öğrenme gibi soyutlama yeteneğine ilişkin alt yetenek alanlarını içeren işlemler bütününe yürütücü işlevler (executive functions) denmektedir

(Soysal, 2007, s. 9-10). DEHB'nin ana semptomları, amaca yönelik davranış kontrolü için gerekli olan yüksek bilişsel beceriler gerektiren yönetici işlevlerde bozukluğa neden olmaktadır (Linder, Kroyzer, Maeir, Wertman-Elad ve Pollak, 2010, s. 494). Bilişsel eksiklikler özel bir işlev alanını etkilerken, yürütücü işlevler ise benmerkezci dürtüsel davranışlar, kayıtsızlık ya da empatiden yoksunluk gibi sosyal işlevleri içeren davranışın tüm yönlerini etkilemektedir (Kılıç, 2005, s. 116). Eylemler, davranışın yürütücü yönü olan “neden” veya “eğer” i içeriyorsa yönetici konumundadır, Ama eğer “ne” ve “nasıl” yönü ile ilgili ise o zaman yönetici konumunda değildir (Soysal, 2007, s. 10; Barkley, 2000, s. 1065).

DEHB ile ilgili beyin görüntüleme, nöropsikolojik, genetik ve beyin kimyası ile ilgili olan çalışmalar, yürütücü işlevler için gerekli olan sinirlerle ilgili ağları şekillendiren profrontal korteksin yanı ve dorsal anterior singulat kortekste işlev bozukluğunu göstermektedir (Linder, Kroyzer, Maeir, Wertman-Elad ve Pollak, 2010, s. 494; Barkley, 2000, s. 1065).

2.6.5. Tepki Ketleme Bozukluğu

DEHB’de popüler kuramlardan biri olan Tepki Ketleme Bozukluğunun, DEHB’ de temel bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Olası bir davranışın ketlenmesi, süregelen bir davranışın ketlenmesi ve bozucu davranışın ketlenmesi olarak çeşitleri söz konusudur (Barkley, 2000, s. 1066). Yürütücü işlevlerden işlem belleği, güdü, duygulanım, genel uyarılmışlık düzeyinin düzenlenmesi, dilin içselleştirilmesi, davranışın analiz ve sentezi tepki ketleme ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan araştırmalar, DEHB olan çocukların tepki ketlenmesini gerektiren görevlerde hem normal gelişimi olan çocuklardan hem de öğrenme bozukluğu olan çocuklardan daha düşük başarı sergilediğini göstermektedir. Ancak davranış güçlü olarak tetiklenmediğinde, dürtüsel yanıt örüntüsü saptanmamıştır. Bu sonuç, DEHB’de ketleme ile ilgili bir bozuklukla uyumlu bulunmuştur (Kılıç, 2005, s. 118; Barkley, 2000, s. 1066).

2.6.6. İşlem Belleği Bozukluğu

Barkley (2000, s. 1066), sözel ve sözel olmayan işlem belleği bozukluğunun beyinde dorsolateral prefrontal (sağ>sol) bölge ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Sözel olmayan işlem belleği, olayları akılda tutma, yapay ve temsili öğrenme, geçmişe ait duyu, geleceğe ait duyu, zaman duygusu, davranışın zamana karşı organizasyonu, gecikmeli karşılıklı özgecilik

gibi psikolojik ve sosyal becerileri içermektedir. Sözel işlem belleği ise kendini tanıtmaya, yansıtma, öğretme ve sorgulama, kurallara dayalı davranış, alış okuma ve davranışın ahlaki kontrolünü içermektedir.

Strop Testi TBAG Formu, İşaretleme Testi Türk Formu, Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi B Formu gibi bilişsel testler, frontal lob işlevleri ile ilgili dikkat ve kısa süreli bellek, ön singulat girus işlevleri ile ilgili dikkat, tepki ketleme, parietal lob işlevleri ile ilişkili dikkat ve görsel-uzaysal tarama süreçlerini ölçmektedir. Bu nöropsikolojik testlerle yapılan bir araştırmada, DEHB grubunun kontrol grubundan anlamlı olarak düşük başarı gösterdiği bulunmuştur. Bu bilişsel testlerin ölçtüğü beyin bölgelerinin, diğer kortikal ve subkortikal bölgeler ve beyincikle olan dinamik bağlantıları düşünülerek DEHB’deki bilişsel eksikliğin yaygın ve karmaşık bir nöroanatomik ağla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Kılıç, 2005, s.118-119).

2.6.7. Bilişsel-Enerjik DEHB Modeli

Sergeant (2000, s. 8; 2005, s. 2048), Bilişsel-Enerjik Model (cognitive energetic model/CEM) ile DEHB’li çocuklarda bozukluk olan ketlenmenin belli durumları olabildiğini ancak bunun aynı zamanda çocuğun enerjik durumu ile de bağlı olduğunu ve bilişsel enerjik modelin bilgi işlemenin kapsamlı etkisinin dikkatle ilgili yapısal bilgi işleme süreçleri, durum faktörleri ve yönetici/yürütücü işlevler arasında etkileşimle belirlendiğini önermektedir. Model yukarıdan aşağıda ve aşağıdan yukarıya olmak üzere her iki işlemi kapsamaktadır ve DEHB’ye üç alanda yaklaşmaktadır. Bu alanlar ise dikkatle ilgili yapısal bilgi işleme süreçleri (kodlama, araştırma, karar ve motor organizasyon), enerjik havuz (aktivasyon ve çaba gibi enerjik mekanizmaları içermekte) ve yönetici işlevlerdir (prefrontal korteks ile ilişkili olarak inhibasyon, planlama, akıcılık ve işlem belleği gibi yönetici mekanizmalar).

Bilişsel enerjik modele göre, DEHB’de ketleme mekanizmalarının etkin kılınmasında yetersizlik bulunmaktadır (Kılıç, 2005, s. 119) ve model DEHB’ nin çıktıya müdahale gibi bilişsel mekanizmalar, aktivite ve efor gibi enerjik mekanizmalar ve yönetim sistem bozuklukları alanlarında neden olduğu bozukluğa dikkat çekmektedir (Sergeant, 2005, s. 1248).

2.6.8. Ertelemeye Katlanamama Modeli

Bu modelde DEHB belirtilerinin nedeni, güdülenme biçimi ile açıklanmaktadır. Modele göre, DEHB tanılı çocuklar ertelemeye katlanamamaya güdülenmişlerdir. Model, DEHB' de, değişik durumlardaki erteleme etkileri hakkında birkaç özgül tahmin yapmıştır. Bu tahminler, modeli diğer güdüsel modellerden farklılaştırmaktadır (Bitsakou, Psychogiou, Thompson ve Sonuga-Barke, 2009, s. 447). Bitsakou ve arkadaşlarına göre (2009, s. 447) bu tahminler, yapısal olarak ertelenme ile ilişkili, belli başlı ertelenmiş ödüllerin işaretlenmesindeki değişimlerle bağlantılı etkilerin, ertelenmeden kaçma veya kaçınmak için edinilmiş ikincil güdüyü arttırdığı teorisinden türemiştir. Ayrıca bu modelde edinilmiş güdüsel tutum, işlevsel ya da işlevsel olmayan çevresel ertelenme düzeylerinin aslında azalabileceği gibi değişik yollarla ifade edilmiştir.

Bu model, hiperaktif çocukların eylemde dürtüsel olmadıklarını, beklemede aciz olduklarını ve hatta beklememeyi tercih ettiklerini tartışmaktadır. Kuntsi ve arkadaşları (2001, s. 340-341) çocuklar bir görevde küçük ama hemen verilecek ödül ile ertelenmiş büyük ödül arasında bir tercih yapmak durumunda olduklarında, hiperaktif çocukların, kontrol grubu çocuklarına göre hemen verilecek ödülü seçtiklerini ifade etmektedirler. Küçük ama hemen verilecek ödülün sonradan gecikmesi söz konusuysa, öyle ki geniş zamanlı gecikmeli ödülü seçmek ile tüm gecikmeler aynı ise, hiperaktif çocukların kontrol grubundaki çocuklar gibi daha büyük ödül için bekleyebildiklerini söylemişlerdir.

Araştırmacılara göre hiperaktif çocuklar erteleme kaçınılmaz olduğu durumlardaki öznel yaşantılarını çevresel konulara odaklanarak ya da uyarı düzeyini artırmak amacıyla çevrede dolaşarak/kıpırdanarak azaltma eğiliminde olabilmektedir (Kılıç, 2005, s. 120).

2.6.9. Bilişsel-Davranışçı DEHB Modeli

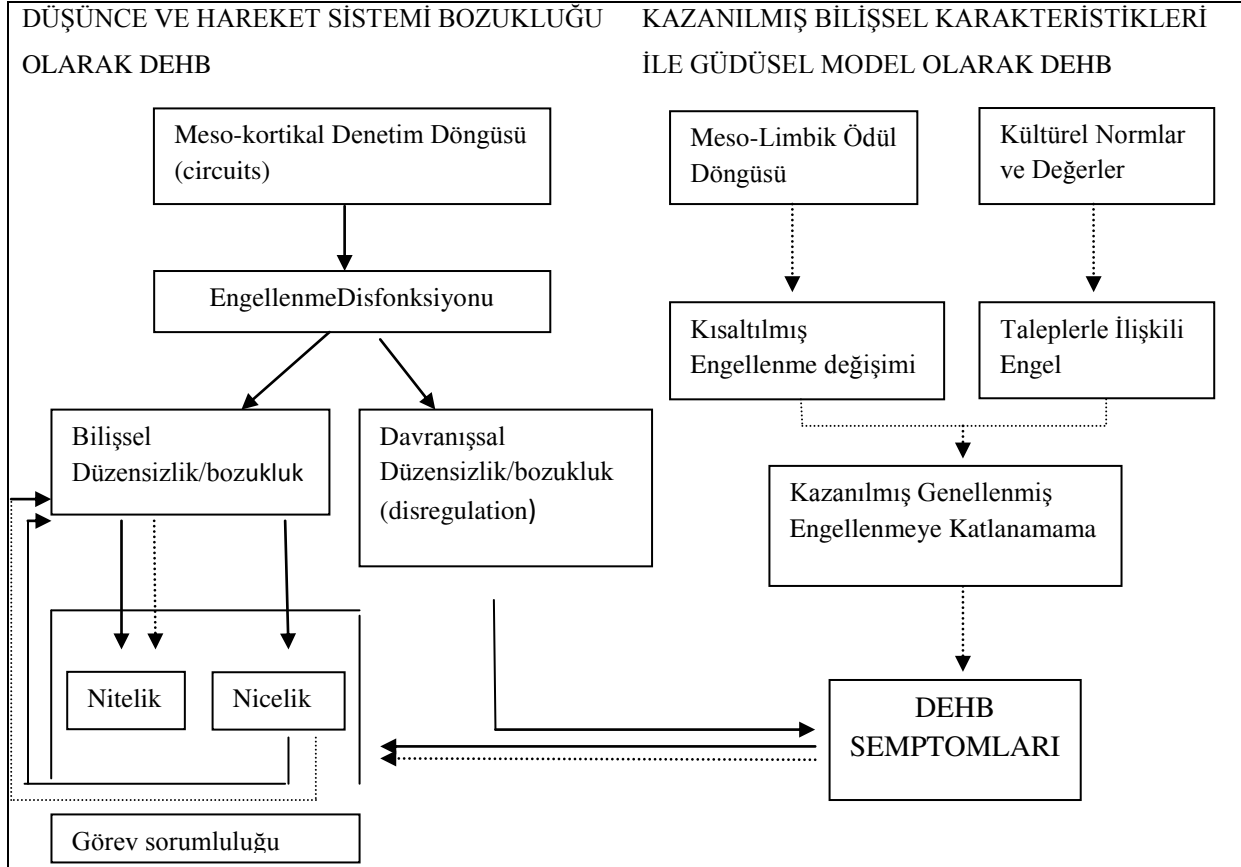
Sergeant (2000, s. 1248) bilişsel ve enerji kuramları birleştirirken, Sonuga-Barke de (2002, s. 31) bilişsel ve davranışçı açıklamaları birleştirerek DEHB' de bir model öne sürmüştür. Bu DEHB modelinde bilişsel ve davranışçı açıklamalar, ikili yolak modeli ile birleştirilmiştir (Kılıç, 2005, s. 120). İkili yolak modelinin gelişimi, baskın yönetici disfonksiyon kuramı savı, dürtüsel antitezin varlığının (ertelemeye katlanamama) belki de

mantık olarak en iyi nakledilen model olarak karşımıza çıkmaktadır (Sonuga-Barke, 2003, s. 594).

Sanuga-Berge (2002, s. 31-32) modelde, DEHB' yi psikolojik/gelişimsel işlemlerde oldukça belirgin iki gelişimsel çıktı olarak açıklamaktadır. Özetle, biri bozukluktaki disfonksiyonun bölgesini tanılamak için araştırırken, diğeri fonksiyonun rolünü bulmak için davranışsal bozukluklara iki felsefi açıdan daha belirgin bakış açısının uygunluğunu araştırmaktadır. Bir rota, DEHB' yi ağırlıklı olarak çocuklukta engellenmeye katlanamamanın önemi ile yöneltilen güdüsel stil ile karakterize etmektedir. İkinci ise, DEHB' nin ağırlıklı olarak ketlenme bozukluğu ile sonuçlanan düşünce ve hareket düzenleme bozukluğu olarak görmektedir. Her rota, değişik sayıda bileşenleri olan değişik kavramsal düzeylerde ifade edilmektedir. Birincisi, gelişimsel bir çıktı vardır. Modelde, davranış semptomları (dürtüsellik, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik) ile aktivitenin odaklandığı görev ve problemin niteliği ve niceliğini oluşturan görev sorumluluğu ayrılmaktadır. İkincisi ise bu gelişimsel çıktıları destekleyen psikolojik süreçlerdir. Bunlar, en önemli veya ana karakteristik veya ikincil süreç karakteristikleri olarak alt bölümlere ayrılabilir. Bu anlamda yetersiz ketleyici kontrol en önemli karakteristik ve bilişsel ve davranışsal bozukluklar ise ikincil göstergelerdir. Modele göre ertelemeye katlanamama ve ketlenme bozuklukları değişik kavramsal düzeylerde bulunmaktadır; ertelemeye katlanamama çocukların erken yaştaki çevre karakteristiklerinin ve ödül mekanizmalarındaki esas değişimlerin kombinasyonunun ikincil etkileridir. Düşünce ve davranış yollarının bozukluğu (Şekil 2.1' deki düz çizgiler) ketleyici kontrolde disfonksiyon ile karakterize olmaktadır. Modelde bu durumun, gelişimsel çıktıya dolaylı etkisi olmakta, davranışsal semptomlar ve zayıf görev yönetimi kalitesinin ikisine neden olmaktadır. DEHB semptomları davranışsal düzensizlik ile dolaylı olarak ortaya çıkarken, görev yönetimi üzerinde etkileri dolaylı olarak bilişsel düzensizliğe aracılık etmektedir. Bilişsel düzensizlik DEHB olan çocuklarda görevlerde gerekli olan dikkat, davranış kontrolü, planlama ve hafızada güçlükler göstermesi şeklinde görülebilmektedir. Bu modelde DEHB ile yürütücü işlevler arasında doğrudan yolak bulunmamaktadır. Kortikal denetim merkezleri ile ilişkili ketlenme bozukluğu ile ödül döngüleri ile ilişkili güdülenme egemen olduğu (Kılıç, 2005, s. 120) iki yolak arasındaki ilişki aşağıdaki Şekil 2.1' de özetlenmiştir.

Şekil 2.1: DEHB Çift Yolak Modelinin Şematik Gösterimi

(Düz çizgiler, DEHB için düşünce ve hareketi düzenleme bozukluğu yolağını göstermektedir. Kesik çizgiler, DEHB' yi güdüsel stil olarak göstermektedir.)



(Sanuga-Barke, 2002, s. 32)

2.7. DEHB Olan Çocukların Anababası Olmak

DEHB'nin çocuklar üzerinde olduğu kadar, çocukların bakımından sorumlu anabalar ve sosyal çevre üzerinde de etkileri görülmektedir. Çoğunlukla çocuklukta teşhis edilen bu bozukluk, aileler için yönetim problemlerine neden olmaktadır. Semptomlarının hepsi ile birlikte DEHB, sosyal ilişkilerde olumsuz etkiler, öz denetim ve kurallara uymada sorunlar ile görülmektedir ve bunların da aile ve çocuk arasındaki ilişkilere belirgin etkileri bulunmaktadır (Baldwin, Brown ve Milan, 1995, s. 149). DEHB' li çocuğa sahip olan anabaların bakım sorumluluğu, normal gelişimi olan çocukların anababalarının bakım sorumluluğuna göre artmaktadır.

Anababalıkta kendine saygı, anababa olarak öz yeterlilik duygusu ile anababalık rolünden doyum sağlama duygusunu kapsamaktadır (Banks, Ninowski, Mash ve Semple, 2008, s. 29). Düşük düzeydeki anababalık etkisi zorlayıcı disiplin stillerini (Bondy ve Mash, 1999, s. 157), düşük düzeyde annelik yeterliliği, anababalık stresi ve depresyonunu (Banks, Ninowski, Mash ve Semple, 2008, s. 29) beraberinde getirmektedir. Buna ek olarak, düşük düzeydeki anababalık doyumunun ve güven duygularının azaldığı, seçim yapabilme olanaklarının kısıtlandığı, anababalık stresinin ve boşanma oranlarının arttığı bildirilmektedir (Akt. Durukan, Erdem, Türkbay ve Cöngöloğlu, 2009, s. 101). DEHB olan çocukların özellikleri olan stres, sürekli isteklerde bulunma ve sırasız davranışlar, aile üyelerinin tepki göstermesine, aile ilişkilerinde birliği bozan etkilere ve ailelerde psikolojik işlevi bozan etkilere neden olmaktadır (Johnson ve Mash, 2001, s. 185). Hatta yıkıcı davranım problemleri gösteren çocukların anneleri ile yapılan çalışmalarda, annelerin yüksek oranda antisosyal ve histrionik belirtiler gösterdiği belirlenmiştir (Akt. Soysal, Karateke, Çopur, Kılıç ve Akay, 2010, s. 257).

Cunningham (2007, s. 63), hem çocukluk döneminde hem de ergenlik döneminde DEHB olan çocukların kazalarda yüksek düzeyde risk altında olduğunu bildirmektedir. DEHB olan ergenlerde, davranım bozukluğu ile birlikte madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar ve araba kazaları riskli yaşantılar olarak karşımıza çıkmaktadır. DEHB olan çocukların aileleri bu riskli durumlardan dolayı çocuklarını gözetim altında tutma ihtiyacı duymaktadırlar. Soysal ve arkadaşları (2010, s. 257), DEHB tanılı bir çocuğa bakım vermenin neden olduğu gerginliğin, ailelerin yaşam kalitelerinin bozulmasına ve bu durumun uzun dönemde aile üzerinde olumsuz etkilere neden olabildiğini bildirmişlerdir.

2.7.1. Depresyon, Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

2.7.1.1. Depresyon

Duygudurum Bozuklukları başlığı altında Majör Depresif Bozukluk, tek epizod, Majör Depresif Bozukluk, reküran (yineleyici), Distimik Bozukluk, Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk başlıklarında tanılama kriterlerinin belirlendiği Depresif Bozukluklarda (DSM IV-TR, 2005, s. 156-163), normal günlük yaşamda ve duygusal yaşamda önemli değişiklikler gözlenir. Günlük yaşantıda görülebilen mutsuzluk, hüznün, engellenme, çaresizlik

gibi duygular sosyal yaşantıyı etkilemez, iştah kaybına ve uyku bozukluğuna neden olmaz, gerçeğin değerlendirilmesini olumsuz etkilemez ve benlik algısını değiştirmez. Klinik depresyonun temel niteliği, olmayan duygudurum, umutsuzluk, karamsarlık ve bunaltı halidir (Yüksel, 2001, s. 220). Derin üzüntü, gelecek ve yaşananlarla ilgili kötümser düşünceler, etkinlik ve sorumluluklara karşı ilgi kaybı, iş, özel zevk ve bireysel ilişkilerden zevk alamama, çökkünlük hissi, günlük aktiviteleri yapmada güçlük yaşama, iş, aile, para ve sağlık konularında fazlasıyla kafa yorma ve somatik rahatsızlık gösterme görülebilmektedir. Bazen somatik belirtiler, fiziksel bir rahatsızlığın aranmasına neden olduğu için hastalığın seyri kötüleşebilmektedir.

Tablo 2.4: Depresyonun Sık Görülen Belirtileri ve Bulguları

Benlik saygısı düşüklüğü, yetersizlik ve güvensizlik	Sosyal
• Üzüntü, hüzn • Anksiyete • İrritabilite • Apati • Anhedoni	• Sosyal geri çekilme, yalnızlık • Sosyal-mesleki işlevlerde bozulma • Evlilik ve iş sorunları • Parasal sorunlar
Psikolojik	Nörovejetifler
• Suçluluk • Umutsuzluk • Çaresizlik, değersizlik • Zevk alma yetisi kaybı	• Enerji azlığı, yorgunluk • Psikomotor ajitasyon, davranışlarda yavaşlama • İnsomnia, hipersomnia • Libido azlığı • İştah bozukluğu, kilo değişiklikleri • Duygulanımda diurnal değişme • Kabızlık • Baş ağrısı
Bilişsel	Psikotik belirtiler
• Obsesif düşünce, ruminasyonlar • Bellek bozukluğu • Konsantrasyon bozukluğu • İntihar düşünceleri	• Sanrılar • Varsanılar

(Yüksel, 2001, s. 223)

Bilişsel terapinin öncülerinden olan Aaron T. Beck, Freud' un depresyon kuramı üzerinde çalışmış ve bunun sonucunda Freud' un motivasyon kuramını benimsemiş ve depresyonu

kendine dönük öfke olarak açıklamıştır (Corey, çev. Ergene, 2008, s. 296). Beck, depresyonla ilgili çalışmaları sonucunda bilişsel terapi yaklaşımını geliştirmiştir. Beck' in depresyondaki danışanlarla ilgili olarak gözlemleri; olumsuz bir yanlılık içinde oldukları ve buna bağlı olarak da bilişsel bozulmanın olduğu şeklinde olmuştur.

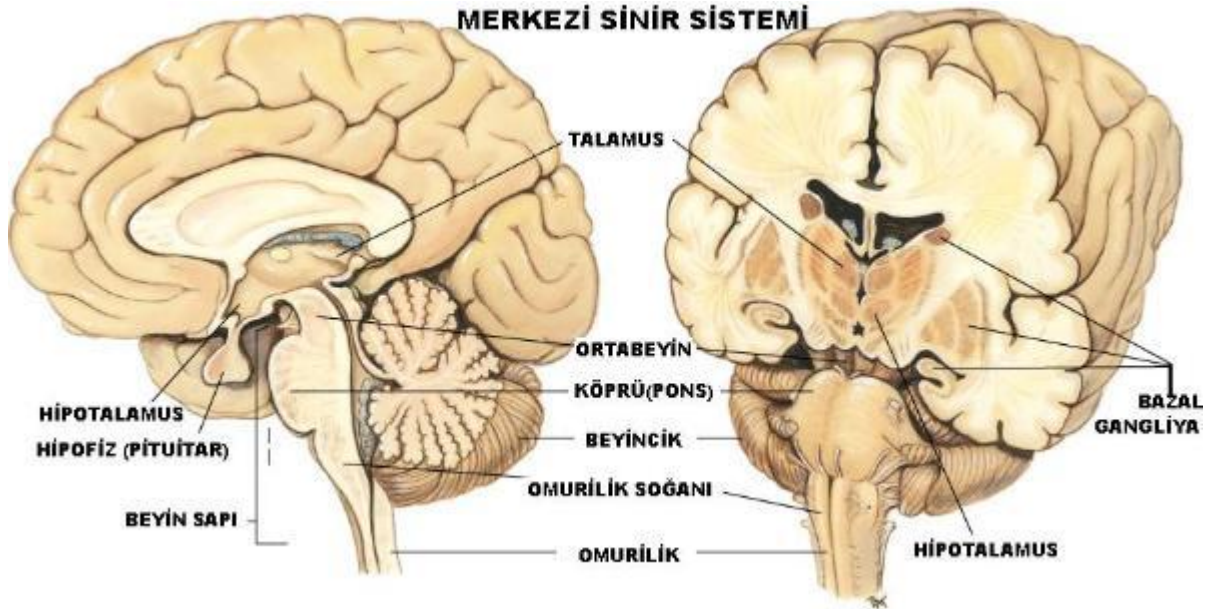
DEHB olan çocukların anneleri, sağlıklı çocukların anneleri ile karşılaştırıldığında daha yetersiz anababalık duygusu yaşamaktadırlar ve kendileri ile ilgili daha çok psikopatoloji bildirmektedirler (Johnston ve Mash, 2001, s. 186). Yine çalışmalar DEHB'li çocukların ailelerinde anksiyete ve depresif bozuklukların normal kontrol grup ailelerinden daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir (Güçlü ve Erkiran, 2004, s. 33).

2.7.1.2. Stres

Stres, bireyde gerilime, üzüntüye ve çöküntüye neden olan, memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın çevresel uyarıcılara bedenin uyum sağlamak amacıyla her türlü isteme gösterdiği yaygın tepkidir (Sığırı, 2007, s. 187; Erkmen ve Çetin, 2008, s. 232). “Lazarus ve Folkman (1984) mevcut uyarıların gerçekte stresör / stres yapan faktör olup olmadığına bakmaksızın stresi, bireylerin bilişsel değerlendirmelerine bağlı nesnel uyarıları, algısal deneyimlere çeviren bir süreç olarak tanımlamaktadır” (Akt. Hamarta, Arslan, Saygın ve Özyeşil, 2009, s. 26). Folkman (2010) ise stresi, bireyin kişisel olarak önemli değerlendirdiği ve kişinin başa çıkmak için bireysel kaynaklarını aşmak üzere taleplerinin olduğu durum olarak açıklamaktadır (Folkman, 2010, s. 901-902).

Bireyde gerilime etki eden olaylar çevresel olduğu zaman dışsaldır. Ancak zihinsel bir süreç gerektiren ve buna bağlı olarak subjektif tepkilere neden olan durumlarda ise içsel bir süreç söz konusudur. Buna bağlı olarak denilebilir ki stres, bireyin tehdit ve zorlayıcı tehlikeler söz konusu olduğunda göstermiş olduğu bedensel ve ruhsal bir tepkidir (Erkmen ve Çetin, 2008, s. 232).

Şekil 2.2: Merkezi Sinir Sistemi



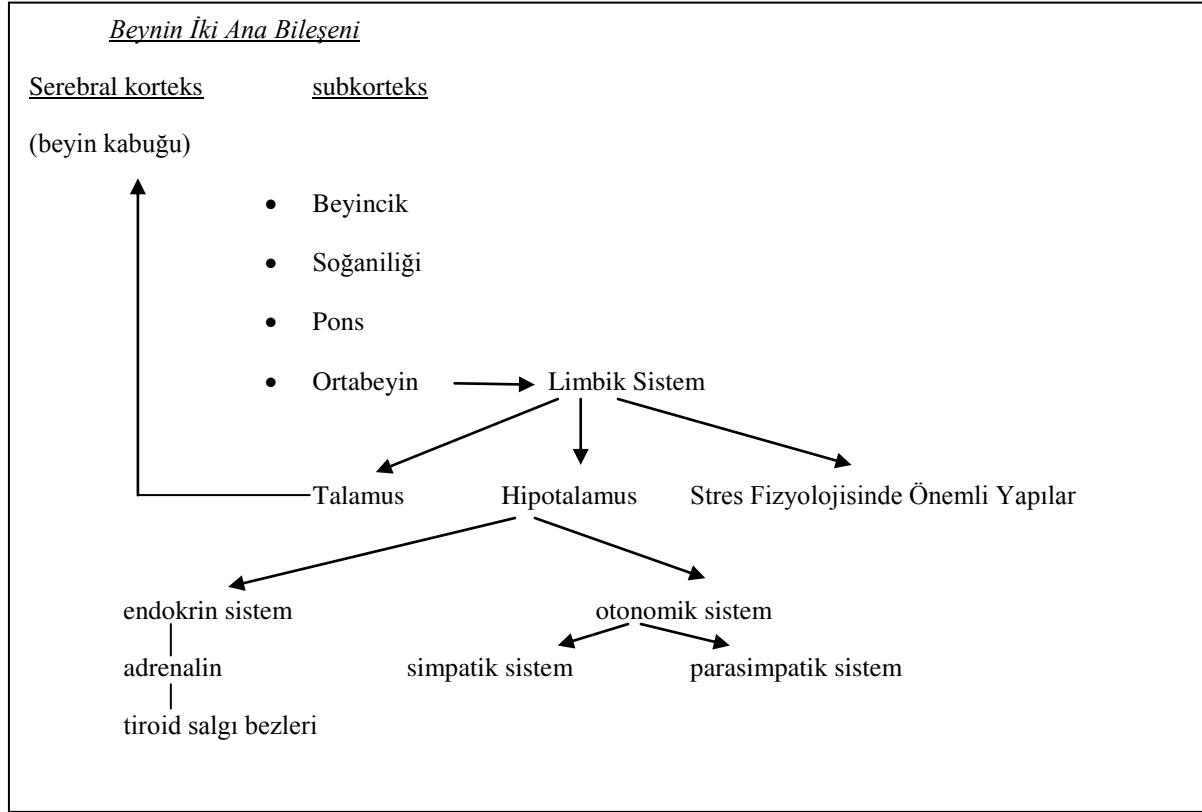
<http://www.bilimvesaglik.com/sinir-sistemi/beyni-olusturan-bolumler.html>

Stres, virüsler gibi biyolojik etmenlerden, sıcaklık gibi çevresel etmenlerden, bireyin özsaygısına tehdit eden durumlardan, sevilen bir kişinin kaybına bağlı olan yalnızlıktan ya da başka sebeplerden kaynaklanabilmektedir. Bu psikolojik ve sosyolojik stres kaynakları algılanmakta ve beyin tarafından yorumlanmaktadır. Dolayısı ile beyin, stres karşısında nasıl uyum sağlayacağına ilişkin vücuda emir vermektedir. Beyin, serebral korteks (üst bölüm) ve subkorteks (alt bölüm) olmak üzere iki ana bileşen içermektedir. Subkorteks beyinciği (hareketlerin koordinasyonunu sağlar), soğaniliği (kalp atışı, solunum ve diğer basit fiziksel süreçleri düzenler), beyin ve soğan iliğini asıl beyne bağlayan sinir lifleri (pons) (uyku siklusunu düzenler) ve ortabeyini içermektedir. Ortabeyinin (diencephalon) duyguları düzene sokmak gibi birçok amacı vardır ve talamus ve hipotalamustan oluşmaktadır. Talamus, sinir sisteminin diğer bölümlerinden serebral kortekse duyuşsal uyarınları aktarmaktadır. Stres reaktivitesinde anahtar yapıyı oluşturan ve otonomik sinir sisteminin en önemli aktivatörü olan hipotalamus, hormon dengesi, vücut ısısı ve kan damarlarının genişlemesi ve daralması gibi basit vücut işlemlerini kontrol etmektedir. Duyguların yeri olarak adlandırılan limbik sistem, hipotalamus, talamus ve stres fizyolojisinde önemli bazı yapılardan oluşmaktadır. Limbik sistem orta beyine bağlanmaktadır ve duygular ve duyguların davranışsal sonuçları ile ilgilidir. Duygular, strese tepkide önemli rol oynadığı sürece limbik sistem de stres

psikofizyolojisi tartışılırken önemli bir yapı olacaktır. Dil ve muhakeme gibi daha yüksek düzeydeki emirleri kontrol eden serebral korteks, orta beyin korkuyu tanıdığına, bunun tehdit edici veya tehdit edici olmayan şeklinde uyarıcıyı muhakeme etmektedir. Hipotalamus, stresli durumla karşılaştığında iki ana stres reaktivite yolağı olan endokrin sistemi ve otonomik sinir sistemini harekete geçirmektedir. Stres anında hipotalamusun endokrin sistemde harekete geçirdiği adrenalin ve tiroid salgı bezleri, stresli bireyin fiziksel etkin yöntemle karşılık vermesi için birçok vücut işlemlerini etkilemektedir. Kalp atışı, kan basıncı, solunum sıklığı ve vücut sıvı ayarı gibi istemsiz fonksiyonlar otonomik sinir sistemi tarafından kontrol edilmektedir. Bu kontrol, otonomik sistemin iki bileşeni olan simpatik ve parasimpatik sinir sistemi ile devam etmektedir. Genellikle simpatik sinir sistemi harcanan enerjiyi şarj ederken (örneğin solunum sıklığını arttırma), parasimpatik sistem ise koruyucu enerjiyi şarj etmektedir (örneğin solunum sıklığını düşürmek). Stresli durum ile karşı karşıya kaldığında simpatik sinir sistemi hipotalamusu harekete geçirmektedir ve bunun sonucunda kalp ritminde artış, koroner arterlerde genişleme, bronş tüplerinde genişleme, göz bebeklerinde büyüme, iskelet kası gücünde artış, karaciğerden glukoz salınımı, zihin aktivitesinde artış, iskelet kaslarındaki küçük atardamarlarda genişleme ve temel metabolik oranda artış olmaktadır. Bu fizyolojik değişimler sayesinde insanlar, acil durumlarda inanılmaz beceriler ortaya koymaktadırlar. Parasimpatik sinir sistemi ise bireyleri sakinleşmiş konuma getirmekle yükümlüdür. Bunlara ek olarak kardiyovaskular sistemde, stres anında simpatik sinir sistemi ve hormonların etkisi ile kalp ritminde ve kanın pompalanmasında artış olmaktadır. Ayrıca gastroenterolojik sistemde de stresli durumlar ile karşı karşıya kaldığında tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğu, mide ülserine neden olabilen hidroklorik asit salınımı olmaktadır. Son olarak da stres anında cildin yüzeyinde sıcaklık düşmektedir. Stres anında kollar, bacaklar, el ve ayak parmaklarında soğukluk olmaktadır. Strese bağlı olarak meydana gelen bu fiziksel uyarılmalar kronikleşirse veya uzarsa bir takım hastalıklara da neden olabilmektedir (Greenberg, 2002, s. 19-32).

Beynin iki bileşeni ve alt yapıları Şekil 2.3' te sunulmuştur.

Şekil 2.3: Beynin İki Ana Bileşeni ve Alt Yapıları



Stresi açıklamak için biyolojik, psikolojik ve sosyal temelli kuramlar oluşturulmuştur. Strese yönelik *Biyolojik Kuramlar* kapsamında “Genel Uyum Sendromu” ve “Genetik Yapısal Kuramlar” yer almaktadır (Akman, 2004, s. 44-45). Bireyin strese neden olan durumla karşılaşması sonucunda bireyin vücudunda belirli değişimler meydana gelmektedir. *Genel Uyum Sendromu* (General Adaptation Syndrome) adı verilen bu süreç üç aşama ile açıklanmıştır:

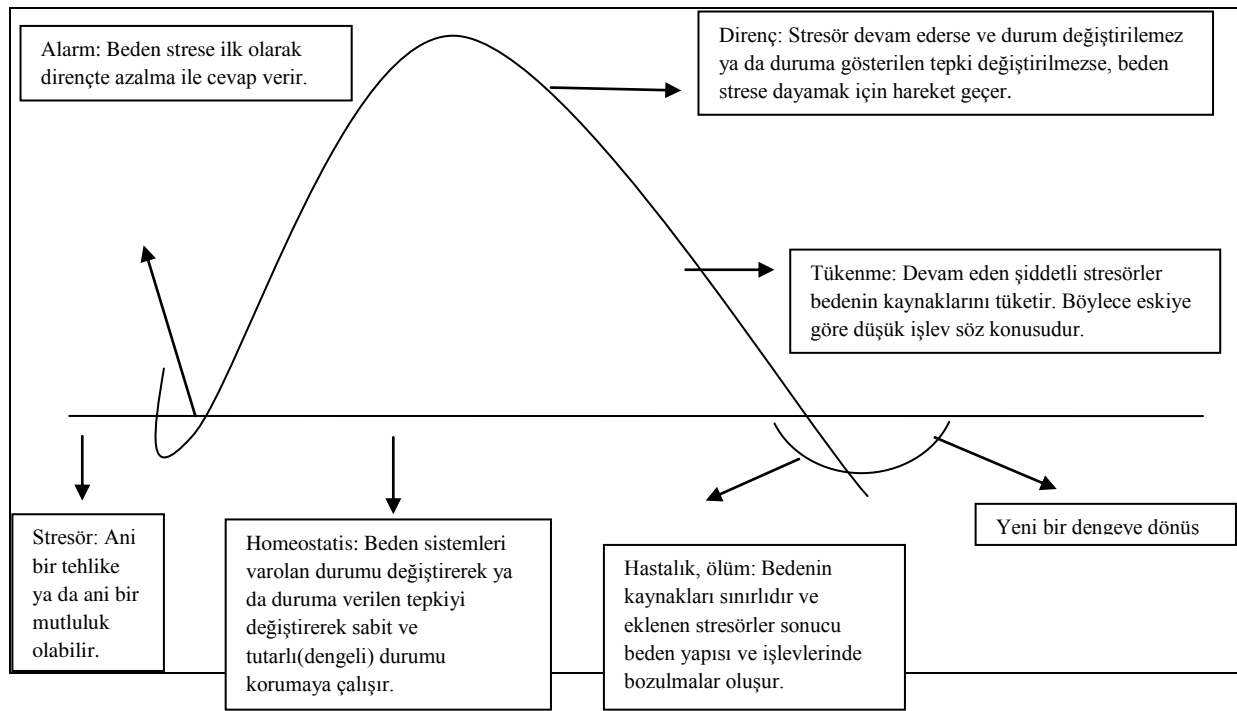
a) Alarm Tepkisi: Organizma, stres kaynakları ile karşılaştığında biyokimyasal değişiklikler gösterir ve kendini korumaya hazırlanır.

b) Direnç Dönemi: Stres kaynağının etkilerine rağmen uyum devam etmesi durumunda oluşan bu dönemde, organizmanın alarm tepkileri hemen hemen kaybolur ve direnç normalin üstüne çıkar.

c) Tükenme Dönemi: Organizmanın uyum sağlamaya çalıştığı stres kaynakları devam ettiğinde uyum kaybolur, alarm dönemindeki tepkiler verilmeye başlanır ve bu tepkiler

değiştirilemez. Bu durum bireyde sistematik yıpranmalar meydana getirir. Bireyin karşı karşıya kaldığı stres faktörü sonlanmadığı veya gereğinden fazla uzun sürdüğünde fiziksel ve ruhsal denge durumuna ulaşmanın organizma için bedeline “allostatik yük” denilmektedir. Allostatik yük, organizmada baş ağrısı, yorgunluk gibi fiziksel, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal bozukluklar olarak kendini gösterebilmektedir. Kişisel özellikler ve stresle başa çıkma biçimlerine göre, yaşanan strese verilen yanıtta değişiklik görülebilmektedir (Bez, Biçer ve Yöney, 2010, s. 56-57).

Şekil 2.4: Genel Uyum Sendromu



Biyolojik kuramlardan “*Genetik-Yapısal Kuram*”, stresle başa çıkmada bireyin genetik yapısı ve fiziksel özelliklerinin önemini vurgulamaktadır. Çünkü bireyin strese direnebilmesinin genetik yapısı ve fiziksel özellikleri ile ilişkili olduğu üzerinde durmaktadır. Genetik yapı otonom sinir sistemi üzerinde etkilidir ve stres durumunda yaşanan “savaş-kaç” tepkisinden otonom sinir sistemi sorumludur. Genetik yapıya göre bazı kişilerin kalp damar sistemleri, bazı kişilerin ise gastrointestinal sistemleri daha hassas olur ve stresle birlikte vücudun hassas olan bölümleri stresten daha yoğun etkilenmektedir (Akman, 2004, s. 47).

Diğer kuramlar özetlendiğinde; *Stresle Kalıtım-Çevre Etkileşim Modeli*'nde, bireyde varolan fizyolojik bir hastalığın strese neden olan çevresel faktörler tarafından ortaya çıkartılıp çıkartılmayacağının, çevresel stresörün ve stresörün miktarının etkili olduğu üzerinde durmaktadır. *Psikolojik Kuramlar*, “Psikodinamik Kuram”, “Öğrenme Modeli”, “Bilişsel Transaksiyonel Model”den oluşmaktadır. “Psikodinamik Kuram” a göre, işitsel ya da nesnel anksiyete, travmatik ya da nevrotik anksiyete ve ahlaki anksiyete bireyde gerilime neden olmaktadır. Birey bu gerilimin azaltılması için savunma mekanizmaları kullanmaktadır ve savunma mekanizmalarının fazla kullanımı hastalığa neden olmaktadır. “Öğrenme Modeli”de stres, klasik (stresörün neden olduğu fizyolojik etkilerin stresörle karşılaşma ihmalinin neden olduğu anksiyete) ve edimsel koşullanma (stres verici uyaranlardan uzaklaşarak bireyi rahatlatması sonucunda stresörden kaçınma davranışı) ile açıklanmaktadır. “Bilişsel-Transaksiyonel Model”de ise bireyin biliş düzeyinde stresi nasıl algıladığı, stresi nasıl deneyimleceğini de belirlemektedir. Bu modelde bireye aktif rol verilmekte ve kişinin durumu anlamlandırmasının önemi vurgulanmaktadır. *Sosyal Kuramlardan “Çatışma Kuramı”*na göre, toplumda bireyler uyum içerisinde yaşayabilmek için oluşturulan sosyal kurallara uyulması için birbirlerine baskı yaparlar. Bu baskılar bireylerde çatışmalara neden olabilir. Bireyin yaşadığı yaklaşma-kaçınma, kaçınma-kaçınma ve yaklaşma-yaklaşma çatışma türleri ile toplumlarda yaşanan bağımsızlık-bağımlılık çatışması, yakınlık-yalnızlık çatışması ve güdülerin ifade edilmesi-ahlaki standartlar çatışmaları bireylerde strese neden olabilmektedir. *Strese Yönelik Sistem Yaklaşımları* ise insanın zihin ve beden olarak doğanın bir parçası olarak kabul edilip stresin yöneltilmesinden fiziksel, psikolojik ve sosyal müdahalelerin aynı anda kullanılması gerektiğini açıklayan “Bütüncül Sağlık Modeli”, duyuşsal uyarıcıların varlığı, algılanması, değerlendirilmesi, duygusal uyarılmanın gerçekleşmesi, zihin ve beden bağının kurulması sonucunda fiziksel uyarılmanın olması, fiziksel etki sonucunda da organların stresör karşısında tolerans eşiği aşılsa hastalığın gerçekleşmesi şeklinde adımlarla açıklayan “Psikosomatik Kuram” ve stresi bireyin gelişimini destekleyen işlevsel özelliği olması açısından da önemli olan denge durumunun bozulması sonucunda sistemin tekrar dengeyi kurmak üzere girişimde bulunması ve tekrardan denge durumuna dönülmesi şeklinde açıklayan “Canlı Sistemler Yaklaşımı”ndan oluşmaktadır (Akman, 2004, s. 45-54).

Tablo 2.5: Stresi Açıklayan Kuramlar

<i>Biyolojik Kuramlar</i>	<i>Stresle Kalıtım- Çevre Etkileşim Modeli</i>	<i>Strese Yönelik Psikolojik Kuramlar</i>	<i>Strese Yönelik Sosyal Kuramlar</i>	<i>Strese Yönelik Sistem Yaklaşımları</i>
*Genel Uyum Sendromu Yaklaşımı	Varolan bir fizyolojik hastalığın stres faktörü ile ortaya çıkması	*Psikodinamik Kuram	*Çatışma Kuramı	*Bütüncül Sağlık Modeli
*Genetik Yapısal Kuramlar		*Öğrenme Modeli		*Psikosomatik Kuram
		*Bilişsel- Transaksiyonel Model		*Canlı Sistemler Yaklaşımı

2.7.1.3. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Bireyler, dışarıdan gelen kendileri için tehdit ve zorlayıcı tehlikeler içeren durumlarla başedebilmek için girişimlerde bulunurlar. Başa çıkma sürecinde en temel iki nokta yaklaşma ve kaçınma davranışlarıdır. En basit tanımıyla stresle başa çıkma, tehdit olarak algılanan bir durumda bireyin bilişsel ya da davranışsal olarak bu olayın üzerine gitme ya da ondan uzaklaşma sürecidir (Oğul, 2004, s. 158). Başka bir deyişle bireyler, karşı karşıya kaldıkları bu durumlarda içsel ve dışsal zorlayıcılığın etkisini azaltmak veya kontrol etmek için bilişsel veya davranışsal çaba içine girerler. “Lazarus (1976) başa çıkmayı, dışsal ve içsel talepleri ya da bunlar arasındaki çatışmayı kontrol etmeye yönelik, kişinin kaynaklarını genişletici ya da sınırlandırıcı davranışsal ve bilişsel çabalar olarak tanımlamaktadır” (Akt. Yöndem, 2002, s. 43). Çeşitli kaynaklarda ise, “başa çıkma yolu”, “başa çıkma stratejisi” olarak da kullanılan “başa çıkma” (coping) terimi, stres vericilerin uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime direnme amacıyla gösterilen duygusal ve davranışsal tepkilerin bütünü olarak açıklanmaktadır (Terzi ve Cihangir Çankaya, 2009, s. 2).

Bilişsel yaklaşıma göre, stres ve stresle başa çıkma, ilişkisel ve süreç yönelimli özellikler taşımaktadır. Stres, tek bir uyarana verilen tepki değil, bireyin bir tehdit algıladığında tüm kaynaklarını kullanmasını gerektiren ya da kaynaklarının yetersiz kaldığı durumlarda birey ile çevre arasındaki ilişkidir. Birey ve çevre arasındaki bu ilişki karşılıklıdır ve etkileşime

dayalıdır. Bu etkileşimin sürekliliğinin olması ve dinamik olması ise stresin süreç yönelimli olması sonucudur. Bilişsel yaklaşımda vurgulanan ilişkisel ve süreç yönelimli olma özellikleri, stres kaynağına ilişkin kontrol algısı değerlendirilirken kişi ile çevre arasındaki ilişki ve kişi ile çevre arasındaki dinamik yapılar ve olabilecek değişimler göz önünde bulundurulmaktadır. Stresle başa çıkmada kontrol algısı, stresli bir olayı kontrol ederek stresin zararlarını azaltması ile ruh sağlığını koruma yönünde etkili olmaktadır. Bilişsel değerlendirmeler çerçevesinde ele alınan kontrol algısı, stres ve uyum süreci arasındaki ilişkide, stresin kontrol edilemeyeceği düşüncesinin stresi arttırdığı veya kontrol edilebileceği düşüncesinin stresi azalttığı yönünde etkili olduğu öne sürülmektedir. Kullanılan başa çıkma becerisi ile stres kaynağının kontrol edilebilirlik düzeyi bireyin uyum düzeyine etki etmektedir (Oğul, 2004, s. 159-163).

Türkiye’ de son yıllarda stresle başa çıkma yöntemleri ile yapılan çalışmalarda artış görülmektedir. Geliştirilen modern stres kuramları, başa çıkma kavramının, genellikle strese verilen tepkilerin kişisel farklılıklara dayandığı üzerinde durmaktadır. Buna göre, kişilik özellikleri stresle başa çıkma yöntemlerini de etkilemektedir (Kalkan ve Koç, 2008, s. 46; Sığrı, 2007, s. 181).

Bireyler, stresle başa çıkmada algılanan tehdit ya da problemi hafifletme amacıyla kişilik özelliklerine bağlı olarak eylemlerde bulunmaktadırlar. Bu eylemlerin; doğrudan eylemler ve hafifletici eylemler olarak iki grupta ele alınabileceği üzerinde durulmaktadır. Lazarus (1993, s. 8) stresle başa çıkmanın iki yolla olduğunu açıklamaktadır; eğer bireyin çevre ile olan ilişkisi başa çıkma davranışları ile değişmişse, psikolojik stres durumu da daha iyi yönde değişecektir. Birey bu şekilde kişi-çevre ilişkisini değiştiren doğrudan başa çıkma yöntemini kullanıyorsa bu, *sorun odaklı başa çıkma* olarak adlandırılmaktadır. İkinci başa çıkma becerisi olan *duygu odaklı başa çıkmada* ise bireyin durumu nasıl yorumladığına ilişkin meydana gelen değişim söz konusudur. Sorun odaklı başa çıkma tarzının kullanımı dış çevrede bir değişim ile sonuçlanırken, duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin kullanılması bireyde içsel bir değişim meydana getirmektedir. Başka bir anlatımla; doğrudan eylemler problem odaklı başa çıkma olarak geçmektedir. Problem odaklı başa çıkmada birey, tehditle davranışsal olarak ilgilenmekte veya sorunlu olan ilişki biçimine yönelik değişiklik yaparak müdahalede bulunmaktadır. Kendini kontrol altında tutma, sorumluluğunu kabul etme, planlı bir biçimde

problem çözme, sorun üzerinde olumlu olarak durma gibi davranışlar, problem odaklı başa çıkmanın altında görülen davranışlardır. Hafifletici eylemler ise duygu odaklı başa çıkma olarak geçmekte ve stresten kaynaklı rahatsızlığı duygusal olarak azaltma ya da duyguları kontrol etmeyi içermektedir. Kaçma-kaçınma, inkar, sorundan uzak durma, sosyal destek arama, yüzleştirici başa çıkma, kuruntulu düşünme, zihinsel anlamda sorunla meşgul olamama gibi davranışlar ise duygusal odaklı başa çıkmanın altında yer almaktadır (Terzi ve Cihangir Çankaya, 2009, s. 2; Yöndem, 2002, s. 43-44). Büyükşahin ve Bilecen 'nin (2007, s. 138) geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirdiği Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği' nin alt ölçeklerinden İlişkiye Odaklanma, Olumlu ve Etkin Başa Çıkma sorun odaklı başa çıkma, Olumsuz ve Edilgen Başa Çıkma, Dışsal Destek Arama, Alkol ve İlaç Kullanımı, Kendini Destekleme, Geri Çekilme, İnkâr/Erteleme, Dine Tutunma ve Mizah ise duygu odaklı başa çıkma yöntemine girmektedir. Buna göre kişi, yapıcı ve yararlı şeyler yapabileceğini hissettiğinde problem odaklı başa çıkmayı, strese katlanılması gerektiğini hissettiğinde ise duygu odaklı başa çıkmayı ağırlıklı olarak kullanmaktadır. Hem problem odaklı başa çıkmanın, hem de duygusal odaklı başa çıkmanın bireyin duygusal olarak zarar görmesini engelleyici rolü bulunmaktadır.

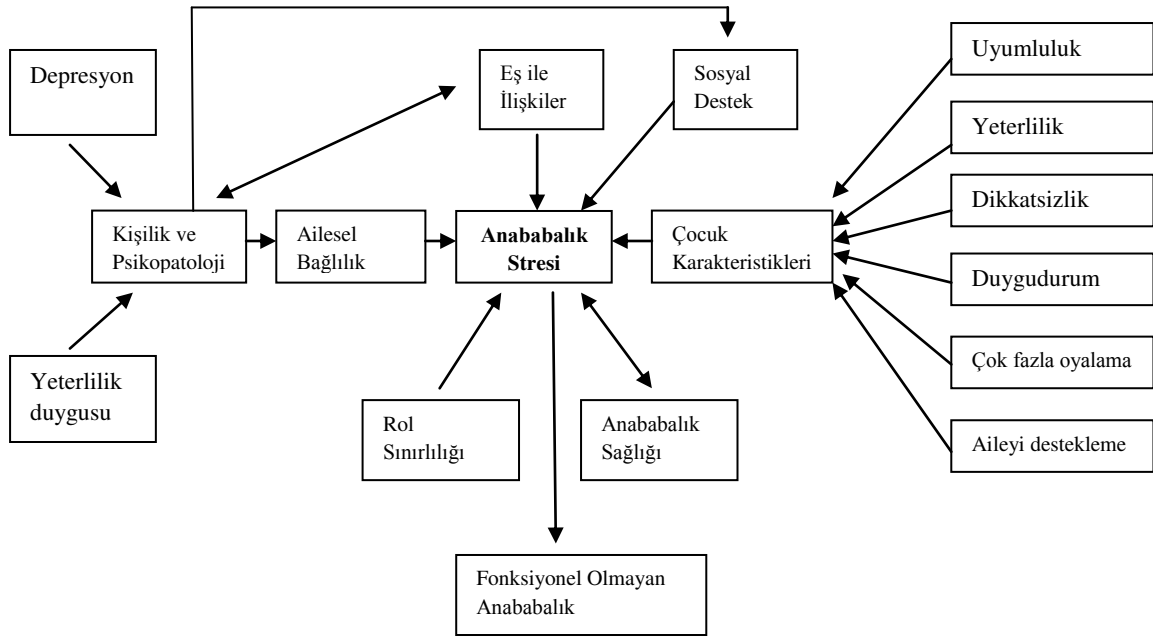
2.7.2. Anababalık ve Stres

Bazı kuramlar, anababalık yaklaşımları ile DEHB' nin gidişatı ve sonuçları arasında ilişki olduğunu kabul etmektedir. Bazı araştırmacılar, anababalık psikopatolojisi ve işlevsel olmayan anababalığın DEHB olan çocuklar için risk faktörleri oluşturup oluşturmadığını araştırmışlardır. Başka araştırmacılar ise, anababalık stresinin kaynakları olarak DEHB' nin anlatımı ve DEHB problem davranış arasında iki taraflı, daha karmaşık ve etkileşimli ilişkiyi incelemeye yönelik araştırmalar yürütmüşlerdir. Anababalık stresi ile ilgili olarak rehber niteliğindeki bu 3 model araştırma, sosyal çalışma uygulamaları ve çevre sistem modelleri ile uyumluluk göstermektedir (McCleary, 2002, s. 286). Daha sonraki kuram ve araştırmaları etkileyen stres ve anababalık üzerine ileri sürülen en eski model olan Abidin ve Burke (Abidin, 1990, s. 299)'e göre, ailesel, çocuğa özgü ve sosyal faktörler anababalık stresinin derecesini belirlemektedir. Anababalık stresi, sırasıyla işlevsel olmayan anababalık ile sonuçlanmakta ve bu da çocukların davranışlarını etkilemektedir.

Şekil 2.5: Anababalık Davranışları ve Çocuğun Davranışlarının Sonuçlarını Etkileyen Kuramsallaştırılmış Yollar

Aile Bileşenleri

Çocuk Bileşenleri



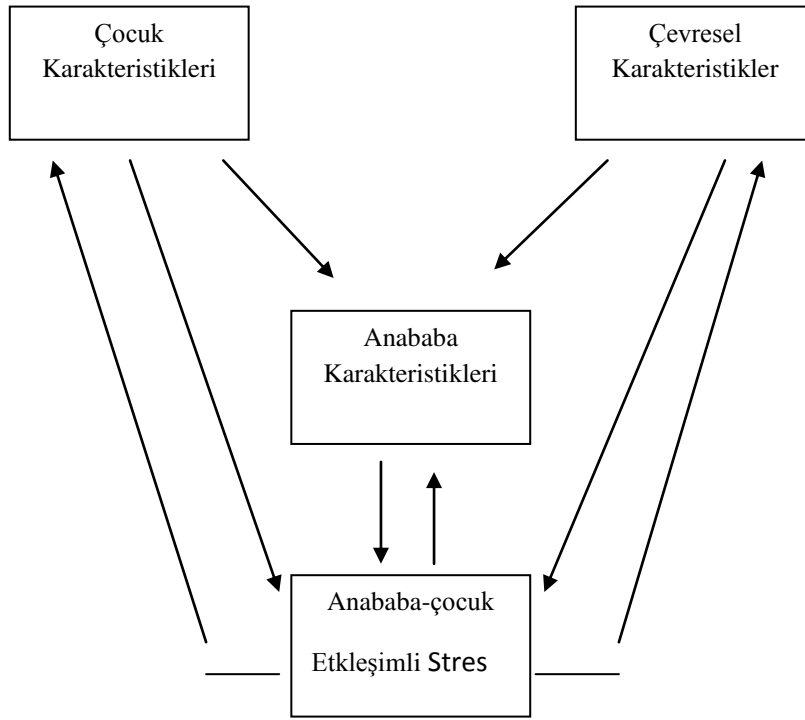
(Abidin, 1990, s. 299)

Bu model, kendi içinde DEHB olan ergenlerin aileleri ve sosyal çalışmaların uygulanabilirliği ile sınırlandırılmıştır. Çünkü anababalık stresi açıkça tanımlanmamış olup bu modele dayanarak çocuk, aile ve çevresel etmenlerin göreceli önemini araştırmak imkânsızdır. Ayrıca, bu model terapötik müdahale tarafından etkilenmiş olabilecek gidişatı açıklığa kavuşturmamaktadır (McCleary, 2002, s. 286).

Mash ve Johnson' ın (1990, s. 314-315) modeli, gelişimsel, klinik ve sosyal psikoloji kuramlarını yansıtmakta olup, anababa ve çocuk arasındaki ilişki stresini anlamaya yönelik rehber niteliğinde bir modeldir. Kısaca bu model, anababa- çocuk etkileşim stresine, çocuk ve çevresel karakteristiklerin doğrudan etkisine, anababa karakteristiklerine aracılık eden değişkenlerin doğrudan olmayan etkisine işaret etmekte ve son olarak da anababa-çocuk stresinden anababa, çocuk ve çevresel karakteristiklerine olan karşılıklı bağlantının doğruluğunu kabul etmektedir. Model, anababa-çocuk stresine katkısı olabilecek faktörleri anlamaya odaklanmıştır. Genetik gibi çocuk karakteristiğine doğrudan etkisi olan ve

ekonomik sınırlılıklar gibi aile çevresine etkisi olan anababa karakteristikleri gibi diğer olabilecek bağlantılar, başlangıçta anababa-çocuk etkileşimli stresini anlamada daha az önemli olduğu için dışarıda bırakılmıştır.

Şekil 2.6: Anababa-Çocuk Etkileşiminde Stres Modeli



(Mash ve Johnson, 1990, s. 315)

Bu modelde anababalık stresi, etkileşimli stres ve anababa-çocuk çatışması kavramları arasındaki farklılıklar çok açık değildir ve bu durum uygulamanın kullanılabilirliğini sınırlamaktadır (McCleary, 2002, s. 286).

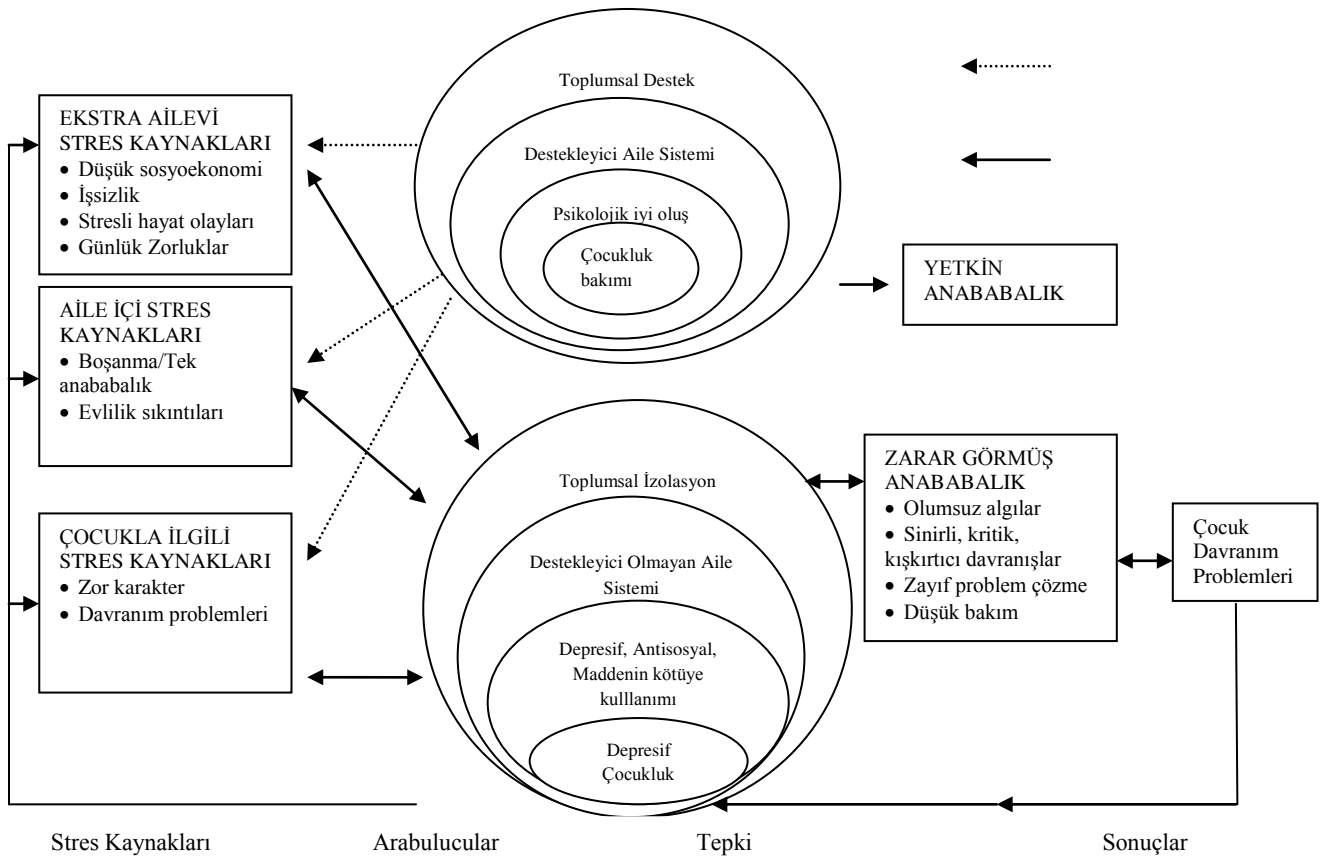
Webster-Stratton'ın (1990, s. 303) stres modelinde üç sınıf stres etmeni, anababalığı etkilemektedir; ekstra ailevi stres etkenleri, aile içi stres etkenleri ve çocuk stres etkenleri. Ekstra ailevi faktörler, kişilerarası faktörler veya çocuk faktörleri stres kaynaklarının her birinden ötürü, anababaları başa çıkma becerilerini gerektiren durumlarla yüzleştirdiğini varsaymaktadır. Bu stres kaynakları, anababalık fonksiyonlarını ve çocukları ile etkileşimlerini ciddi bir şekilde bozsa da bu durum bireysel anababalık, psikolojik iyi oluş hali ve aile-çevre desteği gibi kişisel kaynaklara dayanmaktadır. Uygun bir şekilde stresli bir durumu değerlendiren aile, kendi anababalık pratiğini bozan stresin derecesini ve sonuç

olarak da çocuğun davranım problemi geliştirme risk derecesini belirleyecektir. Her ne kadar içsel ve dışsal ailevi faktörlerin çocuğun davranışlarına doğrudan etkisi olsa da, bu modelde Webster-Stratton (1990, s. 303) direkt olmayan bir yol ileri sürmektedir. Ailelerin çocukları ile ilişkilerindeki kalite ve duyarlılık, çocuğa etki eden stresi uzlaşılabilir duruma getirmektedir. Webster-Stratton (1990, s. 303) bu kanıya, alanyazında aileleri ile zorlayıcı ve reddeci ilişkileri olan çocukların daha saldırgan olmaları ve bu çocuklarda davranım bozukluğunun yüksek oranda görülmesi, aileleri ile daha yumuşak ilişkileri olan çocukların ise daha güvenli ve kendine yeterli olmaları ile ilişkilendirerek varmaktadır. Bu kuramda çocukların davranış problemlerinin bozulmuş anababalığın sonucu olduğu belirtilmektedir (McCleary, 2002, s. 286).

Şekil 2.7: Stres Kaynaklarının Anababalık Tutumları ve Anababa-Çocuk Etkileşimlerini Etkilediğini Gösteren Kavramsal Model

Yararlanabilir faktörler

Koruyucu faktörler



Özetlenecek olursa; anababalık ve çocuk davranışlarının sebep mi yoksa sonuç mu olduğunu belirlemek zordur. Çocuk ve aile davranışlarının ikisine de dikkat ederek kavramsal açıklığa gereksinim duyulmaktadır. Örneğin, anababalık depresyonu hem bir stres kaynağı, hem uzlaştırmacı, hem de anababalık başa çıkma becerisinin sonucudur.

2.7.3. DEHB Olan Çocukların Ailelerinde Stres, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon Düzeyleri

DEHB olmayan çocukların aileleri ile karşılaştırıldığında, DEHB olan çocukların ailelerinde çatışmalı ve stresli aile ortamlarının, saldırgan disiplin uygulamalarının, fonksiyonel olmayan aile etkileşimlerinin olduğu görülmektedir (Rogers, Wiener, Maron ve Tannock, 2009, s. 170). DEHB olan çocukların anneleri, anababalık rollerinde, yüksek düzeyde stres yaşamakta olup anababalık stresinde yükseliş erken başlamakta ve kronikleşmektedir (Treacy, Tripp ve Baird, 2005, s. 223; McLaughlin ve Harrison, 2006, s. 82).

Araştırmalar, DEHB’li çocukların olaylara daha olumsuz baktıklarını, daha talepkar olduklarını, annelerinin ise daha az ödüllendirici, hoşnutsuz, daha fazla fiziksel yardımda bulunan ve daha emir verici olduğunu göstermektedir (Durukan, Erdem, Türkbay, Cöngöloğlu, 2009, s. 101; Finzi-Dottan, Triwitz, Golubenic, 2011, s. 511; Treacy, Tripp ve Baird, 2005, s. 223). Bu bağlamda Durukan ve arkadaşları (2009, s. 103-104) DEHB’ li çocukların annelerinin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarına ilişkin yapmış oldukları araştırmada, DEHB’ li çocukların annelerinin sürekli öfke düzeylerinin sağlıklı çocukların annelerine göre daha yüksek olduğunu ve bu annelerin kaygı, çökkünlük gibi olumsuz duygulanım içinde olduklarını bulmuşlardır.

Biederman ve arkadaşlarının (2003, s. 93) DEHB ile anksiyete bozukluğu arasındaki ailesel ilişki ve risk düzeyini belirlemek üzere yapmış oldukları araştırmada, DEHB’ li çocuk ve akrabalarında anksiyete bozukluğunun anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu, anksiyete bozukluğunun akrabalarda görülme riskinin DEHB’ li çocuğu olan ailelerle sınırlı olduğunu bulmuşlardır. Güçlü ve Erkıran (2004, s. 36) yapmış oldukları araştırmada da duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğunun DEHB tanısı almış çocukların anababalarında daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Antisosyal davranışlar gösteren çocukların ailelerinde; disiplin, kontrol etme, ailesel problem çözme, ailesel bağlılık ve pozitif destek gibi aile yönetimi ile ilgili beş faktör olumsuz yönde etkilenmektedir (Patterson, 1996, s. 88). Patterson (1996, s. 91), sosyal dezavantaj, yoksulluk, boşanma, stres, anababalık depresyonu ve antisosyal davranış gibi bağlamsal değişkenlerin, sadece bozulmuş aile disiplini ve yönetimi ile birlikte görüldüğünde antisosyal davranış riskinin arttığını öne sürmektedir.

DEHB' li çocuklar, sağlıklı çocuklara göre anababaları ile daha olumsuz etkileşim içerisinde olmaktadır. DEHB olan çocukların anneleri, olumsuz davranışlarla başedebilmek için, daha negatif ve daha çok kontrolü gerektiren yaklaşımlar sergilemek durumunda kalmaktadırlar (McLaughlin ve Harrison, 2006, s. 83). Aile yönetimine ilişkin sorun yaşayan anababalar, yetersiz anababalık duyguları ile daha çok stres yaşamakta ve kendileri ile ilgili daha çok psikopatoloji bildirmektedirler (Durukan, Erdem, Tufan, Cöngöloğlu, Yorbık ve Türkbay, 2008, s. 218).

DEHB' li çocukların annelerinin, normal gelişim gösteren çocukların annelerine göre anababalığı tehdit olarak algıladıkları ve annelerin yeterlilik duygularının kontrol gruplarına göre daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir (Finzi-Dottan, Triwitz ve Golubchick, 2011, s. 516). Annenin kişisel yeterliliğine ilişkin duygusu, anababalık ile ilişkili en önemli karakteristiklerinden bir tanesidir (Vitanza ve Guarnaccia, 1999, s. 41). Anneler, kontrolü daha güç olan çocuklara ilişkin daha olumsuz atıflarda bulunmakta ve annelerin kuvvet kullanma olasılıkları daha yüksek olmaktadır. Gerdes ve Hoza (2006, s. 352) yapmış oldukları araştırmada, DEHB' li çocukların annelerinin dikkatsiz-dürtüsel davranışlara karşı daha olumsuz duygulanım içinde olduklarını ve güç kullanan anababalık yapmalarının söz konusu olduğunu bulmuşlardır.

DEHB' li çocukların annelerinde, anneliğe ilişkin depresyon ile düşük özsaygı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Anneler, anababa olarak kendilerini rahat ve değerli hissetmediklerinde, psikolojik stresleri ve kişilerarası durumlara ilişkin duyarlılıkları artmaktadır. Özellikle DEHB' li çocukların annelerine yönelik olarak çocuklarına seçenek tanıma, zaman yönetimi, sınırları aktarma gibi anababalık becerilerinin öğretilmesi gerektiğine dair yaygın bir kanı söz konusudur. Çoğunlukla da bu anneler, bu becerileri daha önce denediklerini, ancak yöntemlerin işlemediğini bildirmektedirler. DEHB' li çocukların

anneleri bu anlamda, anababalık becerilerinin ve anababalık tekniklerinin başkaları tarafından ve özellikle de uzmanlar tarafından değerlendirilmesi, iyi anababa olmadıklarına dair mesajlar gönderilmesi konusunda çok daha hassas davranmaktadırlar (Vitanza ve Guarnaccia, 1999, s. 41).

Araştırmalar, DEHB' li çocuklara anababalıkta, sorumluluk ve endişe içeren ve buna bağlı olarak negatif anababalık ile sonuçlanan modellerin aksine kişisel gelişim gibi pozitif etkiler hakkında çok az model bilinmektedir. Segal'in (2001) DEHB' li yirmi beş çocuğun annesi ile yaptığı görüşme sonucunda, bazı annelerin DEHB olan çocuğu yetiştirmenin getirdiği deneyimin sonucu olarak başkalarının acılarına karşı daha olgun ve bağımsız yaklaşıklarını ve duyarlı hissettiklerini rapor etmiştir (Akt. Finzi-Dottan, Triwitz ve Golubcnic, 2011, s. 511). DEHB' li çocukların anneleri, bir şekilde, daha katı olmakta, daha saldırganlaşmakta ve çocuklarına yardımcı olmak için mücadele etmeye hazır olmaktadır. Bu annelerin, sağlıklı gelişimi olan çocukların annelerine göre, çocukları daha sosyal, genel ve sabit davranışlar gösterdiklerinde (kontrol grubundaki çocuklara göre bu tür davranışlar daha nadir görülen davranışlar olduğu için) pozitif anababalık tutumları sergilemeye ve bu tür davranışları desteklemeye istekli oldukları görülmektedir (Gerdes ve Hoza, 2006, s. 352). Rogers ve arkadaşları (2009, s. 178), DEHB' li çocukların annelerinin, çocuklarına akademik olarak fazla yardımlarının olamaması nedeni ile kendilerini daha az faydalı hissetmektedirler. Ancak normal gelişim gösteren çocukların annelerine benzer biçimde, ilişki ile ilgili rol inançları ve benzer bilgi, beceriye sahip olduklarını ifade etmektedirler.

Çocuğun göstermekte olduğu davranışın şiddeti, anababaların yaşadığı stres düzeyini etkilemektedir. Çocuğun davranışının şiddeti ve anababalık yeterliliğine ilişkin düşük algı, düşük anababalık pratiği ile doğrudan bağlantılıdır (McLaughlin ve Harrison, 2006, s. 86). Tzang, Chang ve Liu (2009, s. 323) Tayvan' da yapmış oldukları araştırmada, DEHB' nin bileşik tip semptomlarını gösteren çocukların annelerinin stres düzeylerinin, dikkatsizliğin önde geldiği tip semptomlarını gösteren çocukların annelerinin stres düzeylerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bileşik tip semptomlarının görüldüğü çocukların annelerinde, anababalık psikopatolojik stres faktörleri (depresyon, anababalık tarafsızlığı, düşük yetersizlik duygusu) ve çevresel stres faktörlerinin (ilişki biçimleri, rol sınırlılığı, sosyal izolasyon, sağlık durumu) yüksek düzeylerde olduğu bulunmuştur. Podolski ve Nigg

de (2001, s. 511) DEHB' de davranışların şiddetinin, aileleri anababalık rolünde sıkıntıya soktuğunu ifade etmektedirler. Bu bulguların aksine Vitanza ve Guarnaccia' nın (1999, s. 39) yapmış oldukları araştırmada, DEHB' li çocukların davranışının şiddetine bakmadan, annelerin stres düzeylerinde çocuklarının davranışlarını kabul ve algı düzeylerinin etkili olduğunu görmüşlerdir. Örneğin, hafif düzeyde semptomları olan bir çocuğun annesi kendisini son derece bunalmış hissederken, yüksek düzeyde semptom gösteren çocuğun annesi, davranış kontrolü sağlamada kendisini rahat hissedebilmektedir.

Annelerin çocuklarının davranışları ile ilgili yaşadıkları stresle başa çıkma düzeylerini incelediğimizde, annelerin olaylara olumlu bakış açısı geliştirmelerinin çocuğun olumsuz davranışının şiddeti ile ilişkili olduğunu görürüz. Toplumsal kaynak ve sosyal destek kullanımı, daha çok ailevi sıkıntı ile ilişkili olmasına karşılık, aile ilişkilerindeki uyumda belirgin bir şekilde önemli farklılıklara doğru götürmektedir. Babalar için sosyal destek babalık rolü ile ilgili sıkıntı oluşturmazken, daha sıklıkla hasar görmüş ve dışsallaştırılmış DEHB' li çocukların yaşantıları, anneler için büyük stres nedeni olmakta ve anneler toplumdan daha kapsamlı olarak sosyal desteğe gereksinim duymaktadırlar. Çocuğun davranışlarının şiddeti arttıkça öğretmen, bakıcı, komşu gibi toplumsal üyeler devreye girmektedir. Bu müdahaleler aileye veya çocuğa yardımcı olabilmektedir. Anneler sıkıntının arttığı bu noktada toplumsal desteğe gereksinim duymaktadırlar ve bu destek daha düşük sıkıntı ile ilişkilenebilir. İsrarcı ve şiddetli olumsuz davranış gösteren çocuklarla, aileler gibi diğer toplumsal öğelerin de uğraşması sonucunda, bu çocukların ailelerinde toplumsal izolasyon artabilmektedir. Böyle zor çocukların ailelerinden sosyal destek çekildiğinde, annelerde sosyal izolasyon riski ve sıkıntı artmakta, bu durum olumsuz anne-çocuk ilişkisine ve hatta çocuk ihmaline kadar gidebilmektedir (Podolski ve Nigg, 2001, s. 511).

Durukan, Erdem, Tufan, Cöngöloğlu, Yorbık ve Türkbay (2008, s. 221)' ın yapmış olduğu araştırmada, DEHB' li çocukların annelerinin, sağlıklı çocukların annelerine göre işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini tercih ettiklerini bulmuşlardır. İşlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin tercih edilmesinin, annelerin güçlükleri yönetmekte zorlanmaları ve bunları inkâra eğilim göstermeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak, anneler çocukları ile ilgili durumlarla davranışsal ve zihinsel olarak daha az ilgilenmektedirler. DEHB' li çocukların anneleri, yaşadıkları sorunla ilgili olarak sadece çocukları ile ilgilenerek strese

neden olan durumla daha yakından ilgilenebilmek için diğer projeleri askıya alma şeklinde sorun odaklı başa çıkma yöntemlerinden diğer meşguliyetleri bastırmayı daha sık kullanmaktadırlar. Yine DEHB' li çocukların anneleri, yaşadıkları sıkıntı ya da güçlüğüne üzerine odaklanma şeklinde soruna odaklanmakta ve duyguları açığa vurma yöntemi ile bu duyguları açığa vurma eğiliminde olmaktadır.

2.8. DEHB Olan Çocukların Annelerinde DEHB Görülme Sıklığı

Daha önceki bölümlerde de tartışıldığı üzere, DEHB genetik geçişliliği olan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar, DEHB' nin kalıtsallığını yaklaşık 0.8 olarak göstermekte ve çocukluk döneminde başlayan DEHB, %30-70 oranda yetişkinlikte de devam etmektedir (Aydın, Dilek, Yurdagül, Uğuz ve Şeydaoğlu, 2006, s. 70). Son yıllarda yapılan çalışmalar DEHB' nin yetişkinler arasında da oldukça yaygın bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır (Alyanak, Yargıç ve Oflaz, 2010, s. 119).

Çocukluğunda hiperaktivite öyküsü olan ve çocuklarında da DEHB tanısı olan yetişkinlerle ilgili yapılan araştırmada, hiperaktif yetişkinlerin beyin glikoz metabolizmasının, hiperaktif olmayan yetişkinlere göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Öncü ve Şenol, 2002, s. 115). Güçlü ve Erkıran' ın (2005, s. 22) yürüttüğü bir araştırmada 118 DEHB' li çocuğun anababalarında erişkin tip DEHB bulunma oranı %6.8 olarak saptanmıştır. Aydın ve arkadaşlarının (2006, s. 72) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğinde 7-12 yaş arası 69 DEHB tanılı çocuk, 32 DEHB tanısı olmayan farklı şikayetlerden takip edilen çocuğun anne ya da babalarına yönelik yapılan araştırmada, DEHB tanılı çocukların anababalarında %33.8, kontrol grubundaki anababaların ise %6.3' ünde DEHB belirtileri saptanmıştır. Aynı araştırmada DEHB tanılı çocukların annelerinin %20.3' ünde geçmişte ve o anda depresyon tanılanmıştır.

Türkiye' de erişkin DEHB yaygınlığına ilişkin alanyazın araştırması yapan Tufan ve Yaluğ (2010, s. 354), erişkin DEHB tanısı konan olguların, literatürdekine uygun olarak dikkat ve konsantrasyon sorunları, dürtüsellik, eğitim ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar, dürtüsellığe ikincil olarak ortaya çıkan maddi sıkıntılar, sinirlilik ve mutsuzluk yakınmaları ile tedavi amaçlı polikliniklere başvurdıklarını tespit etmişlerdir. Araştırmalarında, ayaktan tedavi amaçlı başvuran yetişkinlerde DEHB oranı 1,6 ile 15,9 oranında, DEHB olan çocukların

anababalarına yönelik yapılan araştırmalarda ise 6,8 ile 33,8 oranında olduğunu bildirmektedirler.

Camcıoğlu' nun (2009, s. 60) yapmış olduğu DEHB tanısı konmuş çocukların anababalarında DEHB' nin görülme sıklığının ve şiddetinin değerlendirildiği çalışmada, DEHB tanısı ile izlenen çocukların anababalarında, kontrol grubundaki anababalara göre çocukluk döneminde ve şimdi daha fazla DEHB belirtilerinin sergilendiği bulunmuştur. Araştırmada DEHB tanısı konmuş çocuklarının annelerinin %19.8' inin, kontrol grubundaki annelerin ise %5' inin çocukluğunda DEHB tanısı aldığı belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı zamanda belirlenen DEHB belirtileri ise DEHB grubu annelerinde %74.1, kontrol grubu annelerinde ise %18,3 olarak bulunmuştur.

Özetleyecek olursak, DEHB' nin ailesel geçişliliği yapılan araştırmalarda da görülmektedir. DEHB belirtileri gösteren ve dikkat, dürtüsellik, akademik başarı, iletişim sorunları gibi sorunlar yaşayan anneler aynı zamanda ek tanı olarak depresyon tanısı da alabilmektedirler (Torgersen, Gjervan ve Rasmussen, 2006, s. 40).

2.9. Yurtdışında Yapılan Araştırmalar

Alanyazın taramalarında, yurtdışında DEHB' li çocukların annelerinin stres düzeyleri, stresle başa çıkma yöntemleri ve depresyon düzeylerine ilişkin yapılan araştırmalar, DEHB' li çocuğu olan annelerinin depresyon ve stres düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Mitchell (2006)'in sosyal destek, başa çıkmanın tek başına ya da birlikte ailelerin yaşam kalitelerini etkileme düzeylerinin belirlenmesine yönelik yaptığı araştırmada, ilaç tedavisi gören, psikososyal tedavi gören, hem ilaç hem de psikososyal tedavi gören ve hiçbir şekilde tedavi görmeyen şeklinde 4 gruptaki 7 ve 9 yaşlarındaki çocuklar ve ailelerini kapsayan 579 kişi ile çalışılmıştır. Yapılan araştırmanın sonucunda, ailelerin yaşam kalitelerini en istikrarlı ve güçlü düzeyde yordayan faktörün stres faktörü olduğu bulunmuştur. Sosyal destek, başa çıkma ve semptom şiddetinin ailelerin yaşam kalitelerinde de belirleyici olduğu bulunmuştur.

Hurt (2009), DEHB tanısı olan ve olmayan çocukların ailelerinde anababalık şekillerini araştırmıştır. Bir  ocuğu DEHB tanısı almış, bir çocuğu DEHB tanısı almamış 28 aile ile her iki çocuğu da DEHB tanısı almamış 31 aileden oluşan kontrol grubu ile yapılan araştırmada;

DEHB tanısı almış çocukların ailelerinde düşük anababalık etkisi, gelecek karşıt gelmeye ilişkin yüksek beklenti olduğu bulunmuştur. DEHB' li çocuğa sahip ailelerin, DEHB tanısı almamış çocukların ailelerine göre daha olumsuz biliş geliştirdikleri görülmüştür. Araştırmanın sonucunda DEHB semptomları olan çocukların ailelerinde anababalık değişkenlerinin çocuğun belirgin özelliklerini etkilediği saptanmıştır.

Schatz (2009), annelik bilişsel çarpıtlamalarının, anababalık stresi ve depresyonu ile ilişki boyutunun tanımlanmasının amaçlandığı çalışmada, çocuğun içselleştirilmiş davranışları ve belirli anababalık bilişsel çarpıtlamaların, stres veya stres ve depresyon olarak değerlendirilip değerlendirilmediği araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda, özellikle anababalık ile ilişkili bilişsel çarpıtlamaların, DEHB' li çocukların annelerinin üzüntülü deneyimlerinde önemli rolü olduğu görülmüştür.

Warren (2003), anababa ve DEHB bozukluğu olan çocuk ikilisinde yüksek düzeydeki anababalık empati düzeyinin, çocuklarda yüksek düzeyde özsaygı, sosyal beceriler ve uyum ve düşük düzeyde saldırganlığa etkisini araştırmıştır. Araştırmada 56 DEHB tanısı olan çocuk ve aileleri ile 37 anababa-çocuk kontrol grubu ile yapılan kasete alınmış gözlem yöntemi, anababa-çocuk-öğretmen raporu, ölçek tamamlama kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda, yüksek düzeydeki anababalık empatisinin, çocukta yüksek düzeylerde özsaygının gelişmesini sağladığı ve bu durumun çocukların aileleri ile daha iyi ilişkilerin gelişmesine neden olduğu görülmüştür. Empati düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarının, empati düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarına göre, akran kabulünün ve saldırganlığın daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya göre DEHB' li çocuklara yapılacak olan müdahalelerde ailelerin empati düzeylerinin arttırılmasının önemi vurgulanmıştır.

DEHB' li çocukların ailelerinin stres düzeylerinin minimuma indirilmesine yönelik yapılacak çalışmaların, DEHB olan çocukların davranışlarında olumlu değişimlere neden olduğu ile ilgili farklı bir araştırma da Alaniz (2010)' da gerçekleştirilmiştir. Alaniz (2010), çalışmasında, stres düzeyi daha düşük olan ailelerin çocuklarının davranışlarını kontrol etmede ve yetersizliklerini desteklemede daha donanımlı oldukları sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca sınıf ortamında da azalmış yıkıcı davranışların, çocukların öğrenme düzeylerini ve öğretmenin sınıf ortamındaki etkisini arttırdığını bulmuştur.

2.10. Türkiye’ de Yapılan Araştırmalar

DEHB olan çocuklarla ilgili olarak Türkiye’ de çeşitli başlıklarda tez araştırmaları gerçekleştirilmiştir.

Tangül Özcan (2002) tarafından yürütülen çalışmada; DEHB tanısı konulan 7-15 yaş arasındaki 70 çocuk ve anababaları ile çalışılmış ve bu çocukların tedavi sürecinde empati düzeyi ile aile işlevlerine ilişkin özellikleri araştırılmıştır. Ayrıca, DEHB tanısı alan çocuklar ile aynı zamanda karşıt gelme bozukluğu (KGB) tanısı konmuş çocukların anne babalarının empati düzeyleri karşılaştırılmıştır. Araştırmada, DEHB tanısı konan çocukların ailelerinin, aile işlevlerinde sağlıksızlık bildirme durumuna göre sırasıyla “gereken ilgiyi gösterebilme”, “roller”, “duygusal tepki verebilme” ve “genel fonksiyonlar” alanlarında sağlıksızlık saptanmıştır. DEHB tanısı ile birlikte karşıt gelme bozukluğu tanısı konan grupta “gerekli ilgiyi gösterebilme” ve “davranış kontrolü” alanlarında, DEHB grubuna göre daha fazla sağlıksızlık saptanmıştır. DEHB ile DEHB+KGB tanısı almış çocukların anne babalarının empati puanları değerlendirildiğinde, gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Ancak, annelerin empati eğilim düzeyinin düşmesine paralel olarak aile işlevlerinden “Duygusal Tepki Verebilme” alanında sağlıksızlığın arttığı saptanmıştır. Babanın empati eğilim düzeyinin düşmesi ile aile işlevlerinde problem çözme dışında diğer alanlarda sağlıksızlığın arttığı görülmüştür. Ayrıca annenin empati eğilim puanı düştükçe çocuğun dikkat eksikliği sorunlarının arttığı da saptanmıştır.

Bozbey Akalın (2005), yaşları 10-16 arasında değişen yarısı DEHB olan bir kardeşe, diğer yarısı da normal gelişim gösteren bir kardeşe sahip 60 abla/ağabey ve anneleri ile yaptığı çalışmada, DEHB olan çocukların abla ve ağabeylerinin sosyal beceri düzeyleri ve kardeş ilişkileri niteliği ile DEHB’ nin bu etkenler üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlamıştır. Araştırmanın sonunda, DEHB’ li kardeşe sahip olan çocukların sosyal yetkinlik düzeyi olduğu ve daha sık sosyal ve davranışsal sorunlar yaşadığı bulunmuştur. Ağabeylerin doldurdukları ölçekten elde edilen verilere göre, DEHB olan kardeşle ilişki niteliğine bakıldığında sevgi, kardeşin hayranlık duyması, kardeşe hayranlık duyma, baba yanlı davranış ve benzerlik değişkenleri normal kardeşe sahip olan kardeşlere göre daha düşük düzeyde çıkmıştır. Ayrıca, kardeşlerden bir tanesi DEHB olan kardeş ilişkilerinde tartışmanın daha çok olduğunu, normal abla/ağabeylerin anababalarının DEHB’ li kardeşlerine daha çok ilgi

gösterdiklerini ve çocuklar arasında saldırgan davranışların daha sık görüldüğünü ifade ettikleri bulunmuştur.

Arı (2006), DEHB olan çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları kaygı düzeyi, algıladıkları sosyal destek ve anababalık tutumlarını, Ankara il merkezinde DEHB tanısı konmuş basit örnekleme yöntemi ile seçilen 188 anne baba üzerinde incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda DEHB olan çocukların anne babalarının kaygı düzeylerinin, çocuk ilişkilerinde sıcaklık ve sevgi alt boyutlarının yüksek olduğu bulunmuştur. DEHB olan çocukların anababalarının sürekli kaygı düzeyleri ile aile destek ilişkileri ve aile çocuk ilişkileri arasında yüksek düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Araştırmada, DEHB olan çocukların anababalarının yaşadıkları kaygı düzeylerinin ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu, anababalık tutumlarının ise olumlu olduğu bulunmuştur.

Kandemir (2009), DEHB olan çocukların yaşam kalitelerinin araştırılması ve normal gelişim gösteren çocukların aileleri ile karşılaştırılması amaçlanan çalışmada, örneklemini, 2008 Şubat-2008 Eylül ayları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı' na başvurup, DEHB tanısı almış gönüllü kişilerin yer aldığı 7-16 yaş aralığında 76 DEHB tanısı almış çocuk ve örneklemden seçilen 59 çocuk kontrol grubu oluşturmuştur. Araştırma sonucunda DEHB olan çocukların okul başarılarının daha düşük düzeyde ve okula devamsızlıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda DEHB tanısı konmuş çocuklar ve anne babaların yaşam kalitelerinin kontrol grubuna göre bazı alanlarda (Kısa Form 36 (SF-36) ağrı, genel sağlık, vitelite enerji ve mental sağlık alt ölçekleri) anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

Ertürk (2008), DEHB olan çocukların okul başarılarına ve gelişimlerine etki eden aile faktörlerini araştırmıştır. Bu çalışmada, 9 yaşında 20, 11 yaş grubunda 20, 12 yaş grubunda 10 olmak üzere DEHB tanısı konmuş 50 öğrenci ile çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda kız öğrencilerin derslerinde daha başarılı oldukları, ailenin artan yaşının ders başarısı ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Gerek annenin gerekse babanın demokratik tutumunun öğrencinin ders başarısını olumlu yönde etkilediği, annelerin ilgi düzeylerinin kız öğrencilerin başarı düzeylerini olumlu yönde etkilediği, DEHB olan çocuklarının algıladıkları anababalarının evlilik durumları ve aile sorunlarının derslerini etkilemediği, anne babaların

sergiledikleri olumlu tutumların öğrencilerin akademik başarılarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.

Keser (2010) çalışmasında, DEHB tanılı çocukların duygu ayarlama becerileri, annelerinin DEHB belirtileri, anababa tutumları ve DEHB bilgi düzeyleri incelenerek, psikoeğitimsel ihtiyaçlarının belirlenmesini amaçlamıştır. Araştırmanın sonucunda, DEHB tanılı çocukların duygu ayarlama düzeylerinin düşük olduğu, annelerinin olumsuz anababa tutumu gösterdikleri ve annelerinin çocukluk döneminde DEHB belirtileri gösterdiği belirlenmiştir. Annenin çocukluk DEHB belirtileri göstermesinin çocuğun duygu ayarlama sorununa ve olumsuz anababa tutumlarına doğrudan etkisi olduğu, çocuğun DEHB tanısı almasına da dolaylı etkisi olduğu bulunmuştur. Çocuğun cinsiyeti ile DEHB tanısı alma ve duygu ayarlama düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında, erkek çocuk ile DEHB tanısı alma ve duygu ayarlama düzeyi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ayrıca DEHB tanısı alan çocukların annelerinin bu bozukluğa ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve DEHB tanılı olan ve olmayan çocukların annelerinin bilgi düzeyleri arasında bir fark olmadığı görülmüştür.

Almacıoğlu (2007), ilköğretim düzeyinde DEHB olan öğrencilerin, sınıf ve psikolojik danışma ve rehberlik öğretmenleri tarafından tanınma yeterliliklerini belirlemeyi amaçlamıştır. Veriler, Gaziantep ili Şehitkamil ve Şahinbey ilçelerinde 26 ilköğretim okulunda görev yapan 454 sınıf öğretmeni ve 15 psikolojik danışman ve rehber öğretmenden elde edilmiştir. Araştırma sonucunda sınıf ve psikolojik danışman rehber öğretmenlerin DEHB olan öğrencileri tanıma yeterlilik düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca araştırmaya katılan sınıf öğretmeni ve psikolojik danışman ve rehber öğretmenlerin beyan ve algılarına dayanarak, normal eğitime devam eden ve DEHB olduğu düşünülen öğrencilerin, araştırma evrenindeki dağılımı %1,4 olarak belirlenmiştir.

Camcıoğlu' nun (2009) çalışmasında, 7-16 yaş aralığında DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin anababalarında DEHB belirti sıklığının ve anababalarında DEHB belirtileri olan çocuk ve ergenlerde bozukluğun belirtilerinin şiddeti ve eşhastalanım düzeyinin değerlendirilmesini amaçlamıştır. Araştırma sonucunda DEHB grubundaki deneklerin annelerinin %19,8' inin, babaların %19,8' inin ve kontrol grubundaki annelerin %5' inin, babaların %8,3' ünün çocukluk çağında DEHB tanısı aldığı saptanmıştır. Şimdiki DEHB belirtilerinin sorgulanması sonucunda DEHB grubundaki anababalarda kontrol grubundaki

anababalara göre belirtiler anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. Çocukluk döneminde DEHB tanısı almış anababaların çocuklarında eştanı sıklığı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Çocuklarda ek tanı sıklığında anlamlı bir fark görülmemiş, DEHB belirtilerini çocuklukta ve şimdi gösteren anababaların çocuklarında, DEHB belirtisi göstermeyen anababaların çocuklarına göre yıkıcı davranış bozuklukları ek tanı sıklığında da farklılık bulunmamıştır.

Durukan, Erdem, Tufan, Cöngöloğlu, Yorbık ve Türkbay (2008)'ın yapmış oldukları DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemlerine ilişkin ön çalışma niteliğinde araştırmada, Eylül-Kasım 2007 arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde 7-12 yaş aralığında DEHB tanısı konmuş 30 çocuk ve annesine ilişkin veriler kullanılmıştır. Araştırma sonucunda DEHB'li çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri, soruna odaklanma, duyguları açığa çıkarma, inkar ve sorun odaklı başa çıkma yöntemlerinden diğer meşguliyetleri bastırma yönteminin DEHB grubunda daha sık kullanıldığı bulunmuştur.

Yukarıda özetlendiği gibi alanyazın taraması sonucunda DEHB tanısı konan çocukların aile bireyleri ile olan ilişkilerde sosyal ve akademik yaşantılarının, aile bireylerinin bundan etkilenmeleri, kaygı düzeyleri ve yaşam kaliteleri, anababalarda DEHB görülme sıklığı, anababa tutumları, DEHB belirtileri gösteren çocukların sınıf ve rehber öğretmenleri tarafından tanınmaları, DEHB'li çocukların ailelerinde stres ve duygu bozuklukları üzerine yapılmış birçok araştırmaya rastlanmış, ancak DEHB olan çocukların ailelerinin depresyon ve stres düzeyleri ve stresle başa çıkma becerileri üzerine yapılan bir araştırmaya rastlanmıştır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, DEHB tanısı almış ve almamış, 4.-8. sınıf aralığındaki ilköğretim öğrencilerinin annelerinde, depresyon düzeyi ve yakın ilişkilerde çocuk boyutlu başa çıkabilme becerilerini inceleyen betimsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Grubu

Araştırma grubunu Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran 4.-8. sınıf aralığında DEHB tanısı almış 47 ilköğretim öğrencisinin anneleri, çocukları hastanelerde DEHB tanısı almış Muratpaşa Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne başvuran anneler, Antalya ili içerisindeki ilköğretim okullarında öğrenim görmekte olan DEHB tanılı öğrencilerin anneleri ile Antalya ili Muratpaşa İlçesi Atatürk İlköğretim Okulu, Başöğretmen Atatürk İlköğretim Okulu, Mustafa Meryem Ege İlköğretim Okulu, Hanım Ömer Çağırın İlköğretim Okulu ve İstiklal İlköğretim Okulu'nda normal gelişim gösteren 4.-8. sınıf aralığındaki ilköğretim öğrencilerinin anneleri oluşturmaktadır. DEHB grubundaki anneler ile karşılaştırma grubundaki anneler, araştırma konusu için en uygun kişileri seçme işlemi olan bağımsız örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. DEHB' li çocuk anneleri ile karşılaştırılacak grubunun seçilmesinde, çocukların herhangi bir kronik hastalığının, akademik başarısızlığının olmaması ve davranış problemlerinin yaşanmıyor olması araştırmanın ölçütlerini oluşturmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan anneler, “Onam Formu”, “Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği” ni doldurmuşlardır. Araştırmada kullanılan ölçekler EK1’ de verilmiştir.

3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Beck Depression Inventory (BDI)), 15 yaş üzerindeki ergen ve yetişkinlere yönelik, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin iki formu vardır. Araştırmada ilk form kullanılmıştır. İlk form 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve 21 belirti kategorisi içermektedir. Bunlar; Duygudurum; Kötümserlik, Başarısızlık Duygusu, Doyumsuzluk, Suçluluk Duygusu, Cezalandırılma Duygusu, Kendinden Nefret Etme, Kendini Suçlama, Kendini Cezalandırma Arzusu, Ağlama Nöbetleri, Sinirlilik, Sosyal İçedönüklük, Kararsızlık, Bedensel İmge, Çalışabilirliğin Ketlenmesi, Uyku Bozuklukları, Yorgunluk, Bitkinlik, İştahın Azalması, Kilo Kaybı, Somatik Yakınmalar, Cinsel Dürtü Kaybıdır. Türkçe’ ye uyarlama çalışması 1980 yılında Buket Tegin tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin, yarıya bölme güvenirliğinde, iki yarım test güvenirlik katsayısı öğrenci grubu için .78, 30 depresif hasta için .61 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliği için ölçek 40 sosyal bilimler öğrencisine iki hafta ara ile uygulanmış ve güvenirlik katsayısı .65 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlik çalışmasında BDÖ ile Depresyonda Bilişsel Tepkiler Ölçeği puanları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon tekniği ile normal, depresif ve şizofrenik deneklerde incelenmiş ve korelasyon katsayıları denek gruplarının sırasına göre .20, .52, .33 bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997, s. 23).

Formda 21 belirti kategorisinin her birinde dördümlük likert tip seçenek vardır. Uygulama günü de dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendisini nasıl hissettiğini en iyi şekilde ifade eden cümleyi işaretlemesi istenir. Her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Bu puanların toplamından depresyon puanı elde edilmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 63’ tür. Puanın yüksek oluşu depresyon düzeyini veya şiddetini göstermektedir (Langberg, Epstein, Simon ve Loren, 2010, s. 44).

3.3.2. Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği

Büyükşahin ve Bilecen (2007) tarafından uyarlanan Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği (YİÇÇBBÖ) (The Multidimensional Intimate Coping Questionnaire), bireylerin yakın ilişkilerinde karşılaştıkları zorlayıcı ya da stresli olaylara nasıl tepki verdiklerini ayrıntılı olarak ölçmektedir. Pollina ve Snell (1999) tarafından geliştirilen özgün form, Olumlu Yeniden Yorumlama ve Büyüme, Etkin Başa çıkma, Planlama, Duygusal Açından Sosyal Destek Arama, Başkalarının Görüşünü Alma, Soruna Odaklanabilmek için Diğer Etkinlikleri Kenara Bırakma, Dine Tutunma, Kabullenme, Zihinden Uzaklaştırma, Duygulara Odaklanma ve Duygu Dışavurumu, Davranışsal Pes Etme, İnkâr, Temkinli Başa çıkma, Alkol İlaç Kullanımı, Mizah, Dileme Yoluyla Başa çıkma, Öz Eleştiri/Kendini Suçlama, Sosyal İçer çekilme, Kendini Destekleme, Sorundan Kaçınma, Hedef Yönelimli Başa çıkma, Duygusal Tepki Verme, Kendini İlişkiye Adama, Sosyal İlişkiler Yoluyla Başa çıkma, Sevgi/İlgi Göstererek Başa çıkma şeklinde, her bir alt ölçekte 4 madde olmak üzere 25 alt ölçeği kapsamakta ve 100 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, hiçbir zaman (0), çok ender (1), bazen (2), sıklıkla (3), her zaman (4) şeklinde beş dereceli likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Altı madde tersten kodlanmaktadır. Özgün ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması üniversite öğrencileri ile yapılmıştır ve alt ölçeklerin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları .44 ile .93 arasında değişmektedir (Pollina ve Snell, 1999, s. 135-139).

Büyükşahin ve Bilecen' in (2007) YİÇBBÖ'nin Türkçe' ye uyarlama çalışması, üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğini sınamak amacıyla equamax eksen döndürme yöntemi kullanılarak yapılan faktör analizi sonucunda, ölçeğin yorumlanabilme durumu temel alındığında 10 faktörlü bir yapı gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Alt faktörler sırasıyla, İlişkiye Odaklanma (8 madde), Olumsuz ve Edilgen Başa çıkma (16 madde), Dışsal Destek Arama (15 madde), Olumlu ve Etkin Başa çıkma (20 madde), Alkol-İlaç Kullanımı (4 madde), Kendini Destekleme (8 madde), Geri Çekilme (14 madde), İnkâr/Erteleme (7 madde), Dine Tutunma (4 madde), Mizah (4 madde) olmak üzere ölçek 100 maddeden oluşmakta ve ölçekte iki madde tersten kodlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi alt ölçekler temelinde yapılmaktadır. YİÇBBÖ' nin ölçüt geçerliliğini belirlemek amacıyla, alt ölçeklerden elde edilen toplam puanlar ile Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği' nden elde edilen toplam puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında korelasyonun -.56 ile

.62 arasında değiştiği bulunmuştur. YİÇBBÖ' nün alt ölçeklerinin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve test tekrar test güvenilirliğine bakıldığında, Cronbach alfa iç tutarlılık sayılarının .57 ile .94; test tekrar test güvenilirlik katsayılarının .43 ile .95 arasında değiştiği bulunmuştur (Büyüksahin ve Bilecen, 2007, s. 133-139).

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama işlemi Ekim 2011 ile Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İlk önce karşılaştırma grubu olan DEHB tanısı olmayan, akademik ve davranış sorunları olmayan, normal gelişim sergileyen çocukların annelerine ulaşılmak üzere Antalya İli Milli Eğitim M¼d¼rl¼đ¼' nden izin alınmıştır (EK 2). Alınan onayla Başöğretmen Atatürk İlköğretim Okulu, Atatürk İlköğretim Okulu, Hanım Ömer ağıran İlköğretim Okulu, Meryem Mustafa Ege İlköğretim Okulu ve İstiklal İlköğretim Okulu' nda uygulamalar gerçekleştirilmiştir.

DEHB tanısı almış çocukların annelerine uygulamaların yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Başhekimliği etik kurulundan izin alınmıştır (EK 2). Araştırma, ilgili hastanenin ocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran DEHB tanısı almış çocukların anneleri ile gerçekleştirilmiştir.

Yeterli örneklem sayısına ulaşılamayınca Muratpaşa Rehberlik ve Araştırma Merkezi olarak "Hiperaktif Annesi Olmak" konulu seminer için kaymakamlık onayı alınmıştır (EK 2). Alınan onay doğrultusunda Hanım Ömer ağıran İlköğretim Okulu Toplantı Salonu' nda araştırmacı tarafından seminer gerçekleştirilmiştir. Seminere gelen ve araştırmaya gön¼ll¼ katılmak isteyen annelere uygulamalar yapılmıştır.

Araştırmaya gön¼ll¼ olarak katılmak isteyen anneler bilgilendirilmiş, "Onam "Formu" imzalatılarak araştırma için yasal izin alınmıştır. Katılımcıların onam formunu imzalamalarından sonra annelerin doldurması gereken "Bilgi Formu", "Beck Depresyon Ölçeği" ve "Yakın İlişkilerde ok Boyutlu Başa ıkma Ölçeği" ölçeklerinden oluşan ölme seti annelere verilmiştir. Ölçme setleri annelere teslim edilirken kimlik bilgilerinin ve yanıtlarının kesinlikle gizli kalacağı açıklanmış ve anket formlarını içtenlikle doldurmaları istenmiş, zorlandıkları maddelerde ise açıklamalarda bulunulmuştur.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizi istatistik paket programlarından SPSS kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada DEHB' li çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri arasında fark olup olmadığını incelerken, parametrik teknikler için yeterlilik olup olmadığının sınanmasında “Kolmogorov Smirnov Analizleri” kullanılmıştır. Normallik varsayımının karşılandığı gözlenerek analizlerde bağımsız örneklemeler için “*t*-testi” kullanılmıştır. DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemleri arasında farkın olup olmadığının incelenmesi için önce normallik varsayımının karşılanıp karşılanmadığının değerlendirilmesi için “Kolmogorov Smirnov Analizleri” kullanılmış, normalliğin karşılandığı alanlar için “*t*-testi”, normalliğin karşılanmadığı alan için “Mann Whitney *U* Testi” kullanılmıştır. DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesinde, normalliğin karşılandığı bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişki “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu” ile incelenirken, normalliğin karşılanmadığı bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişki “Spearman Brown Katsayısı” ile incelenmiştir. DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemlerinin depresyon düzeylerini yordayıp yordamadığının belirlenmesi “Çoklu Doğrusal Regresyon Modeline” göre incelenmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada yer alan değişkenlerin incelenmesinde kullanılan istatistiksel analizlerin sonuçları sunulmuştur.

4.1. Betimsel Bulgular

Araştırmaya katılan normal gelişime sahip çocukların annelerinin doğum yılı aralığı 1958 ile 1981 arasında değişmektedir. DEHB olan çocukların annelerinin doğum yılı aralığı ise 1960 ile 1985 arasında değişmektedir. DEHB olan çocukların annelerinin ortalama doğum yılı 1972, normal gelişimi olan çocukların annelerinin ortalama doğum yılı 1974' tür. Araştırmaya katılan annelerin yaş aralığı Tablo 4.1' de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Doğum Yılı Aralıkları

Çalışma Grubu	N	Minimum	Maksimum	Ortalama
Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	1958.00	1981.00	1972.0
DEHB' li çocuk annesi	47	1960.00	1985.00	1974.3

Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde, DEHB olan çocukların annelerinin %42.6' sının (n=20), normal gelişimi olan çocukların annelerinin ise %46.7' sinin (n=56) ortaöğretim mezunu olduğu görülmüştür. Bunu, DEHB olan çocukların annelerinde %36.2 (n=17) ve normal gelişim gösteren çocukların annelerinde %21,7' lik (n=26) oran ile

ilköğretim mezuniyeti izlemektedir. Normal gelişime sahip çocukların annelerinin, üniversite ve yüksek lisans mezuniyetlerinin daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeylerine ilişkin bilgiler Tablo 4.2’ de verilmiştir.

Tablo 4.2: DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Eğitim Düzeyleri

Mezuniyet Durumu	Çalışma Grubu	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
İlköğretim	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	26	21.7	21.7	21.7
	DEHB’ li çocuk annesi	17	8.9	36.2	36.2
Ortaöğretim	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	56	46.7	46.7	68.3
	DEHB’ li çocuk annesi	20	10.5	42.6	78.7
Üniversite	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	33	27.5	27.5	95.8
	DEHB’ li çocuk annesi	9	4.7	19.1	97.9
Yüksek Lisans	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	4	3.3	3.3	99.2
	DEHB’ li çocuk annesi	1	.5	2.1	100.0
Diğer	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	1	.8	.8	100.0
	DEHB’ li çocuk annesi	.0	.0	.0	.0

Araştırmaya katılan annelerin gelir dağılımları incelendiğinde; DEHB olan çocukların annelerinin gelir düzeylerinin en çok %29.8 (n=14) ile 1001-1500 TL aralığında, en az ise %10.6 (n=5) ile 1501-2000 TL aralığında olduğu, normal gelişimi olan çocukların annelerinin gelir düzeylerinin en çok %34.2 (n=41) ile 1001-1500 TL aralığında, en az ise %11.7 (n=14)

ile 500-1000 TL aralığında olduğu görülmektedir. Tablo 4.3 incelendiğinde araştırmaya katılan anne gruplarının birbirine yakın ekonomik düzey sergilediği söylenebilir.

Tablo 4.3: DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Ekonomik Düzeyleri

Gelir Düzeyi	Çalışma Grubu	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
500-1000 TL	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	14	11.7	11.7	11.7
	DEHB' li çocuk annesi	11	5.8	23.4	23.4
1001-1500 TL	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	41	34.2	34.2	45.8
	DEHB' li çocuk annesi	14	7.3	29.8	53.2
1501-2000 TL	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	34	28.3	28.3	74.2
	DEHB' li çocuk annesi	5	2.6	10.6	63.8
2001-2500 TL	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	16	13.3	13.3	87.5
	DEHB' li çocuk annesi	8	4.2	17.0	80.9
2501-.....TL	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	15	12.5	12.5	100.0
	DEHB' li çocuk annesi	9	4.7	19.1	100.0

Araştırmaya katılan DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin medeni durumları incelendiğinde, normal gelişim gösteren çocukların annelerinin evlilik birliğinin %97 (n=117) oranında devam ettiği, bu durumun %85.1 (n=40) oranında DEHB' li çocuğa sahip annelerde de yüksek oranda olduğu görülmüştür. Eşten ayrı yaşama normal gelişimi olan çocukların annelerinde görülmezken, DEHB olan çocukların anneleri %2.1' i (n=1) oranında eşinden ayrı yaşamaktadır. Boşanma durumu da DEHB olan

çocukların annelerinde %10.6 (n=5) ile daha çok görülmekte, normal gelişim gösteren çocukların annelerinde boşanma oranının ise %2,5 (n=3) olduğu bulunmuştur. DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin medeni durumunu gösteren Tablo 4.4 aşağıdaki gibidir.

Tablo 4.4: DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Medeni Durumları

Medeni Durumu	Çalışma Grubu	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Evli	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	117	97.5	97.5	97.5
	DEHB' li çocuk annesi	40	20.9	85.1	85.1
Ayrı Yaşıyor	Normal gelişim gösteren çocuk annesi				
	DEHB' li çocuk annesi	1	.5	2.1	87.2
Boşanmış	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	3	2.5	2.5	100.0
	DEHB' li çocuk annesi	5	2.6	10.6	97.9
Dul	Normal gelişim gösteren çocuk annesi				
	DEHB' li çocuk annesi	1	.5	2.1	100.0

Araştırmaya katılan annelere ilaç kullanmayı veya sürekli tedavi olmayı gerektiren rahatsızlıklarının olup olmadığı sorulduğunda, DEHB olan çocukların anneleri %36.2 (n=17) oranında rahatsızlıklarının veya ilaç kullanma durumlarının olduğunu ifade ederken bu oran normal gelişimi olan çocukların annelerinde %12.5 (n=15) oranındadır. Tablo 4.5' teki sonuçlar değerlendirildiğinde, DEHB olan çocukların annelerinde ilaç kullanımı ve sürekli tedavi olmayı gerektiren rahatsızlığın daha yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5: DEHB Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Sürekli Tedavi veya İlaç Kullanmayı Gerektirecek Rahatsızlık Durumu

İlaç tedavisi/ Rahatsızlık	Çalışma Grubu	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
var	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	15	12.5	12.5	12.5
	DEHB' li çocuk annesi	17	8.9	36.2	36.2
yok	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	105	87.5	87.5	100.0
	DEHB' li çocuk annesi	30	15.7	63.8	100.0

Araştırmaya katılan DEHB olan çocukların annelerinin %57.4' ü (n=27) çocuklarında DEHB' nin dikkatsizliğin önde geldiği tipin görüldüğünü ifade etmişlerdir. Bunu %23,4 (n=11) ile hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip, %19.1 (n=9) ile bileşik tip takip etmektedir. Tablo 4.6' da araştırmaya katılan annelerin DEHB' li çocuklarında görülen tiplere ilişkin oranlar verilmiştir.

Tablo 4.6: DEHB Olan Çocuklarda Görülen Tip

DEHB Tipi	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Bileşik Tip	9	4.7	19.1	19.1
Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip	27	14.1	57.4	76.6
Hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip	11	5.8	23.4	100.0
Toplam	47	24.6	100.0	

Araştırmaya katılan DEHB olan çocukların annelerinin %55.3'ü (n=26) çocuklarının ilaç kullandığını belirtmişlerdir. İlaç tedavisinin uygulanma durumuna ilişkin oranlar Tablo 4.7' de verilmiştir ve bu oranların birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7: DEHB Olan Çocukların İlaç Kullanma Düzeyleri

İlaç Kullanımı	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Evet	26	13.6	55.3	55.3
Hayır	21	11.0	44.7	100.0
Toplam	47	24.6	100.0	

Tablo 4.8 incelendiğinde, çocuklarına DEHB tanısı konduktan sonra bozukluk hakkında bilgilendirmenin yapıldığı araştırmaya katılan annelerin %68.1'i (n=32) tarafından ifade edilmiştir.

Tablo 4.8: DEHB Tanısı Konulduktan Sonra Annelerin Bozuklukla İlgili Bilgilendirilme Düzeyleri

Bilgilendirme Yapıldı	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Evet	32	16.8	68.1	68.1
Hayır	15	7.9	31.9	100.0
Toplam	47	24.6	100.0	

Araştırmaya katılan DEHB tanısı alan çocuklar için Rehberlik ve Araştırma Merkezi ve/veya okulda bir eğitim tedbiri alınıp alınmadığı sorulduğunda, annelerin %63.8'i (n=30) bir eğitim tedbirinin alınmadığını ifade etmişlerdir. Tablo 4.9' da oranlar verilmiştir.

Tablo 4.9: DEHB Tanısı İle İlgili Olara Rehberlik ve Araştırma Merkezi/Okul Tarafından Eğitim Tedbirinin Alınıp Alınmadığı

RAM' da eğitim tedbiri alındı	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Evet	17	8.9	36.2	36.2
Hayır	30	15.7	63.8	100.0
Total	47	24.6	100.0	

Araştırmaya katılan DEHB tanılı çocukların annelerinin %23.4' ü (n=11) çocuklarına DEHB' nin yanında tedavi gerektiren başka bir rahatsızlığı daha olduğunu ifade ederken, %76.6' sı (n=36) tedavi gerektiren başka bir rahatsızlığı olmadığını bilgisini vermişlerdir.

Tablo 4.10: DEHB Tanısı Konan Çocuğu Tedavi Gerektiren Başka bir Rahatsızlığının Olup Olmadığı Durumu

DEHB' nin yanında başka bir bozukluk	Frekans (n)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Evet	11	5.8	23.4	23.4
Hayır	36	18.8	76.6	100.0
Toplam	47	24.6	100.0	

Son olarak DEHB tanısı almış olan çocukların annelerine ailelerinde DEHB tanısı almış başka biri var mı sorusuna %80.9 (n=38) oranında olmadığı cevabını vermişlerdir. Tablo 4.11' de ilgili oranlar verilmiştir.

Tablo 4.11: Ailede DEHB Tanısı Almış Başka Bir Bireyin Olup Olmama Durumu

Ailede DEHB olan biri var mı?	Frekans (N)	% Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Evet	9	4.7	19.1	19.1
Hayır	38	19.9	80.9	100.0
Toplam	47	24.6	100.0	

4.2. Genel Bulgular

4.2.1. DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri Arasındaki Farklıklar

Araştırmanın ilk alt problemi “DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri arasında önemli bir farklılık var mıdır?” olarak ifade edilmiştir. Bu alt problemi incelemek amacıyla öncelikle parametrik teknikler için yeterlilik olup olmadığına yönelik normallik varsayımı sınanmıştır. Normallik varsayımının incelendiği Kolmogorov Smirnov analizleri sonucunda DEHB olan çocukların anneleri için (Kolmogorov Smirnov $Z= 1.130$, $p= .155$) ve normal gelişim gösteren çocukların anneleri için (Kolmogorov Smirnov $Z= 1.327$, $p= .059$) normallik varsayımının karşılandığı gözlenerek analizlerde bağımsız örneklem için t -testi analizleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.12’ de sunulmuştur.

Tablo 4.12: DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeylerine Ait *t*-Testi Sonuçları

Anne	<i>n</i>	Ort.	ss.	<i>t</i>	sd	<i>p</i>	Cohen <i>d</i>
DEHB’li çocuk annesi	47	14.54	7.98	3.95	165	.000*	.42
Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	10.07	5.93				
Toplam	167	11.32	6.85				

* $p < .05$

DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin depresyon düzeylerine ait bağımsız örneklemeler için *t*-testi sonuçları incelendiğinde, önemli bir farkın var olduğu anlaşılmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre DEHB’li çocuk annelerinin depresyon düzeylerinin (Ort.= 14.54, ss.= 7.98) normal gelişim gösteren çocuklu annelerin depresyon düzeylerinden (Ort.= 10.07, ss.= 5.93) önemli düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{165} = 3.95$, $p = .000$). Hesaplanan etki büyüklüğü değerine göre (Cohen $d = .42$) DEHB’li çocuk anneleri ile normal gelişim gösteren çocuk annelerinin depresyon düzeyleri arasındaki farka ait varyansın %42’si açıklanabilmektedir.

4.2.2. DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki Farklılıklar

Araştırmanın ikinci alt problemi “DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemleri arasında önemli farklılıklar var mıdır?” olarak belirlenmiştir. Bu alt problemi incelemeye önce normallik varsayımının her değişken için karşılanıp karşılanıp karşılanmadığı Kolmogorov Smirnov analizleriyle incelenmiştir. Normallik varsayımının incelendiği analizler sonucunda, DEHB’li çocuğu olan annelerin İlişkiye Odaklanma (Kolmogorov Smirnov $Z = .837$, $p = .485$), Olumsuz ve Edilgen Başa Çıkma (Kolmogorov Smirnov $Z = .588$, $p = .879$), Dışsal Destek Arama (Kolmogorov Smirnov $Z = .119$, $p = .812$), Olumlu ve Etkin Başa Çıkma (Kolmogorov Smirnov $Z = .851$, $p = .465$), Kendini Destekleme (Kolmogorov Smirnov $Z = .616$, $p = .842$), Geri Çekilme (Kolmogorov Smirnov $Z = .700$, $p = .711$), İnkâr/Erteleme (Kolmogorov Smirnov $Z = .882$, $p = .418$), Dine

Tutunma (Kolmogorov Smirnov $Z = .981$, $p = .291$) ve Mizah (Kolmogorov Smirnov $Z = 1.136$, $p = .152$) alanlarında normalliğin karşılandığı ancak Alkol/İlaç Kullanma (Kolmogorov Smirnov $Z = 2.454$, $p = .000$) normalliğin karşılanmadığı belirlenmiştir. Bunun üzerine DEHB’li çocuklu anneler ile normal gelişim gösteren çocuklu anneler arasındaki farklılıkta Alkol/İlaç Kullanma’da Mann Whitney U testi diğer alanlarda ise bağımsız örneklem için t -testi analizleri kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.13: DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Arasında Farklılıklara Ait t -Testi

Stres alanı	Anne	n	Ort.	ss.	t	sd	p	Cohen d
İlişkiye odaklanma	DEHB’li çocuk annesi	47	22.80	5.53	.660	165	.510	-
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	23.43	5.48				
Olumsuz edilgen başa çıkma	DEHB’li çocuk annesi	47	27.48	9.72	2.395	165	.018*	.24
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	23.90	8.25				
Dışsal destek arama	DEHB’li çocuk annesi	47	35.68	6.02	1.025	165	.307	-
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	36.95	7.60				
Olumlu etkin başa çıkma	DEHB’li çocuk annesi	47	57.12	9.12	2.531	165	.012*	.25
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	60.80	8.17				
Kendini destekleme	DEHB’li çocuk annesi	47	20.40	4.89	2.065	165	.040*	.19
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	21.96	4.18				
Geri çekilme	DEHB’li çocuk annesi	47	25.36	6.89	2.273	165	.024*	.22
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	22.77	6.50				
İnkâr erteleme	DEHB’li çocuk annesi	47	9.97	5.13	.700	165	.485	-
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	9.40	4.66				
Dine tutunma	DEHB’li çocuk annesi	47	11.34	3.81	.390	165	.697	-
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	11.62	4.39				
Mizah	DEHB’li çocuk annesi	47	3.70	2.39	.942	165	.347	-
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	4.15	2.89				

* $p < .05$

Tablo 4.13'te DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemleri arasında farklılıklara ait *t*-testi sonuçları yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre İlişkiye Odaklanma ($t_{165} = .660$, $p = .510$), Dışsal Destek Arama ($t_{165} = 1.025$, $p = .307$), İnkâr/Erteleme ($t_{165} = .700$, $p = .485$), Dine Tutunma ($t_{165} = .390$, $p = .697$) ve Mizah ($t_{165} = .942$, $p = .347$) alanlarında DEHB'li çocuk anneleri ile normal gelişim gösteren çocuk anneleri arasında önemli farklılıkların bulunmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte DEHB'li çocuk annelerinin Olumsuz Edilgen Başa Çıkma düzeylerinin (Ort.= 27.48, ss.= 9.72) normal gelişim gösteren çocuk annelerinin Olumsuz Edilgen Başa Çıkma düzeylerinden (Ort.= 23.90, ss.= 8.25) önemli düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{165} = 2.395$, $p = .018$). DEHB'li çocuk annelerinin Olumlu Etkin Başa Çıkma düzeyleri ise (Ort.= 57.12) normal gelişim gösteren çocukların annelerine göre (Ort.= 60.80, ss.= 8.17) önemli düzeyde daha düşüktür ($t_{165} = 2.531$, $p = .012$). Benzer olarak DEHB'li çocuk annelerinin Kendini Destekleme Düzeyleri de (Ort.= 20.40, ss.= 4.89) normal gelişim gösteren çocuk annelerine göre (Ort.= 21.96, ss.= 4.18) önemli düzeyde daha düşük olarak belirlenmiştir ($t_{165} = 2.065$, $p = .040$). Geri Çekilme alanında ise, DEHB'li çocuk annelerinin ortalama puanlarının (Ort.= 25.36, ss.= 6.89) normal gelişim gösteren annelerin ortalama puanlarına göre (Ort.= 22.77, ss.= 6.50) önemli düzeyde daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($t_{165} = 2.273$, $p = .024$). Önemli farklılıkların belirlendiği alanlarda etki büyüklüklerinin .19-.24 düzeyinde oldukları hesaplanmıştır. DEHB'li çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma alanlarından Alkol/İlaç Kullanımdaki farklılıklar normallik varsayımının karşılanmamasından dolayı Mann Whitney *U* testiyle incelenerek elde edilen sonuçlar Tablo 4.14 te sunulmuştur.

Tablo 4.14: DEHB Olan Çocukların Anneleri İle Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinden Alkol İlaç Kullanımdaki Farklılıklara Ait Mann Whitney U Testi Sonucu

Stres alanı	Anne	<i>n</i>	Sıra ort.	Sıra toplam	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Alkol ilaç kullanma	DEHB’li çocuk annesi	47	98.61	4634.50	2133.50	3.702	.000*
	Normal gelişim gösteren çocuk annesi	120	78.28	9393.50			

* $p < .05$

DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemlerinden Alkol/İlaç Kullanımdaki farklılıklara ait Mann Whitney *U* testi yapılarak incelendiğinde DEHB’li çocuklu annelerin Alkol/İlaç Kullanma düzeylerinin (Sıra ort.= 98.61) normal gelişim gösteren çocuk annelerine göre (Sıra ort.= 78.28) önemli düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($U = 2133.50$, $p = .000$).

4.2.3. DEHB Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Araştırmanın üçüncü alt problemi “DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma alanları ile depresyon düzeyleri arasında önemli ilişkiler bulunmakta mıdır?” şeklindedir. DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma alanlarından, araştırmanın ikinci alt probleminin incelenmesi sırasında, Alkol/İlaç Kullanmada normallik varsayımının karşılanmadığı bununla birlikte diğer tüm alanların normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmanın ilk problemindeki bulgulara DEHB’li çocukları olan annelerin depresyon ortalama puanlarının normallik gösterdiği belirlenmiştir. Bu sebeple de stresle başa çıkma alanlarından Alkol/İlaç Kullanma hariç diğer tüm alanlarla depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiler Pearson Momentler çarpımı korelasyonla incelenirken Alkol/İlaç Kullanımı ile depresyon arasındaki ilişki Spearman Brown katsayısı kullanılarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 4.15: DEHB Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Stres Alanı	Depresyon	
	<i>R</i>	<i>p</i>
İlişkiye odaklanma	-.28*	.000
Olumsuz edilgen başa çıkma	.59*	.000
Dışsal destek arama	-.12	.125
Olumlu etkin başa çıkma	-.38*	.000
Kendini destekleme	-.29*	.000
Geri çekilme	.38*	.000
İnkâr erteleme	.28*	.000
Dine tutunma	.028	.721
Mizah	-.043	.580

* $p < .006$

İkili ilişkiler incelenirken önem düzeyinde Bonferroni düzeltilmesi yapılarak birinci tip hatanın engellenmesi hedeflenmiştir. Yapılan düzeltme sonucunda önem düzeyi olarak düşünülen .05 ikili ilişki sayısına bölünmesiyle ($.05/9 = .006$) belirlenmiştir. Yeniden düzenlenen önem düzeyi olarak .006 alındığında dokuz ikili ilişkiden altısının önemli olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre DEHB’li çocuklu annelerin depresyon düzeyleri onların İlişkiye Odaklanmayla $-.28$ ($r^2 = .08$), Olumsuz Edilgen Başa Çıkmayla $.59$ ($r^2 = .35$), Olumlu Etkin Başa Çıkmayla $-.38$ ($r^2 = .14$), Kendini Desteklemeyle $-.29$ ($r^2 = .08$), Geri Çekilmeyle $.38$ ($r^2 = .14$) ve İnkâr Ertelemeyle $.28$ ($r^2 = .08$) ilişkilendirirken, Dışsal Destek ($-.12$), Dine Tutunma ($.028$) ve Mizahla ($-.043$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilendirmediği bulunmuştur. Spearman Brown katsayısı kullanılarak DEHB bozukluğu olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri ve Alkol/İlaç Kullanma düzeyleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmıştır ($.093$).

4.2.4. DEHB Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Depresyon Düzeylerini Yordaması

Araştırmanın son alt problemi “DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma yöntemleri depresyon düzeylerini yordamakta mıdır?” olarak ifade edilmiştir. Bu alt problemi incelerken Alkol/İlaç Kullanımında normallik varsayımının karşılanmamasından dolayı bağımsız değişken seti olan stresle başa çıkma alanları arasında Alkol/İlaç Kullanımı çoklu doğrusal regresyon modeline alınamamıştır. Araştırmanın üçüncü alt probleminde ise Dışsal Destek Arama, Dine Tutunma ve Mizahın depresyonla önemli düzeyde ilişkilenmediği belirlenmiştir. Bu sebeple de Dışsal Destek Arama, Dine Tutunma ve Mizah değişkenleri de bağımsız değişken setinden çıkarılmıştır. Sonuç olarak çoklu regresyon modelinde stresle başa çıkma alanlarından İlişkiye Odaklanma, Olumsuz Edilgen Başa Çıkma, Olumlu Etkin Başa Çıkma, Kendini Destekleme, Geri Çekilme ve İnkâr Erteleme bağımsız değişkenler setini oluştururken depresyon ise bağımlı değişkeni oluşturmuştur. Çoklu regresyon analizi sonucunda elde edilen istatistiksel çıktılar Tablo 4.16’da yer almaktadır.

Tablo 4.16: DEHB Olan Çocukların Annelerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Depresyon Düzeylerini Yordamasına Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

	Standartlaştırılmamış katsayılar		Standartlaştırılmış katsayılar	<i>t</i>	<i>p</i>	%95 Güven Aralığı	
	B	Standart hata	Beta			Alt sınır	Üst sınır
Sabit	14.184	3.661		3.874	.000*	6.954	21.414
İlişkiye Odaklanma	-.057	.089	-.045	.637	.525	-.232	.119
Olumsuz Edilgen	.315	.061	.406	5.152	.000*	.194	.436
Başa Çıkma							
Olumlu Etkin Başa	-.184	.062	-.231	2.957	.004*	-.307	-.061
Çıkma							
Kendini Destekleme	-.118	.122	-.077	.974	.332	-.358	.122
Geri Çekilme	.106	.082	.104	1.293	.198	-.056	.269
İnkâr Erteleme	.173	.109	.121	1.584	.115	-.043	.388

* $p < .050$

Çoklu regresyon modelinde DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma alanlarından İlişkiye Odaklanma, Olumsuz Edilgen Başa Çıkma, Olumlu Etkin Başa Çıkma, Kendini Destekleme, Geri Çekilme ve İnkâr Ertelemenin depresyon üzerindeki yordayıcı etkileri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre bağımsız değişken setinin bağımlı değişken seti üzerindeki etkilerinin önemli olduğuna ulaşılmıştır ($F_{6-160} = 20.563$, $p = .000$). Bağımsız değişken seti bağımlı değişkende varyansın %44'ünü ($R^2 = .435$) açıklamada yeterlilik göstermektedir. Analiz sonucunda elde edilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre (β) Olumsuz Edilgen Başa Çıkma (.41), Olumlu Etkin Başa Çıkma (-.23), İnkâr Erteleme (.12), Geri Çekilme (.12), Kendini Destekleme (.07) ve İlişkiye Odaklanma (-.05) olarak sıralandığı belirlenmiştir. Bu sıralamada ulaşılan standartlaştırılmış regresyon katsayılarının önemli olup olmadıklarını incelemek amacıyla t -testi sonuçları incelendiğinde Olumsuz Edilgen Başa Çıkma ($t = 5.152$, $p = .000$) ve Olumlu Etkin Başa Çıkma ($t = 2.957$, $p = .004$) önemli oldukları, bununla birlikte İlişkiye odaklanma ($t = .637$, $p = .525$), Kendini Destekleme ($t = .974$, $p = .332$), Geri Çekilme ($t = 1.293$, $p = .198$) ve İnkâr Erteleme ($t = 1.584$, $p = .115$) alanlarında önemli olmadığı belirlenmiştir. Önemli birer yordayıcı oldukları belirlenen Olumsuz Edilgen Başa Çıkma ile Olumlu Etkin Başa Çıkma değişkenlerine ait standartlaştırılmış regresyon katsayılarının %95 güven aralığında kalması bu iki değişkenin yeterli birer yordayıcı olduklarına kanıt olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak Olumsuz Edilgen Başa Çıkmanın depresyonun pozitif yönde önemli açıklayıcısı olduğu, Olumlu Etkin Başa Çıkmanın ise depresyonun negatif yönde önemli yordayıcı olduğu tespit edilmiştir.

BÖLÜM V

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular, alanyazın doğrultusunda yorumlanmış ve buna dayanarak öneriler sunulmuştur.

5.1 Sonuç ve Tartışma

DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin depresyon düzeylerine ait bağımsız örneklemeler için *t*-testi sonuçları incelendiğinde, DEHB olan çocukların annelerinin depresyon düzeyinin normal gelişim gösteren çocuklu annelerin depresyon düzeyinden önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri arasındaki farka ait varyansın %42 olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen bu bulgular, alanyazından elde edilen sonuçlarla aynı doğrultudadır (Schatz, 2009, s. 31; Tzang, Chang ve Liu 2009, s. 323; Gerdes, Hoza, Arnold, Pelham, Swanson, Wigal ve Jensen, 2007, s. 711) Durukan, Erdem, Tufan, Cöngöloğlu, Yorbık ve Türkbay (2008, s. 221)' ın yapmış oldukları araştırmada da, DEHB'li çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

DEHB olan çocukların anneleri, anababalık görevlerini yerine getirirken normal gelişimi olan çocukların annelerine göre daha çok stres faktörlerine maruz kalmaktadırlar. Araştırmalar, DEHB' nin anne ve babalar için önemli bir stres faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (Theule, Wiener, Rogers ve Marton, 2011, s. 644; Kadesjö, Stenlund, Wells, Gilberg ve Hägglöf, 2002, s.194). Anneler, DEHB olan çocuklarda görülen aşırı hareketliliği, dikkat bozukluklarını, dürtüsel davranışları ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan akademik başarısızlıkları, sosyal uyum güçlüklerini ve aile içi problemleri, ilaç tedavisi veya psikososyal müdahaleler olmadan kontrol altına almada güçlük yaşamaktadırlar. Özellikle çocukta tanılanmış olan DEHB' nin şiddeti, annelerin yaşadıkları stres ve depresyon düzeyini

doğrudan etkilemektedir (Tzang, Chang ve Liu 2009, s. 324; Vitanza ve Guarnaccia, 1999, s.39; McLaughlin ve Harrison, 2006, s. 86). Bauman ve arkadaşlarının (2004, s.94) yapmış oldukları araştırmada, annelik depresif semptomolojisi ile DEHB olan çocukların annelerinin geniş anlamda dışsallaştırılmış ve içselleştirilmiş davranışları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Annelerin DEHB olan çocuklarını yetiştirirken karşılaştıkları güçlükler, DEHB'nin şiddeti veya sosyal desteğin düzeyi annelerin yeterlilikleri konusunda olumsuz düşünceleri olmasına neden olmakta (McLaughlin ve Harrison, 2006, s. 86) ve annelerin duygudurumlarına etkiye bulunmaktadır. DEHB olan çocukların ailelerinde depresyon düzeyinin yüksek olduğunu gösteren araştırmaların yanı sıra anksiyete ve duygudurum bozukluklarının, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu ya da özelliği, kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda olduğunu gösteren araştırmalar da söz konusudur (Güçlü ve Erkiran, 2004, s. 38-39; Güçlü ve Erkiran, 2005, s.20-22).

DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma alanları arasındaki farklılıklara ait *t*-testi sonuçlarına göre, İlişkiye Odaklanma, Dışsal Destek Arama, İnkâr/Erteleme, Dine Tutunma ve Mizah alanlarında DEHB bozukluğu olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların anneleri arasında önemli farklılıklar olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte DEHB olan çocukların annelerinde Olumsuz Edilgen Başa Çıkma düzeyinin, normal gelişimi olan çocukların annelerine göre önemli düzeyde daha yüksek iken, Olumlu Etkin Başa Çıkma düzeyinin önemli düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer olarak Kendini Destekleme düzeyi normal gelişim gösteren çocukların annelerine göre daha düşükken, Geri Çekilme alanında DEHB olan çocukların annelerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Alkol/İlaç Kullanımda DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların anneleri arasındaki farklılıklar Mann Whitney *U* testi yapılarak incelendiğinde DEHB olan çocukların annelerinin Alkol/İlaç Kullama düzeylerinin normal gelişim gösteren çocuk annelerine göre önemli düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmalar, DEHB olan ailelerin stres düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Baldwin, Brown ve Milan, 1995, s.156-157; Lanberg ve ark., 2010, s.46; Vitanza ve Guarnaccia, 1999, s.39; Cunningham, 2007, s.65; Anastopoulos, Guevremont, Shelton ve DuPaul, 1992, s.590). Anneler, yaşadıkları strese yönelik olarak çeşitli başa çıkma yöntemleri

kullanılmaktadırlar. Çocuklarında görülen DEHB semptomlarının şiddetine göre yaşadıkları stres ve anneliklerine ilişkin yeterlilik duyguları, kendilerine olan özsaygı (Vitanza ve Guarnaccia, 1999, s. 39-40) annelerin stres ve depresyon düzeylerini etkilemektedir. Bu durumda, çocuklarının davranışlarını kontrol ve düzenlemede yaşanan yetersizlik duyguları, annenin sorun çözme becerilerini olumsuz etkilemektedir (Gerdes, Hoza, Arnold, Pelham, Swanson, Wigal ve Jensen, 2007, s. 712). Araştırmaya katılan DEHB olan çocukların annelerinin kullanmakta oldukları stresle başa çıkma yöntemlerinin duygu odaklı başa çıkma yöntemleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali ve Anisman yapmış oldukları araştırmada da (2002, s.125), depresyon hastalarının duygu odaklı stresle başa çıkma yöntemlerini kullandıklarını bulmuşlardır. Mevcut araştırmada DEHB olan çocukların annelerinin, bireyde içsel bir değişim meydana getiren ve bireyin strese katlanılmasını gerektiğini hissettiği zaman kullandığı duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinden Olumsuz Edilgen Başa Çıkma, Alkol ve İlaç Kullanımı, Geri Çekilme yöntemlerini daha yüksek oranda, Kendini Destekleme yöntemini ise daha düşük düzeyde kullandıkları görülmüştür. Sorun odaklı başa çıkma yöntemi olan Olumlu ve Etkin Başa Çıkma yöntemini ise normal gelişimi olan çocukların annelerine göre daha az kullanılmaktadırlar. Araştırmaya katılan DEHB olan çocukların annelerinin kullandıkları duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin işlevsel olmayan yöntemler olduğunu görmekteyiz. Bu sonucun, DEHB olan çocukların annelerinin karşılaştıkları zorlu yaşantıları yönetmede güçlük yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan DEHB olan çocukların annelerinin Alkol ve İlaç kullanımının normal gelişimi olan çocukların annelerine göre yüksek çıkmasının, stresli yaşantıların neden olduğu kaygı ve depresyona bağlı olarak kendilerini rahatlatma amacıyla madde kullanımına yönelmenin olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca DEHB' nin genetik alt yapısı (Deault, 2010, s. 170) ve DEHB' li bireylerde madde kullanımının sık görüldüğü (Sheppard, Chavira, Azzam, Grados. Uman, Garrido, ve Mathews. 2010, s. 668) dikkate alındığında, annelerde DEHB belirtileri ve madde kullanımına eğilim olabileceği sonucuna ulaşabiliriz.

DEHB olan çocukların annelerinin Olumsuz Edilgen Başa Çıkma ve Geri Çekilme yöntemlerini, normal gelişimi olan çocukların annelerine göre daha çok, Olumlu Etkin Başa Çıkma yöntemini daha az kullanmaları, bu annelerin depresyon düzeylerinin daha yüksek

olması ile ilgili görünmektedir. Kashdan, Jacob, Pelham, Lang, Hoza, Blumenthal ve Gnagy (2004, s. 176)'nın yapmış oldukları araştırmada, annelerin anababalık sosyal streslerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. DEHB olan çocukların anneleri için önemli stres faktörlerinden olan sosyal izolasyonla beraber, kendini suçlama, anababalık görevlerinde yetersizlik, depresyon gibi katakteristikler görülmektedir (Fischer, 1990, s. 338). Ayrıca, depresyonun (Yüksel, 2001, s. 223) sosyal belirtilerinden olan sosyal geri çekilme, yalnızlık, psikolojik belirtilerinden olan umutsuzluk ve çaresizlik ile ilişkili olarak DEHB olan çocukların annelerinin sorunları karşısında umutsuz, çaresiz hissetmelerine, kendilerini sosyal yaşantıdan çekmelerine ve sorunu çözmek adına etkin yöntemler kullanmakta güçlük çekmelerine neden olabilmektedir. Podolski (1999, s. 72) yapmış olduğu tez araştırmasında, DEHB'li çocukların annelerinin bireysel destekten yararlanmaktan daha çok sosyal destekten yararlandıkları sonucuna ulaşmıştır. Mevcut araştırmada da DEHB olan çocukların annelerinin, Kendini Destekleme yerine Dışsal Destek Arama yöntemini daha çok kullandıkları bulunmuştur.

Durukan, Erdem, Tufan, Cöngöloğlu, Yorbık ve Türkbay (2008, s. 222)'ın yapmış oldukları çalışmada, DEHB olan çocukların annelerinin İnkâr yöntemini daha sık kullandıkları sonucuna karşılık, araştırmaya katılan DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkmada İnkâr yöntemini kullanmadıkları, normal gelişimi olan çocukların anneleri gibi çocukları ile yaşadıkları sorunlar karşısında Dine Tutunma, Mizah, İlişkiye Odaklanma ve Dışsal Destek Arama başa çıkma yöntemlerini kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan annelerin %68.1'nin çocuklarındaki bozuklukla ilgili bilgilendirilmiş olmalarının, İnkâr Yöntemini daha az kullanıyor olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Annelerin Dışsal Destek Arama yöntemini kullanmaları ile ilgili olarak farklı araştırmalar değerlendirildiğinde; Durukan, Erdem, Tufan, Cöngöloğlu, Yorbık ve Türkbay (2008, s. 220) da, DEHB olan çocukların anneleri ile karşılaştırma grubunun, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde Yararlı Sosyal Destek Kullanımı ve Duygusal Sosyal Destek Kullanma alt ölçeklerinden elde edilen ortalamaların birbirine yakın olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Dışsal Destek Arama ile ilgili elde edilen sonuçlar, Vitanza ve Guarnaccia (1999, s. 42)'nin yapmış oldukları araştırmanın sonuçları ile örtüşmektedir. Vitanza ve Guarnaccia (1999, s. 42) araştırmalarında, stres ve sosyal destek arasında ters orantıda bir

ilişki bulmuşlardır. Dottan, Triwitz ve Golubchik (2011, s.517)' nin yapmış oldukları araştırmada da sosyal desteğin anababalık yeterlilik duygularını ve anababalığı bir tehdit olarak görmekten daha çok bir meydan okuma şeklinde algılanmasını geliştirdiği sonucuna ulaşmışlardır. Stresle ters oranda ilişki bulunan sosyal destek kullanımında, mevcut araştırmada normal gelişimi olan çocukların anneleri ile DEHB olan çocukların anneleri arasında fark olmaması, kültürel yapıya bağlı olarak ailelerin ve sosyal çevrenin annelere daha çok destek olmaları ile açıklanabilir.

Özdemir, Sezgin, Kaya, ve Receptoğlu (2011; s.421-424)' nun ilköğretim öğretmenlerinin kullandıkları mizah tarzları ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, öğretmenlerin en fazla katılımcı mizah tarzını kullandıkları ve stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama ve kendine güvenli yaklaşımı daha çok tercih ettikleri sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmada, öğretmenlerin mizah tarzları ile stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama yaklaşımı ile pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur. Sümer (2008, s.121)' in yapmış olduğu araştırmada da stresle başa çıkma düzeylerinin mizahla ilişkili bir değişken olduğu, stresle başa çıkmada mizahın etkili bir yol olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmalardan (Özdemir, Sezgin, Kaya, ve Receptoğlu, 2011, s. 422; Sümer, 2008, s. 121) elde edilen veriler, DEHB olan çocukların annelerinin de normal gelişimi olan çocukların anneleri gibi stresle başa çıkma yöntemlerinden mizahı kullanmaları ve dışsal destek aramaları ile ilgili elde edilen sonuçları destekler niteliktedir. Ancak, Özdemir, Sezgin, Kaya, ve Receptoğlu' nun yapmış oldukları araştırma sonucunda elde edilen stresle başa çıkma tarzı olan Kendine Güvenli Yaklaşım ile Mizah Tarzları arasındaki ilişki, DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkmada Mizah kullanımı ve Kendini Destekleme arasındaki ilişki ile örtüşmemektedir. Buradaki farkın, ilgili araştırmalarda ulaşılan örneklemin maruz kaldıkları stres faktörlerinin gündelik olaylarla ilişkili olması, DEHB olan çocukların annelerinin ise sürekli olarak strese neden olan faktörlere maruz kalması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Elde edilen sonuçlara göre DEHB olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri, İlişkiye Odaklanma, Olumsuz Edilgen Başa Çıkma, Olumlu Etkin Başa Çıkma, Kendini Destekleme, Geri Çekilme ve İnkâr/Erteleme ile ilişkilendirirken Dışsal Destek, Dine Tutunma ve Mizah ile önemli düzeyde ilişkilendirmediği bulunmuştur. Spearman Brown katsayısı

kullanılarak DEHB'li çocuklu annelerin depresyon düzeyleri ve Alkol/İlaç Kullanma düzeyleri arasında önemli ilişki olmadığı anlaşılmıştır. Ayrıca, çoklu regresyon modelinde stresle başa çıkma alanlarından İlişkiye Odaklanma, Olumsuz Edilgen Başa Çıkma, Olumlu Etkin Başa Çıkma, Kendini Destekleme, Geri Çekilme ve İnkâr/Erteleme bağımsız değişkenler setini oluştururken, depresyon ise bağımlı değişkeni oluşturmuştur. Çoklu regresyon modelinde DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkma alanlarından İlişkiye Odaklanma, Olumsuz Edilgen Başa Çıkma, Olumlu Etkin Başa Çıkma, Kendini Destekleme, Geri Çekilme ve İnkâr/Ertelemenin depresyon üzerindeki yordayıcı etkileri incelendiğinde, bağımsız değişken setinin bağımlı değişken seti üzerindeki etkilerinin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bağımsız değişken seti bağımlı değişkende varyansın %44'ünü açıklamada yeterlilik göstermektedir. Analiz sonucunda elde edilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre Olumsuz Edilgen Başa Çıkma, Olumlu Etkin Başa Çıkma, İnkâr/Erteleme, Geri Çekilme, Kendini Destekleme ve İlişkiye Odaklanma olarak sıralandığı belirlenmiştir. Bu sıralamada ulaşılan standartlaştırılmış regresyon katsayılarının önemli olup olmadıklarını incelemek amacıyla *t*-testi sonuçları incelendiğinde Olumsuz Edilgen Başa Çıkma ve Olumlu Etkin Başa Çıkma önemli oldukları bununla birlikte İlişkiye Odaklanma, Kendini Destekleme, Geri Çekilme ve İnkâr/Erteleme alanlarında önemli olmadığı belirlenmiştir. Önemli birer yordayıcı oldukları belirlenen Olumsuz Edilgen Başa Çıkma ile Olumlu Etkin Başa Çıkma değişkenlerine ait standartlaştırılmış regresyon katsayılarının %95 güven aralığında kalması, bu iki değişkenin yeterli birer yordayıcı olduklarına kanıt olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, Olumsuz Edilgen Başa Çıkmanın depresyonun pozitif yönde önemli açıklayıcısı olduğu, Olumlu Etkin Başa Çıkmanın ise depresyonun negatif yönde önemli yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin içinde bulundukları stresli durumlara ilişkin geliştirmiş oldukları başa çıkma yöntemleri vardır. Birçok insan kendi kişiliğine ve başa çıkma tarzına göre üzüntü, umutsuzluk ve çaresizlik yaşadığı dönemler geçirir. Bunlar doğal süreçlerdir. Ancak klinik depresyon bunlardan şiddet, süre, insan ilişkileri ve üretkenlik üzerine etkileri yönünden ayrılmaktadır. Klinik depresyonun temel niteliği, olmayan duygudurum, umutsuzluk, karamsarlık ve bunaltı halidir (Yüksel, 2001, s. 209-220). Birey içinde bulunduğu stresli koşullarla başa çıkmada güçlük yaşadığı zaman somatik hastalıklar, sosyal çevre ve genel işlere ilgisizlik, umutsuzluk, kötümserlik, suçluluk duyguları, iştah ve kilo kaybı, uyku

bozuklukları, psikomotor yavaşlama, intihar düşünceleri veya girişimleri depresyon ile birlikte görülebilmektedir. Bu belirtiler bireyin çevresindekilerle olan ilişkisine odaklanmasına, kendisini desteklemesine etkide bulunacak ve sorunu çözme ile ilgili olarak etkin başa çıkma yöntemlerini kullanmasına engel olacaktır. Depresif belirtiler gösteren bireylerin sorunu inkar etmeleri, çözümü ertelemeleri söz konusu olabilmektedir. Depresyonun varlığı veya depresif belirti düzeyinin yüksekliği, stresle başa çıkmada çaresizlik içeren ve pasif başa çıkma tarzlarının kullanımının eğilimini arttırmaktadır. Mevcut araştırmada da DEHB olan çocukların annelerinin depresyon düzeylerinin, yaşadıkları stresli durumlar karşısında İnkâr/Erteleme davranışını gösterme, Geri Çekilme, İlişkiye Odaklanma ve Kendini Destekleme, etkin başa çıkma yöntemlerini kullanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kaya, Genç, Kaya ve Pehlivan' ın (2007, s. 144) tıp fakültesi ve sağlık meslek yüksekokulu öğrencileri ile yapmış oldukları araştırmada, depresyon düzeyleri ile pasif tarz başa çıkma yöntemleri arasında ilişki bulunmuştur. Bu sonuç DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkmada Geri Çekilme, İnkâr/Erteleme, Olumsuz Edilgen Başa Çıkma tarzının depresyon düzeyi ile ilişkili olmasını destekler niteliktedir.

Sosyal destek, sağlıklı davranışların sürekliliğinde önemli bir etmendir ve bireyin yakın çevresinden yardım isteme ve diğerlerinin vereceği desteği kabul etme ile ilgilidir (Doğan, 2008, s. 31). Mevcut araştırmanın bulgularında Dışsal Destek ile DEHB olan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunamaması, Dışsal Destek kullanımında normal gelişimi olan çocukların annelerinden farklı olmaması ile açıklanabilir. Araştırmalar dışsal destek kullanımının depresyon düzeyi ile negatif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Arslantaşı ve Ergin, 2011, s. 142; Özgüven, Soykan, Haran ve Gençöz, 2003, s. 8; Dennis, Heaman ve Vigod, 2012, s.543, Bınar, 2011, s.100). Daha önce tartışıldığı gibi, DEHB olan çocukların anneleri ile normal gelişimi olan çocukların annelerinin Dışsal Destek Arama yöntemini kullanmada birbirine yakın sonuçların olması, annelerin bu başa çıkma yöntemini kullandıklarını göstermektedir.

Araştırmada depresyon ve Dine Tutunma ilişkili bulunmamıştır. Koenig (2009, s.285), din, manevilik ve akıl sağlığı ile ilgili alanyazın araştırması yapmıştır. Buna göre, 2000 yılından bu yana yapılmış olan 100 niceliksel araştırmada din ve depresyon arasında ilişki bulunduğunu, 93 gözlemsel araştırmanın dörtte üçünde depresyon ile din arasında anlamlı bir ilişki, 34 çalışmanın 4' ünde dine bağlılık arttıkça depresyon düzeyinin arttığını, 22 boylamsal

araştırmanın 15 tanesinde de dine tutunma arttıkça depresyon düzeyinin düştüğünü belirtmiştir. Mevcut araştırmadan elde edilen sonuçlar bu verilerle örtüşmezken, Dirik ve Günay (2009, s.27)' ın yapmış oldukları araştırmada psikolojik sıkıntılar ile dindarlık arasında ilişki bulamamaları ile örtüşmektedir. Araştırmada, Dine Tutunma başa çıkma tarzı ile ilgili elde edilen sonucun, dini yaklaşımın yaşam tarzı olarak belirlenmemesi ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmalar (Özdemir, Sezgin, Kaya ve Receptoğlu, 2011; Sümer, 2008), mizah kullanımı ile depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. DEHB olan çocukların annelerinin stresle başa çıkmada Mizah kullanımında, normal gelişimi olan çocukların annelerinden farklı olmamaları ile Mizah ile depresyon arasında ilişki olmamasını açıklar niteliktedir. Buna ek olarak, Dışsal Destek, Dine Tutunma ve Mizah kullanımının depresyon ile ilişkili olmaması kültürel faktörlerle de ilişki olabilir.

DEHB olan çocukların annelerinin Alkol/İlaç kullanımı, normal gelişimi olan çocukların annelerine göre daha yüksek oranda çıkarken, depresyon ile ilişkilenebilmektedir. Durukan ve arkadaşlarının (2008, s. 222) yapmış oldukları araştırmada depresyon ile alkol/madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, mevcut araştırmanın sonuçları ile örtüşmemektedir. Güçlü ve Erkiran (2004, s. 39) yapmış oldukları araştırmada DEHB olan çocukların annelerinde alkol kullanımını anlamlı derecede yüksek bulurken bağımlılık tespit etmemişlerdir. Yine Güçlü ve Erkiran' ın (2005, s.22) yaptıkları başka bir araştırmada DEHB olan çocukların anababalarında alkol ve madde bağımlılığını artan oranda görüldüğünü bulmuşlardır. DEHB olan çocukların annelerinde alkol ve madde kullanımının depresyon, bağımlılık değişkenleri ile ilişkileri araştırmalara göre değişiklik göstermektedir. Mevcut araştırmaya katılan DEHB' li çocuk annelerinin alkol kullanımının, yaşadıkları stresli yaşantılar sonucunda rahatlama ile ilgili olduğu, bağımlı olunan bir madde olmadığı sonucuna ulaşabiliriz.

Stresle başa çıkma yöntemleri, zihinsel yöntemler ve bedensel yöntemler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu yöntemler; sorun içeren ve bu nedenle strese neden olan duruma yani doğrudan strese neden olan olaya yönelmek ve bunlarda değişim yaratmak veya durum değiştirilemeyecekse stres tepkilerine veya duygulara yönelerek duruma ilişkin duyguları değiştirmektedir. Yani problemleri durumu değiştirmeyi amaçlayan ve bu yönde işlev gören

yöntemler *Problem Odaklı Başa Çıkma Yöntemleri*, durum karşısında duygusal ve bilişsel tepkileri değiştirmeyi amaçlayan yöntemler ise *Duygu Odaklı Başa Çıkma Yöntemleridir* (Onbaşioğlu, 2004, s. 103). Mevcut araştırmaya katılan DEHB olan çocuk annelerinin çoğunlukla Duygu Odaklı Başa Çıkma yöntemlerini kullanmaları, DEHB' nin farmakolojik, eğitimsel ve psikososyal müdahaleler ile baş edileceği ancak yaşam boyu devam eden bir bozukluk olduğu bilgisi ile, annelerin çocuklarında tanılanan bozukluğu değiştirmek yerine, duruma ilişkin tepkilerini duygusal ve bilişsel düzeyde değiştirme eğiliminde olmaları ile açıklanabilir. Yaşadıkları stresli yaşantılarla ilişkili olarak depresyon düzeylerinin yüksek olması, duygu odaklı başa çıkma yöntemi olan ve işlevsel olmayan Olumsuz Edilgen Başa Çıkma Yöntemini kullanmaları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. İnkâr/Erteleme, Geri Çekilme yöntemlerinin de depresyon ile ilişkili olduğu araştırma sonucunda bulunmuştur. DEHB olan çocukların annelerinin, normal gelişimi olan çocukların annelerine göre daha düşük düzeyde Kendilerini Desteklemeleri, çocukları ile yaşadıkları stresli durum karşısında kendileri ile ilgili duygusal ve bilişsel yönde değişiklik yapmada yeterli olmadıklarını göstermektedir. Olumsuz Başa Çıkma, annelerin depresyonunu pozitif yönde yordarken, Olumlu Etkin Başa Çıkma da depresyonu negatif yönde yordamaktadır. DEHB olan çocukların anneleri yaşadıkları sorunu değiştirememesi ve buna bağlı olarak değişmeyen durumla başa çıkmada zorlanmaları sonucunda duygulanım bozuklukları yaşayabilmektedirler. Demirtaş (2006, s. 117)' ın ilköğretim öğretmenleri ile yaptığı stresle başa çıkma yöntemleri, ruh sağlığı ve denetim odağı ile ilgili yüksek lisans çalışmasında, öğretmenlerin kabul bilişsel yeniden yapılandırma tarzının, ruhsal sağlık için faktör olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kabul bilişsel yeniden yapılandırma tarzı, problemin kabul edilip, bireyin kendince bilişsel olarak yeni çözüm yolları aramasıdır. Bu tarzda başa çıkma, kişisel olarak durumun değiştirilmesine yönelik bir eylemden daha çok, kişinin bakış açısını vurgulamaktadır. Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali ve Anisman (2002, s.127) yaptıkları araştırmada kontrol grubunun stresle başa çıkmada bilişsel yöntemleri, depresif hastaların ise duygusal ifade ve duygusal sınırlılığı içeren duygusal yöntemleri kullandıklarını bulmuşlardır. Doğan (2008, s. 38) yapmış olduğu araştırmada, kendini yönetmenin depresyon ve anksiyete belirtilerinin negatif yönde yordayıcısı olarak bulmuştur. Kendini yönetme yaşam görevi, bireyin kişisel yüklemeleri yoluyla günlük etkinliklerde olduğu kadar uzun dönemli hedeflerine ulaşma için planlı bir süreci kapsamaktadır (Myers, Sweeney ve Witmer, 2000, s. 253). Sağlıklı bir insanda kendini yönetme, kontrol duygusu, duygusal farkındalık, problem

çözme, stres yönetimi ve başa çıkma gibi davranışları içermektedir. Olumlu başa çıkma yöntemlerinin kullanıldığı kendini yönetme yaşam görevinin depresyonun negatif yönde belirleyici olması, mevcut araştırmada Olumlu ve Etkin Başa Çıkma yönteminin depresyonun negatif yönde yordayıcı olmasını destekler niteliktedir. Akalın' ın (2006, s. 143) yapmış olduğu yüksek lisans çalışmasında da okul öncesi öğretmenlerinin stresle başa çıkma yöntemleri ile ruh sağlığı puanları arasındaki farklar incelendiğinde, depresyona sahip öğretmenlerin dine sığınma ve kaçma duygusal eylemseli kullandıkları sonucuna ulaşmıştır. Dine Sığınma yönteminin kullanılması mevcut araştırmanın sonuçlarına uymamaktadır. Ancak kaçma duygusal eylemselinin kullanılması, DEHB olan çocukların annelerinin olumsuz edilgen baş etme yöntemini kullanmaları ve her iki araştırmada kullanılan yöntemlerin depresyonu yordaması, sonuçların birbirini destekler nitelikte olduğunu göstermektedir.

5.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonucunda yapılacak çalışmalar için belirlenen öneriler aşağıda verilmiştir.

1. Okullarda, DEHB olan çocuklarla birebir ilgilenmekte olan sınıf ve branş öğretmenlerinin, bozukluk hakkında bilgi edinmeleri annelere yaklaşımlarını olumlu düzeyde etkileyecektir. Annelerin çocuklarının okulda yaşadıkları sorunlar karşısında çaresizlik yaşamaları, sınıf ve branş öğretmenlerinin işbirliği ve desteği ile düşük seviyelere inecektir.
2. DEHB olan çocukların anneleri ile görüşürken, okul rehber öğretmenleri, sınıf ve branş öğretmenlerinin, bu annelerin içinde bulundukları duygudurum ve stres faktörlerini göz önünde bulundurarak iletişimde bulunmaları, yaşanan sorunlarda daha yapıcı yaklaşımların sergilenmesine yardımcı olacaktır.
3. Okul psikolojik danışman ve rehber öğretmenlerin, DEHB olan çocukların annelerinin kullandıkları Olumsuz ve Edilgen Başa Çıkma Yöntemleri nedeni ile okula gelmeme, işbirliği kurmama davranışı arasında ilişki olabileceği düşüncesi ile ailelere yaklaşımda çözüme odaklı ve yapıcı yaklaşımlarla Olumlu Etkin Başa Çıkma Yöntemlerini kullanmaları için uygun rehberliğin yapılması yararlı olacaktır.
4. DEHB olan çocuklar akademik, sosyal alanda birçok güçlükler yaşamaktadırlar. Öğrencilerin yaşadığı güçlükler farkında olmak, onlar için okul ve sınıf ortamlarının

düzenlenmesi, sosyal ilişkilerinin düzenlenmesi için uygun rehberlik programlarının uygulanması öğrencilerin yaşayabileceği sorunların azalmasına katkı sağlayacaktır. Okul içinde alınabilecek önlemler, annelerin çocuklarının yaşadığı sorunların azalması ile başa çıkmak durumunda kalacakları stres faktörlerinin de azalmasına yardımcı olacaktır.

5. Tıbbi alanyazın araştırmalarında da DEHB olan çocukların annelerinde DEHB belirtilerinin yüksek oranda bulunduğu belirtilmektedir. Okullarda, DEHB olan çocukların anneleri ile işbirliği kurarken bu bilgi göz önünde bulundurularak, psikososyal müdahalelerde yapılandırmanın yapılması yararlı olacaktır. Dikkat ve organizasyon sorunları yaşayan annelerin, çocuklarına yardımcı olmaya çalışırken yaşayabilecekleri sıkıntılar, müdahalelerin somutlaştırılarak yapılması ile en aza indirgenecektir.
6. Hastanelerde, DEHB tanısı konan çocukların annelerinin de DEHB belirtileri açısından incelenmesi ve gerekli tedavilerin uygulanması, annelerin çocuklarının yaşadıkları sorunlar ve bunlarla başa çıkmada kendilerinin içinde bulundukları güçlükleri daha kolay aşmalarına, sağlıklı başa çıkma stratejileri belirlemelerine yardımcı olacaktır.
7. DEHB olan çocukların annelerinin, çocukların tedavisi için devam ettikleri hastanelerin psikiyatri polikliniklerinde depresyon ve diğer ruhsal hastalıklarının değerlendirilmesi, eğer rahatsızlıkları varsa tedavi edilmeleri, annelerin aile işlevlerine ve çocuklarıyla yaşadıkları sorunlarda sağlıklı rehberlik yapmalarına olumlu katkıları olacaktır.

KAYNAKÇA

- Aydın, C. ve Ercan, E.S. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri*. (Genişletilmiş 12. Baskı). İstanbul: Gendaş Kültür.
- Abidin, R.R. (1990). Intruduction To The Special Issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 298-301.
- Akalın, N. (2006). *Okulöncesi Eğitimi Öğretmenlerinin Denetim Odakları Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Ruh Sağlık Düzenekleri*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi, Niğde.
- Akman, S. (2004). Stresin Nedenleri ve Açıklayıcı Kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10, 40-55.
- Alaniz, M.A. (2010). *Report of Stress on Parent and Teacher Ratings of Disruptive Behaviors in a Sample of Mexican American ADHD Children Receiving Social Skills and Parent Traing*. Yayınlanmış Doktora Tezi, Walden University, USA.
- Almacioğlu, D. (2007). *Yönetmel Bir Sorun Olarak Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Öğrencilerden Sınıf ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğretmenleri Tarafından Tanınma Yeterliliklerinden İncelenmesi (Gaziantep İli Örneği)*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Alyanak, F.Ö., Yargıç, İ. ve Oflaz, S. (2011). Genel Psikiyatri Polikliğinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48, 119-124.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı*, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washinton DC, 2000’ den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001, Gözden Geçirilmiş Çeviri, 2. Baskı, 2005.

- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L., DuPaul, G.J.(1992). Parenting Stress Among Families Of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal Abnorm Child Psychol.* 20, 581-596.
- Arı. E, (2006). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Aileleirn Yaşadıkları Kaygı Düzeyi, Algıladıkları Sosyal Destek ve Anababalık Tutumlarının İncelenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Arslantaşı, H. ve Ergin, F. (2011). 50–65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek Ve Etki Eden Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14 (2), 135-144.
- Aydın, H., Diler, R.S., Yurdağül, E., Uğuz, Ş. ve Şeydaoğlu, G. (2006). DEHB Tanılı Çocukların Anababalarında DEHB Oranı. *Klinik Psikiyatri*, 9, 70-74.
- Baldwin, K., Brown, R.T. ve Milan, M.A. (1995). Predictors of Stres In Caregivers Of Attention Deficit Hyperactivity Disordered Children. *The American Journal of Family Therapy*, 23 (2), 49-160.
- Banaschewski, T., M, Neale, B., Rothenberger, A. ve Roessner, V. (2007). Comorbidity Of Tic Disorders & ADHD Conceptual And Methodological Considerations. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, I/5–I/14.
- Banks, T., Nnowski, J.E., Mash, E.J. ve Semple, D.L. (2008). Parenting Behavior And Cognition In A Community Sample Of Mothers With And Without Symptoms Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J, Child Fam Study*, 17, 28-43.
- Barkley, R.A. (2000). Genetics of Childhood Disorders: XVII, ADHD, Part 1: The Executive Functions and ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2). 1064-1068.
- Barkley, R.A. ve Kevin, R. (2006). Attention Deficit Hyperavtivity Disorder A Clinical Workbook (Elektronik Sürüm). (3rd Edition). New York: The Guildford Express.
- Barkley, R.A. ve Murphy, K.R. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, A Clinical Workbook, (Elektronik Sürüm). (3rd edition). New York: Guilford Pres.

- Baumann, B.L., Pelham, W.E.Jr., Lang, A.R., Jacob, R.G. ve Blumenthal, J.D. (2004). The Impact of Maternal Depressive Symptomology on Ratings of Children with ADHD and Child Confederates. *Journal of Emotional And Behavioral Disorders*, 12(2), 90-98.
- Berger, A., Posner M.I. (2000). Pathologies Of Brain Attentional Networks. *Neuroscience And Biobehavioral Review*,. 24, 3–5.
- Bez, Y., Biçer, D. Ve Yöney, T.H. (2010). Stres. İş Stresi ve Sağlık ile Etkileşimleri, *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 1 (1). 56-61.
- Bınar, E.S. (2011). *Sığınmaevinde Kalan Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Biederman J., Spencer T.J., Newcorn J.H., Gao H., Milton D.R., Feldman P.D. ve Witte M.M. (2007). Effect Of Comorbid Symptoms Of Oppositional Defiant Disorder On Responses To Atomoxetine in Children With ADHD: A Meta-Analysis Of Controlled Clinical Trial Data. *Psychopharmacology*, 190, 31–41.
- Bilim ve Sağlık. (t.y.). Erişim: 10 Eylül 2012, <http://www.bilimvesaglik.com/sinir-sistemi/beyni-olusturan-bolumler.html>
- Billingsley-Jackson, K.A. (2008). *Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Personality Characteristics In DSM IV-TR Diagnosed And Symptomatic Samples*. Yayınlanmış Doktora Tezi, Faculty of Pacific Graduate School of Psychology, Redwood City, California.
- Bitsakou, P., Psychogiou, L., Thompson M. ve Sonuga-Barke E.J.S. (2009). Delay Aversion in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: An Empirical Investigation Of The Broader Phenotype. *Neuropsychologia*, 47, 446–456.

- Bondy, E.M. ve Mash, E.J. (1999). Parenting Efficacy, Perceived Control Over Caregiving Failure, And Mothers' Reactions To Preschool Children's Misbehavior. *Child Study Journal*, 29 (3). 157-173.
- Bozbey Akalın, A.O. (2005). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocukların Abla ve Ağabeylerinin Sosyal Beceri Düzeyi ve Kardeş İlişkileri*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Braaten, E., Beiderman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Calhoun, E., Cattan, G. Ve Faraone, S. V. (2003). Revisiting The Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder And Anxiety Disorders: A Familial Risk Analysis. *Biological Psychiatry*, 53 (1). 93-99.
- Brown, T.E. (2009). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Çocuklarda ve Yetişkinlerde Odaklanamayan Zihin*. (E, Çetintaş Sönmez, Çev.). Ankara: ODTÜ Yayıncılık, 2009.
- Büyükşahin, A.,ve Bilecen, N.T. (2007). Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başaçıkma Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Ankara Üniversitesi Dil Tairh ve Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 47 (2), 129-145.
- Camcıoğlu, T. (2009). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Anababalarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Capano L., Minden D., Chen S.X., Schachar R.J. ve Ickowicz, A. (2008). Mathematical Learning Disorder in School-Age Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 53(6), 392-399.
- Chen, M., Seipp, C.M. ve Johnson C. (2008). Mothers' and Fathers' Attributions and Beliefs In Families of Girls and Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*, 39, 85-99.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları* (T. Ergene, Çev.). Ankara: Mentis Yayıncılık,(2005).

- Cormier, E. (2008). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder:A Review and Update. *Journal of Pediatric Nursing*, 23 (5), 345-357.
- Cunningham, C.E. (2007). A Family-Centered Approach to Planning nad Measuring the Outcome of Interventions for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 60-72.
- Çöp, E. (2009). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğun' da Ağır Duygudurum Düzensizliği Yaygınlığı, Eşlik Eden Hastalıklar ve Bilişsel Özellikleri*. Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Deault, L.C. (2010). A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* 41, 168-192.
- Demirtaş, Ç.P. (2006). *İlköğretim Sınıf Öğretmenlerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Ruh Sağlığı ve Denetim Odağının Yönü*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi, Niğde.
- Dennis, C.L., Heaman, M. ve Vigo, S. (2012). Epidemiology of Postpartum Depressive Symptoms Among Canadian Women: Regional and National Results From a Cross-Sectional Survey. *CanJPsychiatry*, 57(9), 537-546.
- Dirik, G. ve Gülay, E. (2009). Dindarlık, Kontrol Odağı ve Psikolojik Sıkıntılar. *Civilacademy*, 7 (1), 48-62.
- Doğan, T. (2008). Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve İyilik Hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30), 30-44.
- Doğangün, B. ve Yavuz, M. (2011). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türk Pediatri Arşivi*, 46, 25-28.
- Drabick, D.A.G., Gadow, K.D. ve Sprafkin, J. (2006). Co-Occurrence Of Conduct Disorder And Depression In A Clinic-Based Sample Of Boys With ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(8), 766-774.

- Dreyer, A.S., O’Laughlin, L., Moore, J. ve Milam, Z. (2010). Parental Adherence to Clinical Recommendations in an ADHD Evaluation Clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (10), 1101-1120.
- Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A.E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö. ve Türkbay, T. (2008). DEHB Olan Çocukların Annelerinde Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Kullanılan Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 217-223.
- Durukan, İ., Erdem, M., Türkbay, T. ve Cöngöloğlu, M.A. (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Klinik Belirtilerinin Annelerinin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları İle İlişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51, 101-104.
- Erkmen, N. ve Çetin, M.Ç. (2008). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 231-242.
- Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y.S. ve Pavel, G. (2011). Predictors Of Stress-Related Growth In Parents Of Children With ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 510-519.
- Fischer, M., (1990). Parenting Stres and the Child With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 337-346.
- Folkman, S. (2010). Stress. Coping, And Hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908.
- Freeman R,D, (2007). Tic Disorders And ADHD: Answersfrom A World-Wide Clinical Dataset On Tourette Syndrome, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, I/15–I/23.
- Gerdes, A.C., Hoza, B., Arnold, L.E., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Wigal, T. ve Jensen, P.S. (2007). Maternal Depressive Symptomology and Parentig Behaviour: Exploring of Possible Mediators. *J. Abnorm Child Psycho*, 35, 705-714.

- Gerdes, A.C. ve Hoza, B. (2006). Maternal Attributions. Affect, and Parenting In Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comparison Families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (3), 346-355.
- Germanò, E. ve Gagliano, A. (2010). Comorbidity of ADHD and Dyslexia. *Developmental Neuropsychology*, 35 (5), 475-493.
- Greenberg, J.S. (2002). *Comprehensive Stress Management*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Anababalarında Psikiyatrik Yüklülük. *Klinik Psikiyatri*, 7, 32-41.
- Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Anababalarında Kişilik Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 8, 18-23.
- Hamarta, E., Arslan, C., Saygın, Y. ve Özyeşil, Z. (2009). Benlik Saygısı ve Akılcı Olmayan İnançlar Bakımından Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa çıkma Yaklaşımlarının Analizi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7 (18), 25-42.
- Hurt, E.A. (2009). *Parenting Behaviour and Cognitions in Families Of Children With ADHD, Child Sprcific Effects on Families-Wide Process*. Yayınlanmış Doktora Tezi, Purdue University, Indiana.
- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J., Loo S., Järvelin M.R. ve Moilanen, I. (2007). ADHD And Comorbid Disorders İn Relation To Family Environment And Symptom Severity. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, 362-369.
- Johnson, C. ve Mash, J.E. (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.
- Kadesjö, C., Stenlund, H., Wels, P., Gillberg, C. ve Hägglöf, B. (2002). Appraisals of Stress in Child-Rearing in Swedish MOthers Pre-schoolers With ADHD. A Questionnaire Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 185-195.

- Kalkan, M. ve Koç, H.E. (2008). Psikolojik Doğum Sırası Bireylerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirleyisi midir? *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (30), 45-56.
- Kandemir, H. (2009). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ailelerinde Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kapalka, G. (2010). *Nutritional and Herbal Therapies for Children and Adolescents* (Elektronik Sürüm). London: Elsevier Inc.
- Kashdan, T.B., Jacob, R.G., Pelham, W.R., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal, J.D. ve Gnagy, E.M. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1), 169-181.
- Kavros. P.M., Clarke, T., Strug, L.J., Halperin, J.M., Dorta, N.J. ve Pal, D.K. (2008). Attention Impairment in Rolandic Epilepsy: Systematic Review. *Epilepsia*, 49(9), 1570–1580.
- Kaya, M., Genç, M. Kaya, B. ve Pehlivan, E. (2007). Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 137-146.
- Keser, N. (2010). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Tanısı Almış Ve Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne Baba Tutumları, Annenin DEHB Belirti Ve Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kılıç, B.Ç., Irak, M., Koçkar, A.İ., Şener, Ş. ve Karakaş, S. (2002). İşaretleme Testi Türk Formu'nun 6-11 Yaş Grubu Çocuklarda Standardizasyon Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 5, 213-228.
- Kılıç, B.G. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nöropsikolojisine İlişkin Kuramlar ve Araştırmalar, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 113-123.

- Koenig, H.G. (2009). Research on Religion, Spirituality and Mental Health: A Review. *Can J Psychiatry*, 54 (5), 283-291.
- Kuntsi, J., Stevenson, J., Oosterlaan, J. ve Sonuga-Barke, E.J.S. (2001). Test–Retest Reliability Of A New Delay Aversion task And Executive Function Measures. *British Journal of Developmental Psychology*, 19, 339–348.
- Lanberg, J.M., Epstein, J.N., Simon, J.O., Loren, R.E.A., Arnold L.E., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Jensen, P.S., Pelham, W.E., Swanson J.M. ve Wigal, T. (2010). Parent Agreement on Ratings of Children’s Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Broadband Externalizing Behaviors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 18(1), 41-50.
- Langberg, J.M., Epstein, J.N., Simon, J.O. ve Loren, R.E.A. (2010). Parent Agreement on Ratings Of Children’s Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Broadband Externalizing Behaviors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 18 (1). 41-50.
- Lazarus. R.S. (1993). From Psychological Stress To The Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Linder, N., Kroyzer, N., Maeir, A., Wertman-Elad, R. ve Pollak, Y. (2010). Do Adhd And Executive Dysfunctions Measured By The Hebrew Version Of Behavioral Rating Inventory Of Executive Functions (Brief). Completely Overlap? *Child Neuropsychology*, 16, 494–502.
- Loo S. K. ve Barkley R.A. (2005). Clinical Utility of EEG in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Applied Neuropsychology*, 12 (2), 64–76.
- Marshall, R., Neill, P. ve Theodosiou, L. (2011). Prevalence Of Attention Deficit Hyperactivity Symptoms in Parents Of Children Diagnosed With The Condition. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 15, 3056-3058.

- Mash, E.J. ve Johnston, C. (1990). Determinants Of Parenting Stress: Illustration From Families Of Hyperactive Children And Families Of Physically Abused Children, *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 313-328.
- Mccleary, L. (2002). Parenting Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Analysis Of The Literature For Social Work Practice. *Health and Social Work*, 27(4), 285-292.
- Mclaughlin, D.P. ve Harrison, C.A. (2006). Parenting Practices Of Mothers Of Children With ADHD: The Role of Maternal and Child Factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (2), 82-88.
- McMahon, W.M., Carter, A.S., Fredine, N. ve Pauls, D.L. (2003). Children at Familial Risk for Tourette's Disorder: Child and Parent Diagnoses. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 121B, 105–111.
- Mitchell, M.M. (2006). *Parents' Stress and Coping With Their Children's Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Yayınlanmış Doktora Tezi, University of Maryland, USA.
- Motavallı Mukaddes, N. (2000). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu. Ö. Polvan (Ed.). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı (s. 82-89). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Myers, J.E., Sweeney, T.J. ve Witmer, J.M. (2000). The Wheels Of Wellness Counseling For Wellness: A Holistic Model For Treatment Planning. *Journal Of Counseling and Development*, 78 (3), 251-266.
- Oğul, M. (2004). Bilişsel Yaklaşım Göre Kontrol Algısı ve Stresle Başa çıkma. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10, 159-163.
- Onbaşıoğlu, M. (2004). Stresle Baş etmede Zihinsel Yöntemler. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10 (34-35), 103-127.
- Öncü, B. Ve Şenol, S. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım, *Klinik Psikiyatri*, 5, 111-119.

- Özcan, C.T. (2002). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarının Anne Babalarının Empati Düzeyleri ile Aile İşlevlerinin İncelenmesi*. Yayınlanmış Doktora Tezi, T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Tıp Akademisi, Ankara.
- Özdemir, S., Sezgin, F., Kaya, Z. ve Recepoğlu, E. (2011). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Stresle Başa Çılma Tarzları ile Kullandıkları Mizah Tarzları Arasındaki İlişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitimi Yönetimi*, 17(3), 405-428.
- Özge, A., Toros, F., Çömelekoğlu, Ü., Kaleağası, H. (2007). Quantitative EEG Analysis in Children with Attention Deficit/Hyperativity Disorders [Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuklarda Kantitatif EEG Analizi]. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 44, 19-27.
- Özgüven, H.D., Soykan, Ç., Haran, S. ve Gençöz, T. (2003). İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (52), 1-11.
- Öztürk, Ö. (2008). *Hiperaktif Çocukların (7-12 Yaş) Sorunlarının Çözümlemesinde ve Akademik Başarısında Aile Tutumlarının Etkisinin Araştırılması*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Patterson, G.R. (1996). Some Characteristics Of A Developmental Theory For Early-Onset Delinquency. M.,F., Lenzenwegwer ve J.J., Haugaard (Ed.). *Frontiers of Developmental Psychopathology* (s. 81-124). [Elektronik Sürüm]. New York: Oxford University Press. Erişim: 26 Aralık 2012, <http://www.calstatela.edu/faculty/meisen/Patterson.pdf>
- Podolski, C.L. ve Nigg, J.T., (2001). Parent Stress and Coping in Relation to Child ADHD Severity nad Associated Child Disruptive Behavior Problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (4). 503-513.
- Podolski, C.L. (1999). *Parental Stress And Coping With A Child's Attention-Deficit And Hyperactivity*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Michigan State University, USA.

- Pollina, L.K. ve Snell, W.E. Jr. (1999). Coping In Intimate Relationships: Development of The Multidimensional Intimate Coping Questionnaire. *Journal of Social and Personal Relationships*. 16, 133-144.
- Portrie-Bethke T.L. ve Hill, N.R., Bethke, J.G. (2009). Strength-Based Mental Health Counseling for Children with ADHD: An Integrative Model of Adventure-Based Counseling and Adlerian Play Therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 31 (4), 323-339.
- Randazzo, W.T., Dockray, S. ve Susman, E.J. (2008). The Stress Responce In Adolescents With Inattentive Type ADHD Symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev*, 39, 27-38.
- Ravindran, A.V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z. ve Anisman, H. (2002). Stress, Coping, Uplifts, And Quality Of Life in Subtypes Of Depression: A Conceptual Frame And Emerging Data. *Journal of Affective Disorders*, 71, 121–130.
- Roessner, V., Becker, A., Banaschewski, T., Freeman, R.D. ve Rothenberger, A. (2007). Developmental Psychopathology Of Children And Adolescents With Tourette Syndrome – Impact Of ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1]*, 16, I/24–I/35.
- Rogers, M.A., Wiener, J., Marton, I. ve Tannock, R. (2009). Parental Involvement in Children's Learning: Comparing Parents of Children With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47, 167-185.
- Ryan, J.B., Katsiyannis, A. ve Hughes, E.M. (2011). Medication Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Theory Into Practice*, 50, 52–60.
- Savaşır, I. ve Şahin, N.H. (1997). *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schatz, N,K, (2009). *Maternal Depression and Parenting Stress Among Families of Children with AD/HD*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, The University of North Carolina, USA.

- Seawell, M., (2010). *Family Narratives Of ADHD: Labels Promoting Change*. Yayınlanmış Doktora Tezi, Our Lady Of The Lake University, Texas.
- Selçuk, Z. (2000). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Sergeant, J. (2005). Modeling Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Critical Appraisal of the Cognitive–Energetic Model. *Biol Psychiatry*, 57, 1248–1255.
- Sergeant, J. (2000). The Cognitive-Energetic Model: An Empirical Approach To Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 24, 7–12.
- Sheppard, B., Chavira, D., Azzam, A., Grados, M.A., Uman, P., Garrido, H. ve Mathews, C.A. (2010). Adhd Prevalence and Association With Hoarding Behaviors in Childhood-Onset OCD. *Depression And Anxiety*, 27, 667–674.
- Shur-Fen Gau, S. , Ni, H.C., , Shang, C.Y., Soong, W.T., Wu, Y.Y., Lin, L.Y. ve Chiu, Y.N. (2010). Psychiatric Comorbidity Among Children And Adolescents With And Without Persistent Attentiondeficit Hyperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 135–143.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2002). Psychological Heterogeneity in AD/HD – A Dual Pathway Model Of Behaviour And Cognition. *Behavioural Brain Research*, 130, 29-36.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2003). The Dual Pathway Model Of AD/HD, An Elaboration of Neuro-Developmental Characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 27, 593-604.
- Soysal, A.Ş. (2007). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alttıplerinde Dikkat, Yönetici İşlevler ve Üst Biliş Performansının Oluşturulduğu İlişkiler Örüntüsünün İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Soysal, A.Ş., Karateke, B., Çopur, A., Kılıç K.M. ve Akay, S. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların WISC-R Puanları İle Annelerinin Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 256-264.

- Stefanatos, G.A. ve Wasserstein, J, (2006). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder as a Right Hemisphere Syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 931(1), 172-195.
- Sümer, M. (2008). *Okulöncesi Öğretmenliği Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Stilleri ve Bazı Değişkenlere Göre Mizah Tarzlarının Karşılaştırılması*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Sürücü, Ö. (2003). *Anababa-Öğretmen El Kitabı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: YA-PA.
- Şenol, S. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. F, Çuhadaroğlu Çetin, A., Coşkun, Prof, E, İşeri, S. Miral, N, Matavallı, B, Pehlivan Türk, T, Türkbay, R, Uslu, Prof, F, Ünal (Ed.). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (s. 293-312). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Şenol, S. , İşeri, E., Koçkar İlden, A, (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağınmak, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar*, Ankara: HYB Yayıncılık.
- Şenol, S. ve Şener, Ş. (2001). Çocuk ve Ergenlerde Görülen Ruhsal Bozukluklar, Prof, N, Yüksel (Ed.). *Ruhsal Hastalıklar* (s. 732-809). Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Tangül Özcan, C. (2002). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne Babalarının Empati Düzeyi İle Aile İşlevlerinin İncelenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
- Terzi Ş. Ve Çankaya C.Z. (2009). Bağlanma Stillerinin Özne İyi Olmayı ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (31), 1-11.
- Terzi, Ş. ve Cihangir Çankaya, Z. (2009). Bağlanma Stillerinin İyi Olmayı ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (31), 1-11.

- Terzi, Ş. ve Çankaya, C.Z. (2009). Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(31), 1-11.
- Thapar, A. ve Muñoz-Solomando, A. (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry*, 7 (8). 340-344.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, Erişim: 01 Şubat 2012, <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, p: 206-207.
- Theule, J., Wiener J., Rogers, M.A. ve Marton, I. (2011). Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *J Child Fam Stu*, 20, 640–647.
- Toplak, M.E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B. ve Parks, S. (2008). Review Of Cognitive, Cognitive-Behavioral And Neural-Based Interventions For Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (DEHB). *Clinical Pshchological Review*, 28, 801-823.
- Torgersen, T., Gjervan, B. ve Rasmussen, K. , (2006). ADHD In Adults: A Study Of Clinical Characteristics. Impairment and Comorbidity. *Nord J, Psychiatry*, 60, 38-43.
- Treacy, L., Tripp, G. ve Baird, A. (2005). Parent Stress Management Training For Attention-Deficit/Hyperaktivite Disorder. *Behaviour Therapy*, 36, 223-233.
- Tufan, A.E. ve Yaluğ, İ, (2010). Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Türkiye Verilerine Dayalı Bir Gözden Geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 351-359.
- Turgay, A. ve Semerci, B. (2010). *Bebeklikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. (4. bs.). İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd, Şti.

- Türe, F.S. (2010). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Tzang, R.F., Chang, Y.C. ve Liu, S.I. (2009). The Assosiation Between Children' s ADHD Subtype and Parenting Stress and Parental Symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 318-325.
- Ünsal, S. (2007). Geçici ve Daimi Personelin Stres Faktörlerinin, Belirtilerinin, Yatkınlıklarının ve Stresle Başa çıkma Tarzlarının Mukayeseli Analizi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7 (28), 177-188.
- Vierhile A., Robb A. ve Ryan-Krause, P. (2009). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Closing Diagnostic, Communication and Treatment Gap. *Journal of Pediatric Health Care*, 23, 5-21.
- Vitanza, S. A. ve Guarnaccia, C.A. (1999). A Model Of Parenting Distress For Mothers Of Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 8 (1), 27-45.
- Voeller, K. K. S. (2004). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*, 19, 798–814.
- Waite, R. ve Ramsay, J.R. (2010). Adults With ADHD: Who Are We Missing? *Mental Health Nursing*, 31, 670-678.
- Warren, M.A. (2003). *Parent-Child Interactions With ADHD Children: Parental Emphaty As A Predictor Of Child Adjustment*. Yayınlanmış Doktora Tezi, University Of North Texas. USA.
- Waterstruss. S.A. (2006). *Adhd And Schools: How Can Children Most Effectively Be Serviced?* Yayınlanmış Doktora Tezi, Regend University, Virginia.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A Potantial Disruptor of Parent Perceptions and Family Interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 302-312.

- Withrow, L. M., Hash, P.A.K. ve Holten, K.B. (2011). Managing ADHD in Children: Are You Doing Enough?, *The Journal Of Family Practice*, 60 (4), E1-E3.
- Xiang, Y., Luk Ernest, S.L. ve Lai Kelly, Y.C, (2009). Quality of Life In Parents of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Hong Kong. *The Royal Australian New Zealand College of Psychiatrist*, 43, 731-738.
- Yang, L., Shang, C. ve Shur-Fen Gau, S. (2011). Adolescents With Attention -Deficit Hyperactivity Disorder and Their Siblings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (5), 281-292.
- Yöndem, Z.D. (2002). Stresle Başaıkma Stratejileri Ölçeği (SBSÖ): Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2 (18), 43-47.
- Yüksel, N. (2001). *Ruhsal Hastalıklar*. (Yenilenmiş 2, Baskı), Ankara: Çizgi TıpYayınevi.

EKLER

EK 1 Kullanılan Ölçme Araçları

ONAM FORMU

Değerli Katılımcılar,

Yüksek lisans tezim kapsamında yürüttüğüm bu araştırma, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocukların anneleri ile normal gelişim gösteren çocukların annelerinin depresyon ve stresle baş etme becerilerinin karşılaştırılmasını amaçlamaktadır. Ayrıca bu çalışma içerisinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri gösteren annelerin stresle baş etme düzeyi ve depresyon düzeyleri de incelenecektir. Bu nedenle sizlerden Beck Depresyon Ölçeği, Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başa Çıkma Ölçeği, DSM-IV' e Dayalı Erişkin Deb/Dehb Tanı Ve Değerlendirme Envanteri ve Bilgi Formunu doldurmanız istenmektedir.

Katılım tamamiyle gönüllülük esasına bağlıdır. Eğer istemiyorsanız size verilen formları doldurmayabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları açısından sağlıklı bilgiler edinilmesi için yönergelerin dikkatlice okunması, verilen cevaplarda samimi olunması ve boş soru bırakılmaması gerekmektedir. Cevaplar grup halinde değerlendirileceği için formlardaki kişisel bilgileriniz için gizlilik esastır. Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve bu formlardan elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amacına yönelik olarak kullanılacaktır.

Formları doldururken katılmaktan vazgeçer, kendinizi kötü hisseder ya da rahatsızlık duyarsanız yarım bırakarak ayrılabilir ve/veya araştırmacı ile konuşabilirsiniz.

Katılımlarınız için teşekkür ederiz.

Psikolojik Danışman

Fulya ALPAN

Akdeniz Üniversitesi

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD

Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Demet EROL

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD Başkanı

Akdeniz Üniversitesi Eğitim Fakültesi

Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD –ANTALYA

Araştırmacı/Araştırmacılar, yapmakta oldukları çalışmayı bana sözlü olarak da açıkladılar. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı

Tarih

İmza

Araştırmacının Adı Soyadı

Tarih

İmza

BİLGİ FORMU

1. Adınız Soyadınız :
2. Doğum Tarihiniz/Yeri :
3. Adresiniz :
4. Çocuğunuzun devam ettiği okul ve sınıfı:
5. Eğitim Düzeyiniz : () İlköğretim () Lise
() Üniversite () Yüksek Lisans
() Doktora () Diğer
6. Mesleğiniz :
7. Gelir Düzeyiniz : () 500-1000 TL () 1001-1500 TL
() 1501-2000 TL () 2001-2500 TL
() 2501-.....TL
8. Medeni Durumunuz : () Evli () Ayrı yaşıyor
() Boşanmış
9. Sürekli tedavi veya ilaç kullanmayı gerektiren bir rahatsızlığınız var mı? Varsa açıklayınız.
10. Çocuğunuza “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” teşhisi ne zaman kondu?
11. Çocuğunuzda görülen “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” hangi tip?
a) Bileşik tip
b) Dikkatsizliğin önde geldiği tip
c) Hiperaktivite-impulsivitenin (dürtüselliğin) önde geldiği tip
12. Çocuğunuz ilaç kullanıyor mu? İlacın adını biliyorsanız adını da yazar mısınız?
13. Çocuğunuza Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konduktan sonra bu bozukluk ile ilgili size bilgilendirme yapıldı mı? Yapıldı ise kim/ neresi tarafından yapıldı?

14. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili olarak çocuğunuz için Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde ve/veya okulunda eğitim tedbiri alındı mı?
15. Çocuğunuzda görülen Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun yanında tedavi gerektiren başka bir rahatsızlığı var mı?
16. Ailenizde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan başka biri var mı?

TEŞEKKÜRLER

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adınız Soyadınız :

Tarih :

Çocuğunuzun sınıfı :

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki KUTUCUĞA (x) işareti koyunuz. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

- | | |
|----------|--|
| 1 | () 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. |
| | () 1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. |
| | () 2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. |
| | () 3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum. |
| 2 | () 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim |
| | () 1 Gelecek hakkında karamsarım |
| | () 2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. |
| | () 3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. |
| 3 | () 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. |
| | () 1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. |
| | () 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor |
| | () 3 Her şeyden sıkılıyorum |
| 4 | () 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum |
| | () 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum |
| | () 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum |
| | () 3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum. |
| 5 | () 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum |
| | () 1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum |
| | () 2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum |
| | () 3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. |
| 6 | () 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum |
| | () 1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm |
| | () 2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum. |
| | () 3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum. |
| 7 | () 0 Kendimden memnunum. |
| | () 1 Kendi kendimden pek memnun değilim. |
| | () 2 Kendime çok kızıyorum |
| | () 3 Kendimden nefret ediyorum |
| 8 | () 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. |
| | () 1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum |
| | () 2 Kendimi öldürmek isterdim |
| | () 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm |

- 9** () 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 () 1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 () 2 Çoğu zaman ağlıyorum.
 () 3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** () 0 Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
 () 1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
 () 2 Şimdi hep sinirliyim.
 () 3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11** () 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 () 1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 () 2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
 () 3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum
- 12** () 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
 () 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 () 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 () 3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 13** () 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
 () 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 () 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 () 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** () 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
 () 1 Birşeyler yapamak için gayret göstermek gerekiyor
 () 2 Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor
 () 3 Hiçbir şey yapamıyorum
- 15** () 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 () 1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 () 2 Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 () 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16** () 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 () 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 () 2 Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
 () 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17** () 0 İştahım her zamanki gibi
 () 1 İştahım eskisi kadar iyi değil
 () 2 İştahım çok azaldı.
 () 3 Artık hiç iştahım yok.
- 18** () 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
 () 1 İki kilodan fazla kilo verdim.
 () 2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
 () 3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
 Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum Evet () Hayır ()

- 19** () 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
() 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
() 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
() 3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** () 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim
() 1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
() 2 Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
() 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21** () 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
() 1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
() 2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
() 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Adınız Soyadınız :

Tarih

Çocuğunuzun Sınıfı :

YAKIN İLİŞKİLERDE ÇOK BOYUTLU BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

İnsanlar, yaşamlarının farklı alanlarında stresli durumlarla karşı karşıya kalabilirler. Aşağıda, anne ve babaların çocuklarını yetiştirirken karşılaştıkları zorlayıcı ya da stresli olaylara nasıl tepki verdikleri ve bu olaylarla nasıl başa çıktıklarına yönelik ifadeler yer almaktadır. Aşağıdaki maddeleri, çocuğunuzla olan ilişkinizi düşünerek yanıtlayınız.

İlişkinizde, stres verici durumlarla başa çıkmak için, her bir maddede yer alan ifadeyi ne sıklıkla yaptığınızı belirtmek üzere **“Hiçbir zaman”**, **“Çok ender”**, **“Bazen”**, **“Sıklıkla”** ya da **“Her zaman”** seçeneklerinden size en uygun olanını işaretleyiniz.

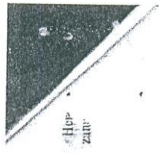
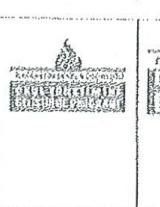
Aşağıdaki maddeleri: () Çocuğumla olan şimdiki ilişkiyi düşünerek yanıtlayıyorum. () Çocuğumla geçmişteki bir ilişkiyi düşünerek yanıtlayıyorum.						
		Hiçbir zaman	Çok ender	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1.	Stresli yaşantılar sonucunda bir birey olarak olgunlaşmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Tüm çabamı soruna ilişkin bir şeyler yapmaya yönlendiririm.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Bir eylem planı yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Duygularımı bir başkasıyla paylaşıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Ne yapacağım konusunda bir başkasından öneri almaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Bu duruma odaklanabilmek için diğer etkinlikleri bir kenara bırakırım.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Tanrıya sığınırım.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	“Artık olan oldu” fikrine kendimi alıştırmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Durumu düşünmemek için işime ya da diğer etkinliklere yönelirim.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Üzülürüm ve duygularımı dışavururum.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Bu sorunla başedemeyeceğimi kabul ederim ve çabalamayı bırakırım.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Kendi kendime “bu gerçek değil” derim.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Bir şeyler yapmak için kendimi doğru zamanın gelmesini beklemeye zorlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Kendimi iyi hissetmek için alkol ya da ilaç kullanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Bu duruma gülerim.	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Kendimi bu durumun içine hiç sokmamış olmayı dilerdim.	☐	☐	☐	☐	☐

17.	Bu soruna neden olduğum için kendimi suçlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Zamanımın çoğunu kendi kendime ve yalnız geçiririm.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Durumla başedebileceğim konusunda kendi kendime güvence veririm.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Durumla ilgili bir şey yapmaktan veya düşünmekten kaçınırım.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Bir tepki vermeden önce sorunun ne olduğunu anlamaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
22.	İşe yaramaz biri olduğumu düşünmeye başlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Birlikte olduğum kişiyle, ikimiz için de keyif verici olan daha fazla şey yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Arkadaşlarımla daha fazla zaman geçiririm.	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Birlikte olduğum kişiye karşı daha sevgi dolu olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Yaşananları daha olumlu görebilmek için, farklı bir açıdan bakmayı denerim.	☐	☐	☐	☐	☐
27.	Sorundan kurtulabilmek için çaba gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
28.	Ne yapacağıma yönelik bir yol belirlemeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
29.	Arkadaşlarımdan ya da akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
30.	Durumu daha iyi anlayabilmek için bir başkasıyla konuşurum.	☐	☐	☐	☐	☐
31.	Bu sorunla uğraşmaya odaklanır ve gerekirse diğer şeylere biraz ara veririm.	☐	☐	☐	☐	☐
32.	Tanrı'dan yardım dilerim.	☐	☐	☐	☐	☐
33.	Bunun olduğunu ve artık değiştiremeyeceğini kabullenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
34.	Bunun dışında şeylerle ilgili hayal kurarım.	☐	☐	☐	☐	☐
35.	Üzülürüm ve gerçekten bunun farkında olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
36.	İyi bir çözüm yolu bulabilmek için çabalamaktan vazgeçerim.	☐	☐	☐	☐	☐
37.	Bunun olduğuna inanmayı reddederim.	☐	☐	☐	☐	☐
38.	Çok erken davranarak işlerin daha kötüye gitmesine neden olmak istemem.	☐	☐	☐	☐	☐
39.	Alkol alarak ya da ilaç kullanarak bir süre için kendimi kaybetmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
40.	Olaylarla ilgili espriler yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
41.	Bu durumun ortadan kalkmasını ya da bir şekilde bitmesini dilerdim.	☐	☐	☐	☐	☐
42.	Olanlar için kendimi eleştiririm.	☐	☐	☐	☐	☐
43.	Ailemden ve arkadaşlarımdan uzaklaşıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
44.	Bu durumla başa çıkabileceğime ilişkin kendime güvence veririm.	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Tüm olanları unutmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
46.	Önceliklerimi belirlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
47.	Kendimi çökkün ve depresif hissetmeye başlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
48.	Birlikte olduğum kişiye, geçmişte yaşadığımız güzel zamanları hatırlatırım.	☐	☐	☐	☐	☐
49.	Yaşamımdaki insanlara daha fazla zaman	☐	☐	☐	☐	☐

	ayırırım.					
50.	Birlikte olduğum kişiye karşı daha fazla sevgi gösteririm.	○	○	○	○	○
51.	Yaşananlarda iyi birşeyler bulmaya çalışırım.	○	○	○	○	○
52.	Sorundan kurtulmak için doğrudan harekete geçerim.					
53.	Sorunu en iyi nasıl ele alabileceğim üzerinde düşünürüm.	○	○	○	○	○
54.	Bana anlayış gösterebilecek kişilerle zaman geçiririm.	○	○	○	○	○
55.	Soruna yönelik somut birşeyler yapabilecek birileriyle konuşurum.	○	○	○	○	○
56.	Bu durumu çözmek için çabalarken, beni bölebilecek diğer şeyleri önlemeye çalışırım.	○	○	○	○	○
57.	Dinimde teselli bulmaya çalışırım.	○	○	○	○	○
58.	Bunun olduğu gerçeğini kabullenirim.	○	○	○	○	○
59.	Her zamankinden daha fazla uyurum.	○	○	○	○	○
60.	Duygularımı serbest bırakırım.	○	○	○	○	○
61.	İstediğimi elde etmeye çabalamaktan vazgeçerim.	○	○	○	○	○
62.	Sanki bu gerçekten olmamış gibi davranırım.	○	○	○	○	○
63.	Kendimi çok hızlı karar vermekten alıkoyarım.	○	○	○	○	○
64.	Bunun üzerinde daha az düşünmek için alkol ya da ilaç alırım.	○	○	○	○	○
65.	Bu durumla etrafta dalga geçerim.	○	○	○	○	○
66.	Olayların nasıl değişebileceğine yönelik hayaller kurarım.	○	○	○	○	○
67.	Bunun olmasına izin verdiğim için kendimi hırpalarım.	○	○	○	○	○
68.	İnsanlarla birlikte olmaktan kaçınırım.	○	○	○	○	○
69.	Kendime, bu sorunla başa çıkabileceğimi söyleyerek, kendime olan güvenimi güçlendiririm.	○	○	○	○	○
70.	Bunun beni meşgul etmesine izin vermem; üzerinde çok fazla düşünmeyi reddederim.	○	○	○	○	○
71.	Durumu anlamak için çaba harcarım.	○	○	○	○	○
72.	Kendimi kaygılı, gergin ve kararsız hissetmeye başlarım.	○	○	○	○	○
73.	Birlikte olduğum kişiyle, onun için keyif verici olan daha fazla şey yaparım.	○	○	○	○	○
74.	Yaşamıma yeni insanları sokmaya çalışırım.	○	○	○	○	○
75.	Birlikte olduğum kişiye karşı daha nazik ve özenli olurum.	○	○	○	○	○
76.	Stresli yaşantılardan bir şeyler öğrenirim.	○	○	○	○	○
77.	Ne yapılması gerekiyorsa adım adım yaparım.	○	○	○	○	○
78.	Ne tür adımlar atacağım üzerinde ayrıntılı olarak düşünürüm.	○	○	○	○	○
79.	Neler hissettiğim konusunda bir başkasıyla konuşurum.	○	○	○	○	○
80.	Benzer deneyimleri olan kişilere ne yaptıklarını	○	○	○	○	○

	sorarım.					
81.	Dikkatimi dağıtacak her türlü düşünce ve etkinlikten kendinimi uzak tutarım.	☐	☐	☐	☐	☐
82.	Her zamankinden daha fazla dua ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
83.	Bununla yaşamayı öğrenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
84.	Bu durumu daha az düşünmek için sinemaya gider ya da televizyon izlerim.	☐	☐	☐	☐	☐
85.	Yoğun duygusal sıkıntı içinde olduğumu hissederim ve bu duyguları çok fazla dışavururum.	☐	☐	☐	☐	☐
86.	Sorunu çözmek için harcadığım çabayı azaltırım.	☐	☐	☐	☐	☐
87.	Böyle bir şey hiç olmamış gibi davranırım.	☐	☐	☐	☐	☐
88.	Durum elverene kadar bir şeyler yapmayı ertelerim.	☐	☐	☐	☐	☐
89.	Bu durumun üstesinden gelebilmek için alkol ya da ilaç kullanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
90.	Bu durumla alay ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
91.	Kendi kendime eğer yeterince uzun beklersem her şeyin yoluna gireceğini söylerim.	☐	☐	☐	☐	☐
92.	Kendi kendime ne kadar aptal olduğumu söylerim.	☐	☐	☐	☐	☐
93.	Ailemin ve arkadaşlarımla neler olup bittiğini öğrenmelerine olanak vermem.	☐	☐	☐	☐	☐
94.	Kendime olumlu şeyler söyleyerek, öz-güvenimi korurum.	☐	☐	☐	☐	☐
95.	Bunu düşünerek çok fazla zaman geçirmeyi istemem.	☐	☐	☐	☐	☐
96.	Olanları düşünür ve hatalarımdan birşeyler öğrenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
97.	Kendimi işime ya da diğer ilgi alanlarıma veremediğimi fark ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
98.	Birlikte olduğum kişiye daha fazla ilgi gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐
99.	Sosyal yaşama / etkinliklere her zamankinden daha fazla zaman ayırırım (birlikte olduğum kişi dışındaki insanlarla).	☐	☐	☐	☐	☐
100.	Birlikte olduğum kişiye karşı daha ilgili davranırım.	☐	☐	☐	☐	☐

EK 2 İzin Belgeleri

	T.C. ANTALYA VALİLİĞİ İl Millî Eğitim Müdürlüğü 27.06.2011* 18552 Sayı : B.08.4.MEM.0.07.20.02-605.01/ Konu : Anket Uygulaması İL MİLLÎ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE ANTALYA Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü, Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fulya ALPAN'ın, " Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başetme Becerilerin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışması ile ilgili, ekli listede adı geçen ilköğretim okullarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 4.ve 8.sınıf aralığındaki çocukların annelerine uygulama isteği ile ilgili 31.05.2011 tarihli ve 008551 sayılı yazıları, ekinde gönderilen araştırma uygulaması anket formları, İl Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma Değerlendirme ve İnceleme komisyonumuz tarafından, 24.06.2011 tarihinde toplanarak "Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi" esaslarına uygun olduğu tespit edilmiştir. Komisyonumuzca söz konusu, tez çalışması veri toplama aracı, Yakın İlişkilerde Çok Boyutlu Başağıkma Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Bilgi Formu uygulamalarının, Muratpaşa İlçesi Atatürk İ.Ö.O., Meryem Mustafa Ege İ.Ö.O., Hanım Ömer Çağırır İ.Ö.O., İstiklal İ.Ö.O. ve Başöğretmen Atatürk İ.Ö.Okulunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 4. ve 8.sınıf aralığındaki çocukların annelerine, Gönüllü ve isteyen annelere, Okul Müdürlüğünün bilgisi dahilinde, ilgili Yönergeye göre, çalışma takvimi doğrultusunda eğitim-öğretimi aksatmadan yapılması uygun görülmüş olup, Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde, Valilik Mekanının 25.01.2007 tarih ve 271 sayılı imza yetki devrine göre olurlarınıza arz ederim. Mehmet Emin ŞAHİN Müdür a. Şube Müdürü OLUR 27.06.2011 Osman Nuri GÜLAY Vali a. İl Millî Eğitim Müdürü				
	Antalya İl Millî Eğitim Müdürlüğü Soğuksu Mah. Hamidiye Cad. Bilgi için: M.E.ŞAHİN Şb. Mtd. Telefon: (0 242) 238 60 00 (pbx) Faks : (0 242) 238 61 11 E-posta: antalyanem@meb.gov.tr projeler07@meb.gov.tr				

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

29.06.2011 18913

Sayı : B.08.4.MEM.0.07.20.02-605.01/

Konu : Yüksek Lisans Tez Projesi
Araştırma ve Uygulanması

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ANTALYA



İlgi: 31.05.2011 tarihli ve 008551 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda sözü edilen, Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fulya ALPAN'ın, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başetme Becerilerinin Karşılaştırılması" konulu yüksek lisans tez araştırma ve uygulamasını, ilimizde ekli listede adı geçen ilköğretim okullarının 4. ve 8. sınıf aralığındaki çocukların annelerine uygulanması ile ilgili isteği "Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi" gereğince, Müdürlüğümüz inceleme komisyonu tarafından değerlendirilerek uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüzün 27.06.2011 tarihli ve 18552 sayılı onayı ve uygulanacak veri toplama araçları Müdürlüğümüzce Mühürlenerek ekte gönderilmiştir.

Bakanlığınızın ilgili yönergesi gereği ve Yönerge de belirtilen EK-1 taahhütnamesi doğrultusunda araştırmanın bitiminde sonuç raporunun iki örneğinin CD ortamında Müdürlüğümüz Ar-Ge bürosuna gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Mehmet Emin ŞAHİN
Müdür a.
Şube Müdürü

EKLER:

1-Onay(1 adet)

2- Veri toplama aracı (4 adet)

	Antalya İl Milli Eğitim Müdürlüğü Soğuksu Mah. Hamidiye Cad. Bilgi için: M.E.ŞAHİN Şb. Mtd. Telefon: (0 242) 238 60 00 (pbx) Faks : (0 242) 238 61 11 E-posta: antalyamem@meb.gov.tr projeler07@meb.gov.tr	www.ogtimisistemleri.gov.tr	www.hayalidoktrini.org	
--	---	------------------------------------	-------------------------------	--



DYS

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

SAYI : B.30.2.AKD.0.72.02.00-302.08.01-3983/

KONU: Uygulama

08.07.2011 010954

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

Antalya Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğünün, Enstitünüz Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fulya ALPAN'ın "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başetme Becerilerin Karşılaştırılması" konulu yüksek lisans tez araştırma ve uygulamasını ilimizde ekli yazıdaki listede adı geçen ilköğretim okullarının 4. ve 8. sınıf aralığındaki çocukların annelerine uygulama isteğinin uygun görüldüğüne ilişkin 29.06.2011 tarih 18913 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Abit DEMİRCAN
 Rektör Yardımcısı

EK: 6



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.AKD.0.41.72.00/302.08.01/3243

12.07/2011

Konu : Fulya ALPAN
T.C.No: 15022545194

EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi: 08/07/2011 tarih ve B.30.2.AKD.0.72.02.00-302.08.01-3983/10954 sayılı yazı.

Ana Bilim Dalınız Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı öğrencisi 20098509802 nolu Fulya ALPAN'ın, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başetme Becerilerin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışması ile ilgili "Milli Eğitim Bakanlığı'na Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Destegine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi"ne göre hazırladığı ölçme aracını Atatürk İlköğretim Okulu, Meryem Mustafa Ege İlköğretim Okulu, Hanım Ömer Çağırın İlköğretim Okulu, İstiklal İlköğretim Okulu ve Başöğretmen Atatürk İlköğretim Okulunda uygulamasının uygun görüldüğüne ilişkin Rektörlüğün ilgi sayılı yazısı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet ŞEN
Müdür

EK:

1 Adet Yazı ve Ekleri (16 Sh.)



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Akdeniz Uni. Hastanesi
22.11.2011 - 5171

Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER-2460 - 5171
Konu : Fulya ALPAN

17/11/2011

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na)

Akdeniz Üniversitesi
22.11.2011 - 32120

İlgi: 13/10/2011 tarih ve B.30.2.AKD.0.72.02.00-302.08.01-6152/16478 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazınıza konu olan, Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fulya ALPAN'ın "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Becerilerinin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışması ile ilgili hazırlamış olduğu ölçekleri Hastanemiz bünyesinde uygulaması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Abdullah ERDOĞAN
Başhekim
Dekan Yardımcısı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA
Tel : (242) 249 62 90
Faks : (242) 249 60 40



Akdeniz Uni.Sosyal Bil.Enstitüsü



24.11.2011 - 4363

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

SAYI : B.30.2.AKD.0.72.02.00-302.08.01-7336/
KONU : Fulya ALPAN

24.11.2011* 19010

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinin, Enstitünüz Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fulya ALPAN'ın "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Becerilerinin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışması ile ilgili hazırlamış olduğu ölçekleri Hastane bünyesinde uygulamasının uygun görüldüğüne ilişkin 17.11.2011 tarih 5171 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Muharrem Certe
 Prof. Dr. Muharrem CERTEL
 Rektör Yardımcısı

EK: 1



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Akdeniz Uni. Sosyal Bil. Enstitüsü
28.11.2011 - 5507

Sayı : B.30.2.AKD.0.41.72.00/302.08.01/5507

28/11/2011

Konu : Fulya ALPAN

T.C.No: 15022545194

EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi: 24/11/2011 tarih ve B.30.2.AKD.0.72.02.00-302.08.01-7336/19010 sayılı yazı.

Ana Bilim Dalınız Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Yüksek Lisans Programı öğrencisi 20098509802 nolu Fulya ALPAN'ın, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anneleri ile Normal Gelişimi Olan Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Becerilerinin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışması ile ilgili hazırlamış olduğu ölçeklerin Hastane bünyesinde uygulamasının uygun görüldüğüne ilişkin Rektörlüğün ilgi sayılı yazısı ve eki ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet ŞEN
Müdür

EK:

1 Adet Yazı ve Eki (2 Sh.)

RPD Arab/Am Rnk. Bşk.

28.11.2011



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2.AKD.0.12.11.00- 149
Konu :

29 -11- 2011

PDR
.....
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Dekanlık Makamının yazıları ekte sunulmuştur.


 Prof. Dr. Mualla BİLGİN AKSU
 Bölüm Başkanı



T.C.
MURATPAŞA KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.07.57.12.00/
Konu : Seminer Düzenleneceği.

24.04.2012* 09815

.....MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünün 17/04/2012 tarihli ve 1676 sayılı yazısı.

04 Mayıs 2012 Cuma günü saat 09:00 – 12:00 arasında İlçemiz Hanım Ömer Çağırın İlköğretim Okulu Toplantı Salonunda; İlçemiz Rehberlik ve Araştırma Merkezi Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri Bölümü tarafından **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)** tanısı almış öğrencilerin velilerine yönelik olarak “**Hiperaktif Annesi Olmak**” konulu seminer verileceğine ilişkin 24/04/2012 tarihli ve 09745 sayılı onay ektedir.

Söz konusu semineri, okulunuzdaki (DEHB tanısı almış) öğrenci velilerine duyurulması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

[Signature]
Veli KAYA
Müdür a.
Şube Müdürü

EKİ: Onay (1 Adet)

DAĞITIM:

-Resmi/Özel İlköğretim Okulu Müdürlüklerine.

[Handwritten signature]
25/04/2012

Tarih: *25.04.2012*
Dosya: *160.02*
1717



Antalya Muratpaşa İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Bilgi : Veli KAYA
Telefon : (0 242) 247 84 50 (pbx)
Faks : (0 242) 248 97 50
e-posta : muratpasa07@meb.gov.tr



www.egitimdestek.meb.gov.tr



ISO 9001:2008
http://www.turkiah.org.tr



**T.C.
MURATPAŞA KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü**

Sayı : B.08.4.MEM.4.07.57.12 /
Konu : Seminer Düzenlenmesi.

24.04.2012 - 09748

KAYMAKAMLIK MAKAMINA

Muratpaşa Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünce, İlçemiz İlköğretim Okullarında **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış öğrencilerin velilerine yönelik olarak 04 Mayıs 2012 tarihinde saat 09:00-12:00 arasında İlçemiz Hanım Ömer Çağırın İlköğretim Okulu Toplantı Salonunda "Hiperaktif Annesi Olmak"** konulu seminer verilmesi planlanmıştır.

Söz konusu seminerin Rehberlik ve Araştırma Merkezi Psikolojik Danışman Fulya ALPAN tarafından, belirtilen yer ve tarihte düzenlenmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde Olurlarınıza arz ederim.


Erdem KAYA
İlçe Milli Eğitim Müdürü

OLUR
22/04/2012
Fatih KOCABAŞ
Kaymakam

EK:
1-Eğitim Sunusu
2-Kitapçık



Antalya Muratpaşa İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Bilgi için :Veli KAYA
Telefon : (0 242) 247 84 50 (pbx)
Faks : (0 242) 248 97 50
e-posta : muratnasa07@meh.gov.tr



www.egitimdestek.meb.gov.tr



ISO 9001:2008
http://www.turkak.org.tr

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI : Fulya ALPAN
Doğum Tarihi ve Yeri : 26 Şubat 1973, Ankara
Medeni Durumu : Bekar

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : İzmir Özel Türk Koleji Anadolu Bölümü
Lisans Diploması : Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Ana Bilim Dalı
Yabancı Dil : İngilizce

İş Denevimi

Antalya / Akdeniz Koleji, 1995-1998
Antalya / Muratpaşa Rehberlik ve Araştırma Merkezi, 1998-...

Adres

Çağlayan Mah. 2038 Sok. 9/2
Muratpaşa/ANTALYA

Tel. No

0 505 287 41 47