

**T.C.**  
**GENELKURMAY BAŞKANLIĞI**  
**GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ**  
**ASKERİ TIP FAKÜLTESİ/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU**  
**DAHİLİ HEMŞİRELİK BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞI**  
**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİMDALI BAŞKANLIĞI**

**KİŞİLERARASI SORUN ÇÖZME EĞİTİMİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ**  
**HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDAKİ KARŞI GELME**  
**BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİLERİ**

**Celale Tangül ÖZCAN**

**Sağ. Bnb.**

**Hemşirelik Programı**

**DOKTORA TEZİ**

**ANKARA**

**2007**

**T.C.**  
**GENELKURMAY BAŞKANLIĞI**  
**GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ**  
**ASKERİ TIP FAKÜLTESİ/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU**  
**DAHİLİ HEMŞİRELİK BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞI**  
**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİMDALI BAŞKANLIĞI**

KİŞİLERARASI SORUN ÇÖZME EĞİTİMİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDAKİ KARŞI GELME  
BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİLERİ

**Celale Tangül ÖZCAN**  
Sağ. Bnb.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi  
Askeri Tıp Fakültesi'nin/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün  
Psikiyatri Hemşireliği Programı  
İçin Öngördüğü  
**DOKTORA TEZİ**  
olarak hazırlanmıştır.

Tez Danışmanı  
Fahriye OFLAZ  
Yrd.Doç.Dr.Sağ.Bnb.

**ANKARA**  
**2007**



## TEŞEKKÜR

Bu tez konusu Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 31 Ocak 2006 gün 178 sayılı oturumunda onaylanarak verilmiştir.

Bu çalışmada kişilerarası sorun çözme eğitiminin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklardaki karşı gelme belirtileri üzerine etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Çalışmam için uygulama yapmama izin veren T.C. Milli Eğitim Bakanlığı İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne ve destekleri için Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulu ve Gülhane İlköğretim Okulu müdür, müdür yardımcıları ve psikolojik danışma rehberlik öğretmenlerine saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği sağlayan GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü Prof. Dr. Sağ. Alb. Sevgi HATİPOĞLU'na ve uzmanlık eğitimimde büyük katkıları olan değerli hocamlarım Prof.Dr.Sağ.Yb.Nalan AKBAYRAK'a, Prof.Dr.Tbp.Alb Aytekin ÖZŞAHİN'e, Prof.Dr.Salih BATTAL'a, Prof.Dr.Hamdullah AYDIN'a, Prof.Dr.Nur ŞENEL'e, Prof.Dr.Fatma ÖZ'e ve Prof.Dr.Üstün DÖKMEN'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme eğitimi olan BSC programını kullanmama müsaade eden Sayın Prof.Dr. Selahiddin ÖĞÜLMÜŞ'e teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen Doç.Tbp.Bnb.Tümer TÜRK BAY'a, Dr.Sağ.Bnb.Hatice ÇİÇEK'e ve tezin istatistiksel analizlerindeki katkılarından dolayı Öğ.Yzb. Mesut AKYOL'a teşekkürü borç bilirim.

Doktora eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile yetişmemde emeği geçen ve tez danışmanı olarak beni yönlendiren değerli hocam Sayın Yrd.Doç.Dr. Sağ.Bnb.Fahriye OFLAZ'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Celale Tangül ÖZCAN

Sağ.Bnb.

Haziran-2007

## ÖZET

### **Kişilerarası Sorun Çözme Eğitiminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklardaki Karşı Gelme Belirtileri Üzerine Etkileri**

Bu araştırma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı konulan çocuklara verilen kişilerarası sorun çözme eğitim programı olan “Ben Sorun Çözebilirim (BSÇ)” eğitiminin, karşı gelme belirtileri üzerine etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ocak ve Nisan 2007 tarihleri arasında Ankara’daki iki İlköğretim Okulu’nda (ilköğretim birinci kademe) okuyan ve DEHB tanısı olan 6-11 yaş arası 33 çocuk oluşturmuştur. Araştırma, tek gruplu ön-son test deseninde yarı deneysel olarak planlanmış, veri toplamak amacıyla DSM-IV-TR’e dayalı “Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YDBÖ) ve “Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği, (Teacher Report Form-TRF) kullanılmıştır. Deneklere 14 hafta boyunca bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme beceri eğitim programı (BSÇ) uygulanmıştır. BSÇ eğitimi öncesi ve sonrasında anne-baba ve öğretmenlerden YDBÖ ile TRF ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. DEHB olan çocukların “kurallara karşı gelme”, “dikkatsizlik”, “hiperaktivite/dürtüsellik”, “anksiyete/depresyon”, “sosyal içe dönüklük”, “suça yönelik davranışlar”, “saldırgan davranışlar”, “somatik sorunlar”, “sosyal sorunlar” ve “düşünce sorunlarının” BSÇ eğitim sonrasında azaldığı görülmüştür. TRF’nin Yeterlilik alanına ilişkin “sıkı çalışma, uyum, öğrenme ve mutlu olma” alt testlerin toplamından oluşan “toplam yeterlilik” testinde BSÇ eğitim sonrasında öncesine göre istatistiksel fark oluşturacak şekilde puanın yükseldiği ve yeterlilik düzeyinin arttığı görülmektedir. BSÇ Eğitiminin hemşirelik uygulamasında kullanılabilir DEHB olan çocukların sorunları ile baş etmelerine yararlı bir eğitim olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** BSÇ, hemşirelik, çocuk psikiyatrisi, KGB, TRF

**Yazar Adı:** Sağ.Bnb. Celale Tangül ÖZCAN

**Danışman:** Yrd.Doç.Dr.Sağ.Bnb. Fahriye OFLAZ

## **SUMMARY**

### **Effects of the Teaching an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Strategy on Oppositional Defiant Problems in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder**

This study was performed to evaluate the effects of the “I Can Solve the Problem” training program based on “Interpersonal Cognitive Problem-Solving (ICPS) Strategy” on Oppositional Defiant Problems in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The sample consisted of 33 children with ADHD who ranged from 6 to 11 years old from two-elementary school in Ankara between January-April 2007. The study was semi-experimentally designed as pre and post test with one group. “Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (Teacher Report Form) (TRF)” and The DSM-IV based “Disruptive Behavior Disorders Screening and Rating Scale” (parent and teacher forms) were used in order to evaluate the efficacy of the program. The ICPS program was performed to 33 children with ADHD during 14 weeks. The scales were applied on before and after the program to the children’s mothers and teachers in order to evaluate the children’s behaviours. Analysis of data from multiple sources showed that problems of “oppositional defiant”, “attention”, “hyperactivity” problems, “anxious/depressed”, “withdrawn/depressed”, “attention” problems, “rule breaking behavior”, and “aggressive behavior” were significantly decreased after the ICPS Program. The sum of the scores for four adaptive characteristics (working hard, acting appropriately, learning and happiness) displays “adaptive functioning profile” in TRF. The sum score subscale significantly increased and improving of the adaptive functions were observed after the ICPS. The mean of total competence scores after ICPS Program indicated a significant increasing and the difference between pre and post tests was statistically meaningful. Positive effects of the ICPS Program on the children with ADHD were established. The competence level of the children increased and the emotional and behavioral problems which were oppositional defiant problems exists in children with ADHD decreased. ICPS Program is useful for children with ADHD to deal with their assumed problems.

**Keywords:** ICPS, nursing, child psychiatry, ODD, TRF

**Author :** Major Celale Tangül ÖZCAN

**Counsellor:** Major Fahriye OFLAZ, PhD. Assistant professor

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa</b>
ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
İNGİLİZCE ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
<b>BÖLÜM 1.</b>	
<b>GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. PROBLEMİN TANIMLANMASI	1
1.1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.2. GENEL BİLGİLER	6
1.2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	6
1.2.2. Tedavi Edici Yaklaşımlar ve Hemşirelik Uygulamaları	8
1.2.3. Kişiler Arası Sorunları Çözme Yöntemleri	13
1.2.4. DEHB ve Kişilerarası Sorun Çözme Eğitimi	19
<b>BÖLÜM 2.</b>	
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>21</b>
2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
2.2. Araştırmanın Şekli	22
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
2.5. Uygulama	27
2.6. Veri Toplama Araçları	28
2.7. Tanımlar	30
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	31
<b>BULGULAR</b>	<b>32</b>
<b>TARTIŞMA</b>	<b>38</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>48</b>

## **KAYNAKLAR**

**51**

### **EKLER**

**Ek 1.** BSÇ (Ben Sorun Çözebilirim) Eğitim Programı

**Ek 2.** Bilgi Toplama Formu

**Ek 3.** Aydınlatılmış Onam Formu

**Ek 4.** Etik Kurul Kararı

**Ek 5.** Milli Eğitim Bakanlığı İzin Belgesi

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>GATA</b>	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>BSÇ</b>	: Ben Sorun Çözebilirim (Kişilerarası Sorun Çözme Eğitimi)
<b>YDBÖ</b>	: DSM-IV'e dayalı yıkıcı davranış bozukluklarını tarama ve değerlendirme ölçeği
<b>TRF</b>	: "6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (Teacher Report Form) (Öğretmen Bilgi Formu)
<b>KGB</b>	: Karşı Gelme Bozukluğu
<b>DB</b>	: Davranım Bozukluğu
<b>TRSP</b>	: Türkiye Ruh Sağlığı Profili

## TABLolar DİZİNİ

<b>TABLO</b>		<b>Sayfa</b>
<b>2.3.1.</b>	Araştırmaya Alınan Çocukların Özelliklerinin Dağılımı	25
<b>3.1.1</b>	DEHB olan Çocukların Öğretmenlerine göre (TRF/6-18) BSÇ Eğitim Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışların Karşılaştırılması	35
<b>3.1.2.</b>	YDBÖ Alt Test Puanlarının Eğitim Öncesindeki ve Sonrasındaki sorunların Karşılaştırılması	38
<b>3.2.1.</b>	Anne-Baba-Öğretmen Bildirimine göre YBDÖ Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	40

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
3.1.1	DEHB olan çocukların öğretmenlerine göre (TRF) BSÇ eğitim öncesindeki ve sonrasındaki sorun puanları	36
3.1.2	DEHB olan çocukların Anne, Baba, Öğretmen bildirimlerine göre (YDBÖ) BSÇ eğitim öncesindeki ve sonrasındaki sorun puanları	39

# 1. GİRİŞ

## 1.1. PROBLEMİN TANIMLANMASI

### 1.1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuğun gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve dürtüsellik ana belirtileriyle ortaya çıkan nöropsikiyatrik bir bozukluktur (26,34,37,65).

DEHB, bu tanıya sahip çocukların kişilerarası ilişkileri başta olmak üzere gelişim, eğitim ve yaşantılarının hemen her alanını olumsuz etkilemektedir. DEHB'nun çocukların sadece çocukluğundaki işlevselliğini etkilemediği, daha sonraki yaşam dönemlerinde de tedavi edilmezse sosyal ve eğitimsel psikiyatrik sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (9,22,33,48,88).

DEHB olan çocukların diğer çocuklara göre daha fazla problem yaşadıkları, başta karşı gelme, suça yönelik, antisosyal ve saldırgan davranışlar olmak üzere diğer duygu ve davranış sorunlarını daha fazla sergiledikleri ve binişik hastalıkların eklenmesi konusunda yüksek risk altında oldukları bildirilmektedir (9,31,33,75). Özellikle küçük yaşlardaki DEHB olan çocuklarda, zamanla olumsuz psikososyal etmenler nedeniyle yıkıcı davranış bozuklukları ana başlığı altında ele alınan karşı gelme bozukluğu (KGB), davranım bozukluğu (DB) ve antisosyal kişilik bozukluklarının izlendiği belirtilmektedir (13,19,35,59,87). Bu tür yıkıcı davranış bozuklukları sadece çocuğu değil, aile ve toplumu da olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (15,26,34,77). Hiperaktif çocukların yaşadıklarının çoğu dikkat sürelerinin kısa olmasından, hiperaktivite/dürtüsel davranışlardan ya da diğer bir deyişle davranışlarının sonuçlarını düşünmeden hareket etmelerinden, isteklerini erteleyememeleri ve atak olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu tür problemler, çocukların sosyal kuralları kolaylıkla öğrenmelerini ve anlamalarını güçleştirmektedir. Böylece DEHB olan çocuklar kişilerarası ilişkilerde birçok sorun yaşamaktadırlar. Bütün bunlar arkadaş arasında kötü ün, akran çatışması/dışlanması, öfkenin etkili biçimde yönetilememesi ve engellenememesi sorun çözmede beceriksizlik, nedenleri ile sosyal ve iletişim

becerilerinde sorunlara ve düşük benlik saygısına yol açmaktadır (8,33,75,88).

Dikkat eksikliği, organize olamama, istenilen sürede konsantrasyonu sağlayamama gibi güçlüklerin de olmasına bağlı olarak akademik ve yeterlik alanlarında da sorun yaşama ile düşük okul başarısı, çocuğun okul dışına itilmesine neden oluşturmaktadır. DEHB ortaya çıkardığı bu güçlükler nedeniyle çocukların sürekli azarlanmalarına, eleştirilmelerine ve uyarılmalarına yol açmaktadır (26,47,77,81,88). DEHB olan çocuklar dürtüsellik, sabırsızlık ve öfkelerini etkili biçimde yönetmek ya da engelleyebilmek için gereken beceriye sahip olmadıkları için ilk seçenek olarak şiddet eğilimi göstermekte ve davranışının sonuçlarını düşünmemekte, hatta bu olumsuz sorun çözme tarzı nedeniyle başına gelen tatsız durumların bile farkında olmamakta ya da sonuçlarını kestirememektedir (26,77,88). Bu çocuklar çoğu zaman olaylar olup bittikten sonra bunun farkında olup üzülmede beraber aynı durumla tekrar karşılaştıklarında aynı olumsuzluğu tekrar yaşayabilmektedirler. Kişilerarası ilişkilerde sorun çözme becerileri öğretildiği takdirde, bu çocukların sosyal alanda yaşadıkları olumsuzluklarının azaldığı görülmektedir (21,30,49).

Sağlıklı çocuklar sorun çözme becerilerini kolayca öğrenebildikleri halde, DEHB olan çocukların bunları öğrenmede yardıma gereksinim duydukları ve bunun yapılandırılmış bir eğitim çerçevesinde verilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (37,88).

DEHB olan çocuklarda kullanılan ilaç tedavileri ile semptomatik iyileşme sağlanması yanında sosyal ilişkilerinde sorun çözme becerilerinin ve kuralların öğretilmesinin ilaveten olumlu katkılar sağladığı; bu nedenle, DEHB'nun tedavisinde tıbbi girişimlere ek olarak psikososyal yaklaşımları da içeren çok yönlü tedavi yaklaşımların gerekliliği vurgulanmaktadır (8,34,64). Bozukluğun tedavisinde temel amaç, öğrenmeyi artırmak, davranış kontrolü, kişilerarası ilişkileri geliştirmek ve çocuğun benlik saygısını yükseltmektir. Son yıllarda hastaların %80-90'ında ilaç tedavisi, davranış değişikliği ve aile eğitimi gibi yaklaşımların birlikte kullanılması ile tedaviye başladıktan kısa bir süre sonra olumlu sonuçlar alınmıştır. Psikososyal tedavilerden olan bilişsel-davranışçı

tedavi sonucunda daha iyi dürtü kontrolü, daha uzun süre düşünerek harekete geçme ve motor hareketliliğin uygun bir biçimde gerçekleşmesi sağlanmaktadır (8,15,34,40,58,75). Bu tür yaklaşımlarla sağlıklı bir psikososyal çevrede, iyi bir eğitim modeli ile; sorunları ile nasıl baş edeceği öğretilerek, sorun davranışlar azaltılabilir veya oluşması önlenir (33,49).

Sonuç olarak DEHB'nun semptomları nedeniyle sorun yaşadıklarında yapacakları hakkında düşünme, olayın farklı yönlerini görebilme, yapacaklarının sonuçları hakkında düşünebilme, bir fikrin iyi bir fikir olup olmadığına karar verebilme, kendinin/diğerlerinin duygularını fark etme ve üzerinde düşünebilme sürecinde sorun yaşamaktadırlar ve bunlarla nasıl baş edeceklerini de bilememektedirler. Bu çalışmada DEHB olan çocuklara sorun çözebilme yetileri kazandırma veya varolan olumlu çözüm becerilerinin pekiştirilmesi, böylece karşı gelme veya zıtlama sorunlarının kişilerarası sorun çözme eğitimi ile azaltılması amaçlanmıştır.

DEHB tanısı olan çocukların sahip olduğu sorunlar ile kişilerarası sorun çözme eğitim programının ilk ortaya çıkışında etkili olan olay ve düşünce yapısının birbiri ile örtüşmesi çok dikkat çekicidir.

Spivack ve Shure tarafından 1974 yılından itibaren geliştirilen bilişsel yaklaşıma dayalı bir kişilerarası sorun çözme eğitimi olan BSC programı geliştirilmiştir. Bu programın temel amacı, çocuklara nasıl düşüneceklerini öğretme yoluyla "insanlardan kaynaklanan" sorunları önlemek ve ortaya çıkan sorunları da çözebilmelerine yardım edecek düşünme becerilerini kazandırmaktır. Bu yöntem, çocuklara kendi başlarına düşünmeleri için yol göstermekte ve düşüncelerini nasıl değerlendireceklerini öğretmektedir. Çocukları, sorunları ele alırken olabildiğince çok sayıda çözüm yolu düşünmeye özendirilmektedir (55, 69,71).

DEHB olan çocuklara, BSC eğitimi ile sağlıklı sorun çözme becerisi kazandırıldığında, sorunların çözümünde kullandıkları sağlıksız baş etme yöntemi olan karşı gelme belirtilerinde azalma olacağı düşünülmektedir. Çocukların bu yöntem ile içgörü kazanmaları, kendilerini ve başkalarını daha iyi

anlamaları ile öfkelerini bastırma ve kontrol etmeyi de öğrenecekleri varsayılmaktadır. Bu çocuklara erken yaşlarda bu beceri kazandırıldığında, yetişkin yaştaki yıkıcı davranışların ve dolayısıyla suç işlemeye yatkın antisosyal davranışların sayısının azalacağı düşünülmektedir. Bu tür çalışmalarla aile, toplum sağlığının ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve psikososyal maliyetin azaltılması amaçlanmaktadır.

BSÇ programının sağlıklı ve DEHB olan çocuklarla sınırlı sayıda değişik çalışmalarda uygulandığı ve olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmektedir. (49,69,70,71). Ancak, bu programın DEHB olan çocuklardaki karşı gelme belirtilerine etkisini gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. DEHB ve diğer davranış sorunları için pek çok aile ve öğretmen eğitimi programları yayınlanmıştır (12,21,33,61,72,85,86). Erman (2001), ülkemizde gerek çocuklar gerekse anne babalar üzerindeki eğitim/danışmanlığa yönelik müdahalelerin etkilerine ilişkin yayınlanmış bir çalışmaya rastlanmadığını belirtmektedir (28). Yapılan çalışmalarda ise daha çok anne baba ve öğretmen üzerinde durulmuş, çocuklar üzerinde çok az çalışmaya rastlanmıştır (61,83).

2006 yılı T.C. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikasında, nüfusun önemli bölümünü oluşturan çocuk ve ergenlerin içinde yüksek risk taşıyan gruplardan biri olarak DEHB tanısı olan çocuklara verilen hizmetin nitelik ve nicelik olarak artırılması ve düzenlenmesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Ek olarak, çocuk ve ergen ruh sağlığı ile ilgili tüm disiplinlerin eşgüdümün sağlanması, geliştirilmesi ve bu yönde farkındalığın artırılmasının önemi vurgulanmaktadır. Ekip içinde var olması gerekli meslek gruplarının yanında okul ve aile gibi ekip dışı ortam ve bunların çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışanlarla işbirliği içinde olması önemlidir (79). Bu konuda uzman hemşirelerin de DEHB olan çocukların okullarında çalışan sınıf veya rehberlik öğretmenlerine eğitimcilik ve danışmanlık yaparak, ekip ile eşgüdümlü olarak Ruh sağlığı politikasında yer alan amaca ve hedeflere ulaşmada önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ülkemizde hemşirelik alanında bu konunun araştırıldığı bir çalışma bulunamamıştır. Psikiyatri hemşirelerinin uygulama alanlarında çalışırken

kullanabilecekleri etkin model ve yöntemlerin oluşturulması açısından da bu konunun incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür. Ayrıca, hemşirelerin çocuklara ve ailelere yapacakları eğitim/danışmanlık hizmetlerinde bu tür modelleri kullanmalarının, DEHB olan çocuklarda olabilecek problemleri azaltma ve yıkıcı davranış sorunlarını önleme açısından önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **1.1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma, DEHB olan çocuklara verilen “kişilerarası sorun çözme eğitimi”nin (Ben Sorun Çözebilirim) karşı gelme belirtileri üzerine etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

#### **Problem cümlesi**

DEHB olan çocuklara uygulanan “kişilerarası sorun çözme” eğitiminin karşı gelme, dikkatsizlik, hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile duygusal ve davranışsal sorunları azaltıcı bir etkisi var mıdır?

#### **Araştırmanın Hipotezleri**

**H1:** Kişilerarası sorun çözme eğitimine katılan çocukların “Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği” (YDBÖ) puan ortalamalarında eğitim öncesine oranla azalma vardır.

**H2:** Kişilerarası sorun çözme eğitimine katılan çocukların yeterlilik alanları ile duygusal ve davranışsal sorunlarını gösteren “Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği “Öğretmen Bilgi Formu/Teacher Report Form (TRF)” puan ortalamalarında eğitim öncesine oranla azalma vardır.

## 1.2. GENEL BİLGİLER

### 1.2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuğun gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve dürtüsellik ana belirtileriyle ortaya çıkan nöropsikiyatrik bir bozukluktur. DSM-IV'TR de "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığı altında yer almaktadır DEHB'nun temel özelliği, dikkati vermede ve sürdürmede güçlük ve benzer gelişim düzeyindeki çocuklara oranla aşırı hareketlilik ve ataklıktır (4,8,51).

Geniş ölçekli alan çalışmalarında, DEHB'nun sıklığı genel nüfusta %2-10 ve DSM-IV'TR'de ise okul çağı çocuklarında %3-5 olarak bildirilmektedir(4).

Epidemiyolojik çalışmalarda kültürlere ve kullanılan tanı araçlarına göre farklı sonuçlar elde edilmektedir (27,65). Cinsiyet açısından bakıldığında, erkeklerde kızlardan 2-10 kat daha fazla görülmektedir. Bu durum biyolojik, genetik, hormonal farklılıklardan ve sosyokültürel etkenlerden de kaynaklanabilmektedir (8, 50,51,75).

DEHB, etiolojisinde hangi faktörlerin yer aldığı kesin olarak bilinmemekle birlikte, daha çok kalıtım ve biyolojik etmenlerin rolü olduğu düşünülen karmaşık ve çok yönlü bir bozukluktur. Günümüzde DEHB'nun, sinir sisteminin işlevsel bozukluğunun bir sonucu olduğu düşüncesi ağırlık kazanmaktadır. Etiyolojisi ne olursa olsun, olumsuz sosyal nedenler, bozukluğun gelişimini ve seyrini etkileyebilecek potansiyel riskler içermektedir. Kaynaklarda, yapısal ve genetik etmenlerin çocuğun davranışlarını olumsuz şekilde etkilediği; fakat sosyal ilişkilerdeki bazı etmenlerin de çocukların antisosyal davranışları öğrenmesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (26,35,77).

Hiperaktif çocukların yetişkinlikteki durumlarının ön belirleyicilerinin ne olduğunu saptamak amacıyla yapılan çalışmalarda hiç bir özgün ön belirleyici değişken bulunmamakla birlikte, bazı değişkenlerin daha öne çıktığı belirtilmektedir. Bunlardan, yüksek zeka, aşırı hareketliliğin şiddetinde azlık, düşük saldırganlık, olumlu duygusal denge, engellenmeye dayanma eşiğinde yükseklik gibi mizaç özellikleri; olumlu sosyoekonomik durum, aile bireylerinin

ruhsal dengesi, olumlu duygusal ortam, olumlu çocuk yetiştirme uygulamaları gibi aile özellikleri; okul başarısı, arkadaşlarla olumlu ilişki ve anti-sosyal davranışın yokluğu gibi toplumsal ve eğitimsel özellikler yetişkinlikteki daha olumlu sonuçları belirleyen etkenlerdir. Bu çalışmaların sonuçları, bireysel, ailesel ve sosyal etmenlerin hepsinin birlikte DEHB'nun sonucunu belirlediğini göstermektedir (24,77). Kötü gidişin en güçlü belirleyicisi olarak çocukluk döneminde DEHB'na ek olarak karşı gelme bozukluğu (KGB) ve davranım bozukluğu (DB)'nun binişikliğinin olması vurgulanmaktadır (8,9,77).

DEHB'da binişiklik sıkça gözlenmekte ve binişik durumlar tedaviyi zorlaştırmaktadır. Binişiklik durumunun bilinmesi, bozukluğa neden olan etiyolojik etmenin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, binişiklik psikiyatrik bozukluğun doğal sürecini tanımada ve tedavi programının seçimini belirlemekte de önemlidir (8,63,87).

KGB diğer psikiyatrik bozukluklarla da yüksek oranda birlikte görülebilen, çok küçük yaşlarda başlayan, uzun süreli bir çocukluk çağı psikiyatrik bozukluğudur. KGB'nun temel özellikleri, tekrarlayıcı, toplumsal normlara ve başkalarının temel haklarına saldırı olmaksızın, olumsuz, düşmanca, söz dinlemez tutumlar ve otorite figürlerine karşı çıkma tarzında davranışlarla kendini gösteren bir davranış bozukluğudur ki bu bireyin işlevlerinde bozulmaya neden olur. DEHB'na binişik KGB olan çocukların toplumsal aktivitelere olumlu katılımları ve arkadaş sayıları normal çocuklara göre daha düşüktür (8,19,63). KGB, görülme sıklığı %2-16 arasında değişen ve DEHB ile birlikte görülme oranı çok yüksek olan bir psikiyatrik bozukluk olmasına rağmen çok az araştırılmıştır ve ilk kez DSM-III'te yer almıştır (19,37,74). Bazı yazar ve araştırmacılar KGB'nu DB'un bir alt grubu olarak görmektedir (11,19).

Bu bozukluğun ilk belirtileri genellikle çocuğun davranışları normal görülse bile, okul öncesi dönemde ortaya çıkar. Okul çağındaki çocukta bu davranış özellikleri, okul sorunları, olumsuz akran ilişkileri ve anne-baba ile çatışmalar şeklinde görülen bazı güçlükler ve yetersizliklerdir (8,37,88).

DEHB olan her çocukta başkaldırıma ve davranım bozuklukların en az bir

iki belirtisi de bulunmaktadır. Yalan söyleme, kolay öfkelenme, başkalarını rahatsız etme ve karşılık verme en çok görülen belirtilerdir. Bu belirtilerin artması ve devam etmesi ile DEHB olan çocuklar gelecekte daha başarısız ve sorunlu olabilmektedir. Bir çok ailenin, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik belirtilerini bir ölçüye kadar olumlu karşılayabildikleri, fakat KGB ve DB geliştiğinde sabırsızlandıkları, çocuğun ve gencin reddine kadar varan olumsuz tepkiler gösterebildikleri dikkati çekmektedir (46,63,77).

KGB ve DB yüksek oranda yaşa bağımlı bozukluklardır. Genellikle ilk olarak KGB gelişmekte, bunu sıklıkla DB takip etmektedir. Aynı şekilde DEHB da, KGB 'nun, daha sonra da DB'nun bir öncüsü, belki de DB gelişimini önceden haber veren sağlık personelinin yararlanması gereken bir ipucu olarak düşünülmektedir (73,87).

### **1.2.2.TEDAVİ EDİCİ YAKLAŞIMLAR VE HEMŞİRELİK UYGULAMALARI**

Çok yönlü sorunlar nedeniyle DEHB'nun tedavisinde psikososyal ve tıbbi girişimleri içeren çok yönlü tedavi (multi-modal) yaklaşımları söz konusudur. Son on yılda hastaların %80-90'ında ilaç tedavisi, davranış değişikliği ve aile eğitimi gibi yaklaşımların birlikte kullanılması ile olumlu sonuçlar alınmaktadır. Çocukta erken tanı konulması ve gereken tedavinin verilmesi ile belirgin olumlu değişimler görülebilmektedir. Uygun tedavi ile öğrenmeyi artırmak, davranış kontrolü sağlamak, kişilerarası ilişkileri geliştirmek ve çocuğun benlik saygısını yükseltmek hedeflenmektedir (8,15,34,76). Çok yönlü yaklaşım aşağıdaki tedavi ve yardım modellerini içermektedir;

- Bütünleyici (integratif) yaklaşım
- İlaç tedavisi
- Anne-baba eğitimi ve danışmanlığı
- Bireysel psikoterapi
- Bilişsel-davranışsal tedaviler,

- Davranış değiştirme (modifikasyon)
- Özel eğitim programları,
- Diyetin düzenlenmesi
- Çevrenin düzenlenmesi
- Sosyal beceri ve sorun çözme eğitimi

Bu yaklaşımlardan biri olan bilişsel-davranışçı tedavi ile daha iyi dürtü kontrolü, daha uzun süre düşünerek harekete geçme ve motor hareketliliğin uygun bir biçimde gerçekleşmesi sağlanmaktadır (26,34,65,81).

DEHB, karşı gelme bozukluğu ve bazı davranım bozukluğu olgularının anne babaları için Hanf'ın modeline, anne babalara sorunlu davranışların nedenlerinin açıklandığı bir görüşme ve ödül-ceza sistemleri eklenerek sosyal öğrenmeye dayalı bir anne baba eğitimi modeli geliştirildiği belirtilmektedir. Daha sonra DEHB ve diğer davranış sorunları için pek çok aile ve ğretmen eğitimi yapılmıştır (12,21,28,61,72).

Başta psikostimulan ilaçlar, anne-baba ve ğretmen eğitimi DEHB'nda etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Karşılaştırmalı çalışmalarda psikostimulan ilaçların kısa dönemde etkinlik açısından bakıldığında ilaçlar ile anne baba eğitimi arasında fark bulunmadığı, uzun süreli izleme çalışmalarında tedavinin kalıcılığı ve DEHB'na eşlik eden diğer sorunlar açısından ise ilaç ve psikososyal tedavilerin birlikte uygulanmasının daha etkin olduğu belirtmektedir (28,64,78,85). Anne baba eğitimi çalışmalarında tedavinin sonunda ocuklarda DEHB'nun temel belirtilerinde ve eşlik eden karşı gelme ve yıkıcı davranışlarda azalma, anne babalarda iletişim becerilerinde değişiklikler, davranış kontrolü ve başa çıkma becerilerinde artış, streste azalma ve anne babalığa ilişkin özgüvende artış bildirilmiştir. En belirgin düzelme ilaç ve birleşik tedavi gruplarında görülmüştür. Ancak DEHB belirtileri dışındaki yıkıcı davranışlar, kaygı, depresyon, sosyal beceri sorunları, akademik sorunlar, anne babayla ilişki zorlukları gibi parametreler açısından birleşik tedaviler, ilaçtan daha üstün bulunmuştur

(28,38). Çocukların okuldaki yıkıcı davranış sorunlarında azalmanın en fazla birleşik tedavi gruplarında olduğu belirtilmiştir (38). DEHB’nda farklı tedavi yöntemlerinin etkinliği açısından oldukça önemli olan bir konu da tedavinin kalıcılığıdır. Ancak, ilaç sonlandırıldıktan sonra tedavi ile sağlanan değişimlerin devam edip etmediği ya da hangilerinin devam edeceği konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu konuda az sayıda uzun süreli izleme çalışmasında ilaç ile birleşik tedaviler arasında fark olmadığı ya da birleşik tedavi sonrasında olumlu etkilerin devam ettiği yönünde çelişkili sonuçları içeren araştırmaların olduğu bildirilmektedir. İlaç ve psikososyal tedavilerin kombinasyonu birbirlerinin etkisini arttırmaları ve tamamlamaları nedeniyle en fazla önerilen tedavi yaklaşımı olarak gösterilmektedir (28,45,80). Psikososyal tedaviler öfke kontrolü, sosyal beceri eğitimi, sorun çözme eğitimi, duyguların kontrolü ile ilgili faaliyetleri içermektedir (33,83).

2006 yılı T.C Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikasında, ilgili tüm disiplinlerin eşgüdümünün sağlanması, geliştirilmesi ve bu yönde farkındalığın artırılması vurgulanmaktadır. Ekip içinde var olması gerekli meslek gruplarının yanında çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında vazgeçilmez olan okul ve çevresi gibi ekip dışı ortam ve çalışanlarla işbirliği de vurgulanmaktadır. Bu alanla ilgili disiplinlerin eşgüdümünün sağlanması, geliştirilmesi ve bu yönde farkındalığın artırılmasında kullanılacak stratejiler olarak; okul ve dershanelerde psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin etkin hale getirilmesi; öğretmenler, okul psikoloğu ve danışmanların eğitimlerinin nitelikli ve donanımlı olmasının sağlanması ile Psikolojik Danışma Rehberlik hizmetlerinin okullarda ihtiyaçları karşılayacak oranda niceliksel ve niteliksel olarak yaygınlaştırılması belirtilmektedir(79).

Bu konuda psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlaşmış hemşireler de DEHB olan çocuklara ve öğretmen veya rehberlik öğretmenlerine eğiticilik ve danışmanlık yaparak, ekip ile eşgüdümlü olarak politikada yer alan amaca ve hedeflere ulaşmada önemli katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, bu çocuklara daha küçük yaşta gerekli ortam

hazırlanmalıdır. Bu sağlıklı ortamın oluşmasında sağlık ekibinin bir üyesi olarak okul hemşireliği yönü ile hemşirelere de önemli bir rol ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşire tüm çocuklara özellikle de risk altındaki çocuklara, sorunlarını sağlıklı bir şekilde nasıl düşünüp ele alacağı konusunda eğitim verme ve çocukların beceri kazanmasında önemli bir katkı sağlayabilecektir (60).

Hemşirelerin yapacağı eğitim ve danışmanlık hizmeti, DEHB olan çocuklarda olabilecek problemleri azaltmak ve önlemek açısından önemlidir. Okul sorunları için hemşirenin, öğretmen ile iletişim kurma konusunda aileyi yüreklendirmesi; aile, öğretmen ve terapist iletişiminin sürekliliğini takip etmesi çocuğun gelişimi açısından yararlı olmaktadır (15,32,52).

DEHB'nda hemşirelik bakımın temelini, ailenin desteklenmesi oluşturmaktadır. Doğru tanı koyabilmek ve olumlu tedavi yaklaşımı için de aile ile işbirliği yapmak önemlidir. DEHB, okulda ve aile içinde bazı sorunlar yaşanmasına neden olmakla beraber, başlangıçta ebeveynin çocuklarındaki semptomları tanımaları ya da kabullenmeleri güç olabilmektedir. Çocuk sağlığı alanında çalışan hemşirelerin çocukta gözledikleri davranışları değerlendirerek aileyi doğru yönlendirme sorumluluğu vardır.

Sunulacak danışmanlık hizmetinde ailelerin sorunun biyolojik yönünü anlamaları çocuklarına ya da kendilerine yönelik suçlamaların azaltılması üstünde durulmaktadır. Verilecek eğitimlerde DEHB'nun tedavisi detaylı olarak ele alınmadır. Burada amaç, ailenin farklı tedavi seçeneklerinin etkinliğini öğrenmeleri ve gerek ilaç gerekse diğer tedavilere ilişkin önyargıların azaltılmasıdır. Bu bilgilendirme aşamaları tamamlandıktan sonra davranış sorunlarının olası nedenleri gözden geçirilerek, anne baba çocuk arasında yaşanan etkileşim süreçleri ve davranış sorunlarıyla baş etmede temel ilkeler ele alınır. Bu aşamada, DEHB olan bireyler için olumlu etkileşimin önemi vurgulanır ve anne babalara çocuğa olumlu ve etkili bir biçimde ilgi gösterebilmelerini sağlayacak özel zaman uygulaması, olumlu davranışları destekleme ve çocuğun kendi kendine oyalanmasının sağlanması gibi uygulamalar öğretilir. Bu noktada,

anne babaya somut ödüllere çok çocuğu övmesi, desteklemesi, takdir etmesi gibi sosyal ödüller kullanma öğretilir. Daha sonraki görüşmelerde ise olumlu davranışlar için çocuğun yaşına uygun olacak biçimde puan, ödül kartı, jeton gibi somut ödüllendirmeler kullanılması gerektiği belirtilir. Bu uygulama sırasında önce sadece olumlu davranışlar ödüllendirilmelidir, daha sonra olumsuz davranışlarda ödül kartını geri alma ya da ceza puanı verme uygulamasına geçilir. Özellikle okul öncesi ve ilkokul çağındaki çocukların tutturma, öfke nöbeti ya da karşı gelici davranışları için ceza zamanı uygulamasının nasıl olacağı öğretilir. DEHB olan çocuklar sıklıkla sosyal ilişkilerde sorunlar yaşadıkları için anne babalarla çocuklarının sosyal becerilerini nasıl geliştirebilecekleri konuşulur (15,32,52,67).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlaşmış hemşirelerin çocuğa, aileye, öğretmene ve arkadaş çevresine danışmanlık vermesinin, çocuğun uyumunu ve başarısını artırma yönünden yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu amaçla, ev ziyaretleri de kullanılabilir. Hemşirelerin yapacağı sürekliliği sağlanmış izlem ve danışmanlık çalışmaları, DEHB olan çocuklarda ortaya çıkabilecek problemleri azaltmak ve önlemek açısından önemlidir (15,52,67). Ayrıca, davranış değişikliği müdahaleleri, dikkat ve dürtü kontrolü açısından evde ve okulda yararlı olmaktadır. Öğretmen ile işbirliği yaparak dikkati artırma amacıyla çevre düzenlemesi yapmanın yararlı olacağı da bildirilmektedir (15,52). Okul hemşireliğinin yaygınlaşması DEHB olan çocukların doğru merkezlere yönlendirilmesi, tedavi ve terapilerinin sağlanması, öğretmen, aile, terapist, halk sağlığı ve psikiyatri hemşiresi ilişkisinin ve çocuğa verilecek desteğin sürekliliğinin sağlanmasında önemli bir araç olabilir (32,36,52).

DEHB tanısı konmuş çocukların sorunları yalnızca öğrenme alanında olmadığından, onların sorunu bir yaşam sorunudur. Sürekli hata yaptıkları için eleştirilip engellendiklerinden zayıf benlik imgesi geliştirirler ve kendilerini beceriksiz, işe yaramaz görürler. Bu nedenle çocukla doğrudan çalışırken terapide amaç, çocuğun güçlükleri ile başa çıkmasına yardımcı olmak olduğundan; hemşire, aile ve çocuk ile açık bir iletişim içinde çocuğun güçlü

yönlerinin ortaya çıkarılması konusunda ve çocuğun sorunları ile başa çıkmasında yardımcı olmalıdır (32,52,67,).

DEHB olan çocukların ailelerine yapılan ev ziyaretlerinde birçok açıdan yararlı olduğu için eğitimin önemli olduğu belirtilmektedir. Weeks ve Laver-Bradbury (1997) çalışmasında uzman hemşirelerin yaptıkları ev ziyaretlerinin çocuk ve aile için yararlı olduğunu; uyguladıkları 8 haftalık ev ziyaretlerinin sonunda, müdahale grubunda karşı gelmede %39 ve aşırı hareketlilik belirtilerinde %22 oranında azalma görüldüğünü belirtmişlerdir (84).

DEHB olan çocuklar için kullanılabilecek olası hemşirelik yaklaşımlarını gerektiren sorunlar; şiddet riski, sosyal iletişimde bozukluk, benlik saygısında düşme, çocuğun ve ailenin başetme yöntemlerinde yetersizlik, ailenin suçluluk ve yetersizlik hissetmesi, aşırı hareketliliğe bağlı kazalarda yararlanma riski ve öfke patlamaları olarak özetlenebilir (15,32).

### **1.2.3. KİŞİLER ARASI SORUNLARI ÇÖZME YÖNTEMLERİ**

İnsanlar gün boyunca farklı kişilerle, farklı ortamlarda ve farklı sürelerle etkileşime girerler. Kişilerarası sorun, etkileşimde bulunan taraflardan en az birinin, mevcut etkileşim biçimi ile ideal etkileşim biçimi arasındaki farkı algıladığı, bu fark yüzünden gerginlik hissettiği, gerginliği ortadan kaldırmak için girişimlerde bulunduğu, ancak girişimlerin engellendiği bir durum olarak tanımlanabilir. DEHB'da da kişilerarası sorunlar sık yaşandığından, bu çocuklarla çalışırken önemli olan, sorun çözme becerilerini geliştirerek sorunların üstesinden başarıyla gelmek, sorunlara "kazan-kazan" türü çözümler bulmaya çalışmayı öğretmektir (8,42,55).

Sorunları çözmek için insanlar farklı yöntemler kullanırlar. Bu yöntemleri kişilerin bulunduğu ortama, kişisel özelliklerine, aldığı eğitime, disipline, model aldığı ebeveynlerine, öğretmenlerine kısacası yaşamında onu etkileyen kişiler ve etkenlere göre değişir. Geleneksel eğitim gibi aktif ya da geliştirici düşünmeye teşvik etmeme, insanların kolay ve acele çözüm arayışı, bir sorunun tek doğrusu olduğu yönündeki kısıtlayıcı yaklaşımlar, sorunları geniş bakış açısı ile ele almayı sınırlamaktadır.

Kişilerarası sorunlara olumsuz tutum ile yaklaşıldığı takdirde başarılı olma olasılığı son derece düşüktür. Sorunları çözebilenlerle çözemeyenler arasındaki en önemli fark, sorunlar karşısındaki bu tutum ya da yönelim farklılığıdır. Sorunlara, herkesin kazanabileceği çözümler bulmanın önündeki en önemli engel, kişilerin sorunlar karşısındaki olumsuz yönelimidir. Olumsuz yönelim, sorunlarla ilgili olumsuz düşünceleri, inançları ya da tutumları içerir. Örneğin; “Ben yapamam”, “Başkalarının bunu yaptığını biliyorum, ama bu benim için çok zor”, “Eğer daha fazla imkanım olsaydı (daha fazla zamanım ya da param olsaydı, başkalarından yardım alabilseydim, daha becerikli olsaydım, vb.), o zaman bu sorunu çözebilirdim”, “dünya, beni alt etmek için fırsat kolluyor, ben bu sorunla başbaşayım!”, “bu acil bir durum, düşünecek zamanım yok!” vb. düşünceler sorunlara yönelik olumsuz tutumu göstermektedir (42,55).

“Acil durum modu” olarak adlandırılan olumsuz düşünce çok yaygındır. “Bu çok acil bir durum; düşünecek zaman yok!” demekle çoğu insan özellikle de DEHB olan kişiler aslında düşünüp taşınmadan karar vermiş ve harekete geçmiş olmalarını meşru göstermeye çalışmaktadırlar. Bu olumsuz düşünceye karşı hatırlanması gereken iki şey; gerçekten acil durumların yaşamda çok az yer tuttuğu ve beynin en hızlı bilgisayardan daha hızlı çalışıyor olması, dolayısıyla da düşünmek için çoğunlukla yeterince zaman olduğudur. İnsanlar genellikle mantıklı ve sonuç elde edecek bir çözüm olarak algıladığı çözüm üzerinde yol alırken, daha uygun olabilecek başka pek çok olasılığı otomatikleşen kolay ve acele çözüm bulma eğilimi nedeniyle göremezler. Sorunlara olumlu bir yönelimle yaklaşıldığında kişinin düşünceleri de berraklaşır. Eğer sorunlar karşısında kötü hissediliyorsa bu sorunla ilgili düşünceler gözden geçirilmelidir. Olumsuz düşünceler bulunup, bunlar olumluları ile değiştirilmeye çalışılmalıdır. Sorun çözme becerileri ve sorun çözmeyi kolaylaştıran olumlu düşünceler şunlardır(55);

\* **Sorunların birden fazla çözümleri olduğuna inanma** : “Bu sorunu çözmenin tek bir yolu var” düşüncesi kişilerin sorun çözme yöntemi olarak şiddete başvurma eğilimlerini artırır.

\* ***Bir tarafın kazanması diğer tarafın kaybetmesini gerektirmez, herkesin kazanabileceği yollar bulunabilir; sorunlara farklı bakış açısı ile yaklaşma, başkalarının bakış açılarını öğrenmek için etkin dinleyici olma:*** kişilerarası sorunlara herkesin kazanabileceği çözümler bulabilmek için sorunların olabildiğince farklı yönlerden incelenmesi gerekir. Aynı durumu başkalarının nasıl algıladığını, gördüğünü ve yorumladığını öğrenmek de önemlidir.

\* ***Güç kullanmaktan kaçınma; pozisyonlar üzerinde değil, sorunlar üzerinde odaklaşma:*** Güç kullanılarak çözülen sorunlar, onaylamadan da kabul edilmek zorunda kalınan geçici çözümlerdir. Güç kullanılarak dayatılan çözümü kabul etmek zorunda kalan taraf, kendini güçsüzlük, çaresizlik, aşağılanmışlık, gururu incinmişlik, kırgınlık ve öfke gibi olumsuz duygular hisseder.

\* ***Duyguları dikkate alma:*** Sorun çözme, taraflar kendini rahatlamış hissettiğinde tamamlanır. Kişiler kendi davranışlarıyla başkalarının duygularını etkileme potansiyeline sahiptir. Sorun çözme becerilerine sahip kişiler kendi duygularını daha oluşurken yakalayabilir, başarıyla yönetebilir ve bu güçleri bilinçli olarak sorun çözme sürecinde de kullanabilirler.

Kişilerarası sorun çözme becerilerinin öğretiminde, ya sorun çözme sürecini ya da doğrudan doğruya performansı vurgulayan iki farklı yönelim olduğu belirtilmektedir. Süreç yönelimi, sorunları tanımlamayı ve sorunlara çözüm bulabilmek için izlenmesi gereken aşamaları öğretmeyi amaçlar. Performans öğretimi ise kişilerin bir sorun durumunda yaptıkları davranışlar üzerinde odaklaşır. Kişinin ne söylediği kadar bunu nasıl söylediğinin, (göz teması, ses tonu ve yüksekliği, jest ve mimikler) öğretimi de programın hedefleri arasında yer alır. Bu beceriler genellikle rol oynama, model alma ve geri bildirimler yoluyla öğretilir. Sorun çözme becerilerinin öğretiminde sürece odaklanan öğretim, kişinin belli bir durumda en uygun tepkinin ne olduğuna karar vermesine; performans öğretimi ise belli bir durumda kişinin en etkili tepkiyi göstermesine yardım eder (55).

Kişilerarası bir sorunu çözmek için önerilen yöntemde ilk olarak kişilerin

sorunları duruma özgü ve somut bir biçimde tanımlamaları beklenir. Sorun, etkileşimde bulunan kişilerin hepsinin bakış açısından tanımlanır. Amacın ve kabul edilebilir sonuçların neler olduğu saptanır. Beyin fırtınası yöntemi ile kişilerden alternatif çözümler üretmeleri istenir. Bu aşamada, önerilen bütün çözümler dikkate alınır. Sonraki aşamada olası her bir çözümün kazandırdıkları ve kaybettirdikleri değerlendirilir. Kazanma-kaybetme oranı en iyi olan çözüm seçilir ve uygulamak üzere plan yapılır. Bu plan uygulanır ve sonuçları değerlendirilir. Hedeflenen amaca ulaşılammışsa yeni bilgiler ışığında diğer alternatif denenerek süreç devam eder (55).

Çocuklarla ilgili sorun çözme yaklaşımları yetişkinlerde kullanılan yaklaşımlardan farklılıklar göstermektedir.

1965'de Haim Ginott'ın "Anne-Baba ve Çocuk Arasında" adlı kitabında "bir çocuğa neyi yapmamasını (koşma) anlatmanın yerine anne-babaların onlara ne yapmalarını (yürü) istediklerini anlatarak olumluyu vurgulayabileceğini öne sürerek" olumlu çocuk yetiştirme üzerinde durması konusunda ilk dönüm noktasını oluşturmuştur. Daha sonra Gordon akılcı (rasyonel) sorun çözme yöntemini kişilerarası sorunların çözümüne uyarlamıştır. Gordon Etkili Anababalık Eğitimi adlı kitabı ile anababaların çocuklarla iletişim kurarken aktif dinlemeyi ve "sen iletileri" yerine "ben iletileri" kullanarak etkili anababalığı öğrenebileceklerini ileri sürerek ikinci dönüm noktasını oluşturmuştur. Bu önemli yaklaşımların ardından Spivack ve Shure tarafından 1974'de geliştirilen ve 1992'de kitabı yayınlanan bilişsel yaklaşıma dayalı bir kişilerarası sorun çözme eğitimi olan "Ben Sorun Çözebilirim (BSÇ)" programının temel amacı, çocuklara ne düşüneceklerini değil, nasıl düşüneceklerini öğretme yoluyla "insanlardan kaynaklanan" sorunları önleyecek ve ortaya çıkan sorunları da çözebilmelerine yardım edecek düşünme becerilerini kazandırmaktır. Bu yöntem, çocuklara kendi başlarına düşünmeleri için yol göstermekte ve düşüncelerini nasıl değerlendireceklerini öğretmektedir. Çocukları, sorunlara kendi başlarına olabildiğince çok sayıda çözüm yolu düşünmeye özendirilmektedir (55,69,71).

BSÇ eğitiminde temel odak çocuğun becerileridir. Sorun çözme sürecinde

duygulara önem veren BSÇ modeli, etkili anababalık modelinden farklı olarak “ben dili” kullanma yerine çocuğa yaptığı davranıştan dolayı karşısındaki kişinin “ne hissediyor” olabileceğini düşünmeye özendirir. Yani BSÇ, etkili ana-babalık modelinden daha üst sorun çözme modelidir (55,69). Bu beceriyi kazanan çocuk hem kendinin hem de başkalarının duygularını değerlendirebilir ve ne yapacağına karar verebilir.

BSÇ, çocukların bir sorunu çözenin birden fazla yolu olduğunu öğrenmelerine yardım etmektedir. Özellikle de çocukları günlük yaşamda karşılaşılan kişilerarası sorunlara olabildiğince çok sayıda ve farklı çözüm yolları düşünmeye yönlendirmekte; “birden fazla çözüm yolu vardır”, “hemen vazgeçmemeliyim”, şeklinde bir düşünme tarzı geliştirmelerine ve şiddet dışında da birçok çözüm bulmaya teşvik etmektedir.

Çocukların olayların sonuçlarını anlamalarına, öğrenmelerine ve belli bir sorun karşısında başvurdukları çözümün olası sonuçlarını değerlendirmelerine yardım eder. Sonuçsal düşünme yoluyla, eğer belli bir çözüme başvurulursa bunun olası sonuçlarının (bir sonraki aşamada) neler olabileceğini düşünmelerine yardım etmektedir. Çözümlerle sonuçların eşleştirilmesi yoluyla da çocukların çözüm-sonuç ikililerini nasıl üreteceklerini öğrenmelerine yardım etmektedir. Bu sayede çocuklar, bir dizi çözüm arasından en çok istedikleri sonuca göre seçim yapabileceklerini ya da istemeyeceği sonuca göre de bazı seçimlerden uzak duracaklarını bilebilirler.

BSÇ eğitimi alan çocukların, sorun çözücü düşünme biçimini kazandıkları için sosyal uyumlarının arttığı ve duygusal huzursuzlukları, şikayetleri, içe kapanıklıkları, fevri, duyarsız, saldırgan davranışlarının önemli derecede azaldığı belirtilmektedir. Bu çocukların engellenme duygusu ile daha iyi baş edebildikleri, haklarını daha uygun şekilde koruyabildikleri, istediklerini daha kolay ve uygun tarzda elde edebildikleri ve güçlüklerle karşılaştıklarında daha uygun baş edebildikleri belirtilmektedir (55,66,71).

BSÇ ile yapılan çalışmalarda amaç okul akademik başarısını artırmak olmasa da, çocukların duygusal yükten kurtulunca akademik alanlara

odaklanmanın kolaylaştığı bunun da akademik başarıyı arttırdığı bildirilmektedir. Düşük okul başarısı, okul dışına itilme, madde kötüye kullanımı, suç işleme, ciddi sonuçları olan olaylarda yüksek riskinin ön belirtisidir. BSC'in bu yüksek riskli davranışları azaltmakta ya da önlemekte faydalı olduğu ifade edilmektedir. Eğer çocuklar yaşamın başında sorunları hakkında düşünmeyi öğrenebilirse; ilköğretim, lise, üniversite ve ileriki yaşamında da karşılaşılabileceği uyuşturucu ve şiddet gibi ciddi problemler ile baş edebilecek beceriye ve alışkanlığa sahip olacağı bildirilmektedir. BSC becerisinin ergenlik ve yetişkinlik döneminde de pek çok sorunu çözmeye ve doğru karar verebilecek insan olarak yetişmesinde çok yardımcı olabileceği ifade edilmektedir (55,66,71).

Kişilerarası sorunların birden fazla çözümü olduğundan BSC eğitiminde de çok sayıda çözüm üretmek önemlidir. Belirli bir soruna belli bir düzen içinde sıra takip ederek birçok farklı çözüm üretebilme ve sonuçlarını düşünebilme alışkanlığının kazandırılması önemlidir. Sonuçları düşünme; olayların ve şartların farklı yönlerini düşünebilme kabiliyetidir. 1985 yılında Shure'un, ulusal ruh sağlığı enstitüsüne yazdığı raporda yüksek BSC becerilerinin, alternatif üretebilmenin özellikle yardımseverlik ve paylaşma gibi toplumsallaşmaya yol açan davranışlara yönlendirirken; düşük BSC becerisinin, dürtüsel ve sınırsız davranışlara yol açtığı belirtilmektedir (71).

Birtakım olumsuz antisosyal davranışların (dürtüsel kontrol eksikliği, hazı erteleyememe, başarısızlıkla baş etmede yetersizlik, bozuk arkadaş ilişkileri, düşük empati becerisi vb), madde kullanımı, suç işleme, okuldan kaçma gibi bazı psikopatolojik davranışların okul öncesi dönemlerde başladığı ve devam ettiği; bu nedenle de çocuk eğitiminde küçük yaşlarda sosyal davranış problemlerini önleme konusu üzerinde durulmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Erken dönemlerde sorunların başlaması, olumlu sonuçlara gidebilmek için sorun çözme eğitiminin de erken başlamasını gerektirmektedir. Sorunları çözmek için kullanılan olumsuz sorun çözme yaklaşımı geçmişte nasıl öğreniliyorsa, daha etkili sağlıklı sorun çözme yöntemlerinin de 3 yaşından başlayarak çocuklara öğretilip-kazandırılması mümkün olmaktadır (39,49,68,71).

Bilişsel-davranışsal yaklaşım çerçevesinde geliştirilen kişilerarası sorun çözme becerileri özellikle de sahip oldukları bozukluğa bağlı olarak daha fazla sorun yaşayan DEHB olan çocuklara öğretilenmektedir (71).

#### **1.2.4. DEHB ve Ben Sorun Çözülirim (BSC) Yaklaşımı**

DEHB tedavi edilmediği takdirde, belirtileri bireyin gelişim, eğitim ve yaşantısının hemen her alanını olumsuz olarak etkilemekte, ciddi iletişimsel, ruhsal, sosyal ve eğitimsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Hiperaktif çocuklar dikkat eksikliği, hiperaktivite, impulsivite ya da diğer bir deyişle davranışlarının sonuçlarını düşünmeden hareket etmeleri, isteklerini erteleyememeleri nedeniyle arkadaş ortamından dışlanmakta ve başarısız olmaktadır. Ek olarak da, arkadaşlık kurmada ve sürdürmede yaşadıkları zorluklar nedeniye daha içe kapanık, yalnız ve öfkeli olabilmektedirler (6,26,81,88). Ayrıca benlik saygılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu da belirtilmektedir (8,77,87).

DEHB olan çocuklar iyi ve masum niyetlerle hareket etseler de bazen anti-sosyal ve istenmeyen davranışları kasten yapıyormuş gibi algılanabilmektedirler (8,18,88). Kısa zamanda ayırt edilip etiketlendikleri, çevresi tarafından itildikleri durumlara sık rastlanmaktadır. Ayrıca, çocukların bir kısmının, okulda ve oyunlarında kendileri gibi olan çocukları bularak bir alt grup oluşturabildikleri ve bu alt gruplaşma olayının daha sonraki yıllarda suça yönelik çetelere karışmaya dönüşmede rolü olduğu da belirtilmektedir (52,77). Bunların yanında DEHB olan çocuk ve gençlerin %80'inden fazlasının normal davranışları olan çocuk ve gençler tarafından itildikleri ve reddedilmiş çocukların adolesan dönemde antisosyal davranışların gelişimde yüksek risk taşıdıkları belirtilmektedir (53,77,87).

Yukarıda belirtildiği gibi DEHB olan çocuklar sağlıklı çocuklardan daha fazla ve başta kişilerarası ilişkiler olmak üzere bir çok alanda sorunlar yaşamaktadır. Öfkelerini etkili biçimde yönetmek ve engelleyebilmek için gereken becerileri kazanmaları zordur. Çocuklarda çoğu zaman bunun farkında

olup üzölmektedir ve yapabilseler, değişmek için ellerinden gelen her şeyi yapmaya hazırdırlar. Yaşadıkları problemlerin çoğu sosyal kuralları kolaylıkla öğrenmelerini ve anlamalarını güçleştiren dikkat sürelerinin kısa olmasından ve dürtüsel olmalarından kaynaklanmaktadır. Sağlıklı kişilerin kolayca edinebildikleri becerileri, onlar öğrenmek zorunda olduklarından, uygun şekilde yardımda bulunulduğu takdirde, bu çocukların sosyal alanda başarıyı yakaladıkları görölmektedir (88).

BSÇ programının sağlıklı çocuklarla değişik çalışmalarda uygulandığı ve olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmektedir. Çocukların günlük kişilerarası sorun çözmeyi öğrenmesi ile dürtüsel, duygusuz, saldırgan ve yıkıcı davranışlarda azalma olacağı belirtilmektedir (69, 70, 71).

Shure (1999), Aberson'un (1996), DEHB olan üç çocuğun annesine BSÇ yöntemini öğrettiği çalışmasında çocukların sorun çözme becerilerinin ve davranışlarının geliştiiğini belirttiğini aktarmaktadır. Aynı makalede daha ileri araştırmaya gereksinim duyulmakla birlikte DEHB olan çocuklarda eğitimle aşaağıdaki gelişmelerin olabileceği önerilmektedir (71 );

- Davranışlarının sonuçlarını öngörebilme,
- Riskli davranışların (okulda başarısızlığa ve daha sonra ciddi sonuçları olan suç işlemeye neden olabilen sağlıksız, kontrolsüz davranışlar) sonuçlarını bilme, ona göre davranış değişikliği geliştirebilme,
- Öfkesini tanıma,
- Öfkesini ifade etmesinin farklı yollarını bulma,
- Öfkesi ile nasıl baş edebileceği
- Kontrollü ve uygun davranma.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Çalışmanın başında, evren ve örneklem seçimi için ön inceleme yapılmıştır. Çalışmanın sürekliliği önemli olduğundan; haftada 4 gün ikişer saatten oluşan 14 haftalık uygulamada ulaşım kolaylığı nedeni ile GATA'ya yakın olan ve toplumun büyük çoğunluğunu yansıtabilecek orta düzeyde sosyo-ekonomik ve kültürel özelliğe sahip okullar değerlendirmeye alınmıştır. Belirlenen üç okulda çalışma yapabilmek için gerekli izni almak amacıyla T.C. Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğüne başvurulmuş olup, İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün sevgiyle T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Eğitimi Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı tarafından çalışma incelenerek, uygulamasına izin verilmiştir. İzin alınan üç okuldan ikisi ile yeterli örneklem büyüklüğüne ilişkin koşullar sağlandığı için rasgele seçilen 2 okulla araştırma okul müdürlerinin destekleriyle yürütülmüştür (Bkz Ek-5).

Araştırma, Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulu ve Gülhane İlköğretim Okulunda yapılmıştır. Gülhane İlköğretim Okulu, Ankara'nın Basınevler Caddesinde GATA'ya en yakın iki okuldan biridir. 1982 yılında açılan bu okulda bir müdür, 3 müdür yardımcısı, 3 baş muavin, 65 öğretmen (21'i sınıf öğretmeni) ve 3 psikolojik danışma ve rehberlik öğretmeni görev yapmaktadır. 1954 yılında açılan Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulunda ise bir müdür, 2 müdür yardımcısı, 46 öğretmen (20'i sınıf öğretmeni) ve 1 psikolojik danışma rehberlik öğretmeni görev yapmaktadır. Gülhane İlköğretim Okulunda 168 birinci sınıf öğrencisi, 177 ikinci sınıf öğrencisi, 186 üçüncü sınıf öğrencisi, 191 dördüncü sınıf öğrencisi ve 166 beşinci sınıf öğrencisi olmak üzere 888'i birinci kademe de olmak üzere toplam 1575 öğrenci bulunmaktadır. Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulu'nda ise 156 birinci sınıf öğrencisi, 84 ikinci sınıf öğrencisi, 147 üçüncü sınıf öğrencisi, 87 dördüncü sınıf öğrencisi ve 115 beşinci sınıf öğrencisi olmak üzere 686'sı birinci kademe de olmak üzere toplam 946 öğrenci bulunmaktadır. Gülhane İlköğretim Okulu'nda 19 derslik yanında 2 bilgisayar laboratuvarı, 1 müzik odası, 1 iş teknik atölyesi, 1 laboratuvar, 1 kaynaştırma

odası, 1 kütüphane de yer almaktadır. Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulunda ise 16 derslik yanında 1 bilgisayar laboratuvarı, 1 laboratuvar ve 1 kütüphane yer almaktadır.

Okullarda rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetleri; sağlık, sosyal yardım, özel eğitim ve özel yetiştirme hizmetleri, boş zaman eğitimi ve sosyal etkinliklerini yürütmektedir. Rehberlik servisinin işlevleri, öğrenciyi tanıma, bilgi verme, öğrencilerin niteliklerine uygun etkinliklere yönlendirme hizmeti, psikolojik danışma ve izlemedir. Gülhane İlköğretim Okulunda üç rehber öğretmenden biri 08:30-13:30; diğeri 10:30-15:30; öbürü ise 13:00-18:00 saatleri arasında görev yapmaktadır. Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulunda ise bir rehber öğretmen bulunmakta olup 09:00-15:00 saatleri arasında görev yapmaktadır.

## **2.2. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Araştırma, “kişilerarası sorun çözme eğitimi”nin, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklardaki karşı gelme belirtileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla tek gruplu ön-son test deseninde yarı deneysel olarak yapılmıştır.

## **2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini Ocak 2007-Nisan 2007 tarihleri arasında Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulu ve Gülhane İlköğretim Okulu'nda okuyan ve araştırma kriterlerine uyan DEHB tanısı konulan çocuklar oluşturmuştur. Her iki okulda da herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiştir. Tespit edilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveynlerin çocukları eğitime alınmıştır.

Her iki okulda birinci kademedede DEHB tanısı olan çocukları belirlemek için okulun rehber öğretmenleri aracılığıyla sınıf öğretmenleri ile irtibat kurulmuştur. Başlangıçta sınıf öğretmenleri tarafından DEHB olabileceği tahmin edilen veya tanısı önceden konulmuş olan toplam 104 öğrencinin velileri toplantıya davet edilmiştir. Toplantıda DEHB olan çocukların anne, baba ya da her ikisine araştırma ve araştırmacı hakkında bilgi verilmesini takiben, araştırmaya katılmayı kabul eden 91 çocuğun ailesinden Aydınlatılmış Onam Formu (Bkz Ek-3) imzalatılarak gerekli izin alınmıştır. Gönüllü bireylerin

çalışmaya uygunluk kriterleri değerlendirilerek, ölçekleri doldurması istenmiştir. Araştırmacı anne-baba ve öğretmenden ölçekler yoluyla elde edilen bilgiler ışığında 91 çocuktan DEHB tanı ölçütlerini karşılayan 49 çocuk belirlenmiştir. Bir çocuk psikiyatristi tarafından bu 49 çocuktan 37'sine DEHB tanısı konulduktan sonra, bu 37 çocuk ile çalışmaya başlanmıştır. Tanılama, çocuk psikiyatristi tarafından anne-baba ve öğretmenden DSM-IV-TR'e dayalı "Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YDBD) ile elde edilen bilgilere ek olarak, görüşme ve gözleme dayalı olarak konulmuştur. Görüşme ve gözlemde olası komorbid psikiyatrik bozukluk düşünülenlere, değerlendirme için gerekli ölçekler (Çocukluk Depresyon Ölçeği, Durumsal-Sürekli Anksiyete Ölçeği, Öğrenme Bozuklukları Tarama Listesi) verilmiştir. Başlangıçta tespit edilen ve araştırmaya katılmayı başlangıçta kabul edip fakat eğitime devam etmeyen 3 çocuk araştırma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın devamı sırasında DEHB'a başka ek tanı konulan 1 çocuk da araştırma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak, eğitime devam etmeme ve ek tanı alması nedeniyle 4 çocuk araştırma sürecinde araştırma dışında bırakılmış ve araştırma 33 çocuk ile tamamlanmıştır.

Gülhane İlköğretim Okulu'nda 10'u sabahçı, 9'u öğleci olmak üzere toplam 19 öğrenci; Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulu'nda 7 sabahçı, 7 öğleci öğrenci olmak üzere toplam 14 öğrenci çalışma kapsamında kalmıştır. Bu çocuklardan sabahçı ve öğleci olma durumu ve grup sayısı dikkate alınarak ortalama 7-10 çocuktan oluşan 4 grup oluşturulmuştur.

Araştırmaya katılan çocuklardan 7'sinde ilaç tedavileri normal seyrinde devam etmiş olup, bunlardan ikisinin ilaç kullanımını düzenli değildi. Eğitim sırasında bu konuda hiçbir müdahale yapılmamıştır.

### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

1. Çocuğa DSM-IV ölçütlerine göre DEHB tanısı konulmuş olması
2. Çocuğun 6-11 yaş arasında olması
3. Anne-babaların en az ilkokulu bitirmiş olması
4. Çocuğun/anne-babaların çalışmaya katılmayı kabul etmesi

### **Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:**

1. Anne-babalarda ciddi psikiyatrik hastalık olması
2. Parçalanmış aile ya da evlat edinilmiş olan olgular olması
3. ocukta, sensorimotor engel ve mental retardasyon olması
4. Olgularda KGB haricinde diğer psikiyatrik bozuklukların olması (davranım bozukluğu, öğrenme bozuklukları, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar)

Araştırmaya dahil edilen çocukların ve ailelerinin özellikleri Tablo 2.3.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.3.1** Araştırmaya alınan çocukların özelliklerinin dağılımı (n=33)

<b>Cinsiyet</b>	<b>n=33</b>	<b>%</b>
Erkek	30	90.9
Kız	3	9.1
<b>Okul</b>		
Şehit Mehmet Altanlar ilköğretim Okulu	14	42.4
Gülhane ilköğretim Okulu	19	57.6
<b>Sınıf</b>		
1. Sınıf	3	9.1
2. Sınıf	7	21.2
3. Sınıf	8	24.2
4. Sınıf	13	39.4
5. Sınıf	2	6.1
<b>Anne eğitimi</b>		
İlköğretim	25	75.8
Lise	8	24.2
Üniversite	0	0
<b>Baba eğitimi</b>		
İlköğretim	19	57.5
Lise	12	36.4
Üniversite	2	6.1
<b>Annenin Mesleği</b>		
Ev Hanımı	28	84.8
Gelir getiren işte çalışan	5	15.2
<b>Babanın Mesleği</b>		
Memur	4	12.2
İşçi	8	24.2
Serbest	21	63.6

Araştırmaya katılan çocukların yaşları 7 ile 11 aralığında değişirken ortalaması  $9,1 \pm 1,1$  yıl olup %39,4'ünün (n=13) dördüncü sınıfta okuduğu ve % 90,9 (n=30)'unun erkek olduğu görülmüştür. Çocukların annelerinin % 84,8'i (n=28) ev hanımı olup, %75,8 (n=25)'i ilköğretim mezunu iken; babaların %57,5

(n=19)'inin ilköğretim mezunu olduğu ve %63,6 (n=21)'sının serbest mesleğe sahip olduğu görülmektedir. Baba mesleği olarak bildirilen şöför, garson, tamirci, berber, tezgahdar, mobilyacı, esnaf vb çalışma alanları serbest meslek başlığı altında gruplanmıştır.

#### **2.4. SINIRLILIKLAR**

Bu çalışmada, küçük bir örneklem grubuyla çalışılmış, o nedenle yaş ve cinsiyet değişkenlerinin ayırımına gidilmemiştir. Çalışmada farklı sosyo ekonomik düzeylerden gelen ailelerin çocuklarının yer almaması, yaş, cinsiyet değişkenlerine yer verilememesi, kontrol grubu kullanılmaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Ancak literatüre bakıldığında aynı çalışma deseninde sadece 3 çocukla araştırma çalışması yapıldığı görülmüştür. Üç çocuklu çalışmada sayı az olmakla birlikte; bu çalışmada da olduğu gibi sayı arttıkça sınıf yönetimi ve programı devam zorlaşmaktadır. Çünkü DEHB olan çocuklara grup içinde eğitim vermek önemli derecede zaman ve emek harcamayı gerektiren bir iştir. Sayının fazla olması parametrik koşulları sağlamak açısından iyi olsa da DEHB olan çocuklarla çalışmak birçok zorluğu da içermektedir. Grup içinde DEHB olan çocuk sayısı arttıkça hareketlenme ve birbirlerine sataşma olayları artmakta hem grubu yönetip hem de öğrenme sürecini sağlamak zorlaşmaktadır.

Çalışmanın tüm bu sınırlılıklarına rağmen güçlü yanlarından biri anne, baba ve öğretmen gibi çoklu bilgi kaynaklarından bilgi edinilmesidir. Böylece çocuğun ve bilgi verenin kendisiyle ilgili duygu ve davranışlarından, formların dikkatli doldurulmamasından ve ilgisizlikten kaynaklanabilecek yanlılık düzeyi en aza indirgenmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada sınırlı sayıda denekle ve belirli bir sürede uygulanmış olması sınırlılıklarına rağmen “Kişilerarası sorun çözme eğitimi olan BSC programını” DEHB bozukluğu olan çocuklarda uygulama ve etkisini saptama boyutunda bir başlangıç çalışması olarak sonraki çalışmalara yol gösterici niteliktedir.

Çalışmada bazı çocukların ilaç alıyor olmaları çalışmanın etkinliği açısından karıştırıcı bir değişken olarak göz önünde bulundurulabilir. Eğitim

sonrasında çocukların DEHB belirtilerinin şiddetindeki azalmanın hangi uygulama ile ilişkili olduğu belirli değildir diye düşünülebilir. Ancak, bu çalışmada eğitim öncesi ve sonrasında “ilaç alma durumu” çalışmayı etkileyecek yeni değişken değildir. Çalışma süresince çocukların aldıkları tedavide bir değişim yapılmamıştır. Bu çocuklar ilaç aldıkları halde Eğitim öncesinde de duygu ve davranışlarında sorun yaşıyorlardı. Bu konuda eğitim öncesi veya sırasında hiç müdahale edilmemiştir. Yani ilaç kullanırken de varolan sorunlarda eğitim sonrasında fark oluşturacak şekilde azalması bu durumun karıştırıcı faktör olarak önemli olmadığını düşündürmektedir.

Bu araştırma, uygulanan BSC Eğitim programının etkisine ilişkin müdahale öncesi ve sonrası sonuçları yansıtmaktadır. Uzunlamasına izleme çalışmalarının yapılması, eğitimin ileri dönemlerde etkililiği üzerinde ayrıntılı bilgi verebilecektir.

## **2.5. UYGULAMA:**

Grupların oluşturulmasını takiben anne, baba ve öğretmenlerden aşağıdaki ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

1. DSM-IV-TR'e dayalı “Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YDBD) (Anne, Baba ve Öğretmen bildirim)
2. 6-18 Yas Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Öğretmen Bilgi Formu (Teacher Report Form, TRF)

Anne, baba ve öğretmenlerin doldurduğu yukarıdaki ölçekler toplandı ve daha önce bu konuda eğitim almış olan araştırmacı tarafından değerlendirildi. Daha sonra DEHB tanısı almış 33 çocuğa araştırmacı tarafından 14 haftalık bir süre içinde belirlenen zamanlarda bilişsel yaklaşıma dayalı bir kişilerarası sorun çözme programı olan BSC (Ben Sorun Çözebilirim) eğitimi verilmiştir.

Bu eğitim için okulun uygun gördüğü bir dersane kullanılmıştır. BSC eğitimi, Gülhane İlköğretim Okulunda Salı-Perşembe; Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulunda Pazartesi-Perşembe olmak üzere haftada iki gün birer saat şeklinde uygulanmıştır. Her iki okulda sabahçı ve öğleci olmak üzere toplam 4

grupta eğitim devam etmiştir. Her bir grup 14 hafta boyunca haftada iki saat eğitim almıştır. BSÇ eğitimi 15-20 dakikalık 83 derslik bir programdır. Araştırmacı grubun durumuna ve ilerleyişine göre bir saat içinde çoğunlukla 2-3 ders işlemiştir. Sorun çözme becerileri, çocuklara oyunlar, öyküler kullanılarak ve rol oynama yöntemleri ile öğretilmiş ve becerilerin gerçek yaşam durumlarında nasıl kullanılabileceğine ilişkin yol gösterilmiştir.

Eğitimde bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme becerileri (Interpersonal Cognitive Problem-Solving (ICPS)) kullanılmıştır. Myrna B. Shure tarafından geliştirilen programın, Türkçe'ye uyarlaması, "Ben Sorun Çözebilirim (BSÇ)" adı altında eğitim amaçlı olarak Prof.Dr. Selahiddin Öğülmüş tarafından yapılmıştır. Eğitim sırasında BSÇ Eğitim Programının yayımlanmamış standart eğitim program formatı izlenmiştir. Eğitim programının yapısı ve içeriği özet olarak (Bkz Ek-1) verilmiştir (54).

Araştırmacı bu çalışmaya başlamadan önce doktora ders programı çerçevesinde Prof.Dr.Selahiddin Öğülmüş tarafından verilen "Kişilerarası İlişkilerde Sorun Çözümü" ne dayalı 42 saati içeren eğitim almıştır.

Eğitim sırasında aktif katılmayı teşvik ve eğitim programının sağlıklı devam edebilmesi için uyulması gerekli gördükleri sınıf kurallarını eğitim başında öğrenciler belirlemiş, kurallara uyan bir kişiye sınıfın maskotu olarak önceden belirlenmiş olan bir oyuncak verilmiş ve oyuncağın bir sonraki eğitim gününe kadar o çocukta kalması sağlanmıştır.

Ondört günlük eğitimin bitiminden 10 gün sonra anne baba ve öğretmenlerden son ölçümler için yukarıda belirtilen ölçekleri tekrar doldurmaları istenmiştir.

## **2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:**

Araştırmada veri toplama amacıyla literatüre dayalı olarak geliştirilen bilgi toplama formu, DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDBÖ) ve 6-18 Yas Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Öğretmen Bilgi Formu (Teacher Report Form, TRF) kullanılmıştır.

## **DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDBÖ):**

DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak geliştirilen bu ölçek ;

- Dikkatsizliği sorgulayan 9 madde, (Alpha=.88)
- Aşırı Hareketliliği ve Dürtüsellliği sorgulayan 9 madde, (Alpha=.95)
- Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğunu sorgulayan 8 madde, (Alpha=.89)
- Davranım Bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden (Alpha=.85) oluşmaktadır.

Her madde için, Yok= 0, Biraz=1, Fazla=2, Çok fazla=3 puan şeklinde hazırlanmıştır. Karşılanan ölçüt sayıları olası tanı hakkında fikir verirken elde edilen puanlar bulguların şiddetinin değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ölçeğin geliştirilerek, Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlik çalışması 2001 yılında yapılmıştır (25).

## **6-18 Yas Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Öğretmen Bilgi Formu / 6-18 [(Teacher Report Form), (TRF)]**

Öğretmen Bilgi Formu, 6-18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. TRF/6-18 duygusal ve davranışsal sorunları inceleyen 118 madde içerir. Bu maddelerin 93'ü 6-18 Yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist for Ages 6-18) (CBCL) maddelerine karşılık gelmektedir. "Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz" gibi problem maddesinden oluşmaktadır. Sorun davranışlar görülme sıklık derecesine göre 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilmektedir.

Ölçek, okul ve öğrenci ile ilgili temel bilgilerin yanı sıra uyum işlevlerine yönelik bilgi sağlar. Uyum İşlevleri bölümü "Sıkı Çalışma, Uygun Davranışlar,

Öğrenme ve Mutluluğa” yönelik alt testlerden oluşur ve bunların toplamından “Toplam Uyum Puanı” elde edilir.

Ölçeğin ikinci bölümü, sorun davranışlarını sorgular ve “İçer Yönelim” ve “Dışer Yönelim” gibi, iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. **İçer Yönelim grubu** (toplam 33 sorun maddesi) “Sosyal İçer Dönüklük (8 sorun), Somatik Yakınmalar (9 sorun), Anksiyete/ Depresyon (16 sorun)”; **Dışer Yönelim Grubu** (toplam 32 sorun maddesi) ise Kurallara Karşı Gelme (12 sorun) ve Saldırgan Davranışlar (20 sorun)” alt testlerinin toplamından oluşmaktadır. Bunun yanı sıra her iki gruba da girmeyen “ Sosyal Sorunlar (11 sorun), Düşünce Sorunları (10 sorun) ve Dikkat Sorunları (26 sorun)” Diğer Sorunlar (6 sorun) da ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından “Toplam Problem” (118 sorun maddesi) puanı elde edilmektedir (1). Öğretmen Bilgi Formu Achenbach tarafından 1991 yılında geliştirilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Erol ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. TRF/6-18'nin Türkçe formu geçerlik ve güvenilirliği içe yönelmede .82, dışer yönelimde .81 ve toplam problemde Cronbach alpha=.87 bulunmuştur (29).

## 2.7. TANIMLAR :

**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu:** DSM-IV tanı kriterlerine uyan ve tanı ölçütlerine uygun olarak psikiyatri doktoru tarafından konulan tanıdır.

**Karşı Gelme belirtisi:** YDBÖ ölçeğinin “karşı gelme” alt testinden veya TRF ölçeğinin “saldırgan davranışlar” alt testinden aldığı puandır.

**Ben Sorun Çözebilirim:** Bilişsel yaklaşıma dayalı çocuğun düşünmesini gerektiren kişilerarası sorun çözme beceri eğitimidir.

## 2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRMESİ

İstatistiksel analizler için SPSS for Windows Ver. 13.0 (SPSS Inc., IL, USA) kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki tüm veriler için öncelikle tanımlayıcı istatistikler elde edildi. Tüm tanımlayıcı istatistikler ortalama  $\pm$  standart sapma ve sayı, yüzde şeklinde gösterildi. Kullanılan verilerin öncelikle tümel daha sonra gruplandırılmış olarak normal dağılıma uygunluk testleri (Shapiro-Wilk testi) yapıldı. İlgilenilen grupların, tüm ölçüm değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk analiz sonuçları ile ve grafiksel olarak incelendi. Verilerin değerlendirilmesinde testlerle elde edilen Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası ölçüm değerleri bağımlı değişkenler olarak değerlendirilmiştir. Ölçek puanları Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılarak karşılaştırıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi. “YDBÖ”, “TRF/6-18” den elde edilen puanların eğitim öncesi ve sonrasına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Bu test bağımlı bir grupta iki kez ölçüm yapıldığında parametrik koşullar oluşmuyorsa “bağımlı grupta t testi” yerine kullanılmaktadır. Uluslararası yazında ve bilgisayar programlarında Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi olarak yer almaktadır. Bu araştırma parametrik özellikleri karşılamasına rağmen veriler normal dağılıma uygun olmadığı için non-parametrik test olan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile karşılaştırılmıştır. Bu test bir grupta önce ve sonra yapılan iki ölçümün değerleri arasındaki farkı karşılaştıran, güvenilir ve değerli bir test olduğu belirtilmektedir (3). Anne, Baba ve öğretmen bildiriminin uyumlu olup-olmadığını öğrenmek için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki den çok bağımsız örneklem puanları dağılımı söz konusu olursa, değişimi incelemek üzere non-parametrik varyans analizi için Kruskal-Wallis test uygulanmaktadır (7). Kruskal Wallis Tekniği, ilişkisiz iki ya da daha çok örneklem ortalamasının birbirlerinden anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test eder (14).

### **3. BULGULAR**

Bu bölümde araştırmaya katılan 33 DEHB tanısı konulan çocuk ve onların anne baba ve öğretmenlerinden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Veriler; anne-baba ve çocukların sosyo-demografik özelliklerini içeren, “*Bilgi Toplama Formu*”; tanı amacıyla da kullanılan, anne, baba ve öğretmen tarafından doldurulan “*DSM-IV’e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği*” (YDBÖ); öğretmen bildiri ile doldurulan “*6-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği*”nden (TRF) elde edilmiştir.

Bulgular sırasıyla;

- DEHB tanısı olan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının eğitim öncesi ve sonrası dağılımına ilişkin bulgular,
- Ölçek puanlarının birbirleri ile uyumuna ait bulgular, başlıkları altında sunulmuştur.

Ölçek isimleri, metin içinde ve tablolarda yukarıda verilen kısaltmalarla kullanılmıştır.

#### **3.1. DEHB TANISI OLAN ÇOCUKLARIN DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARININ EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULAR**

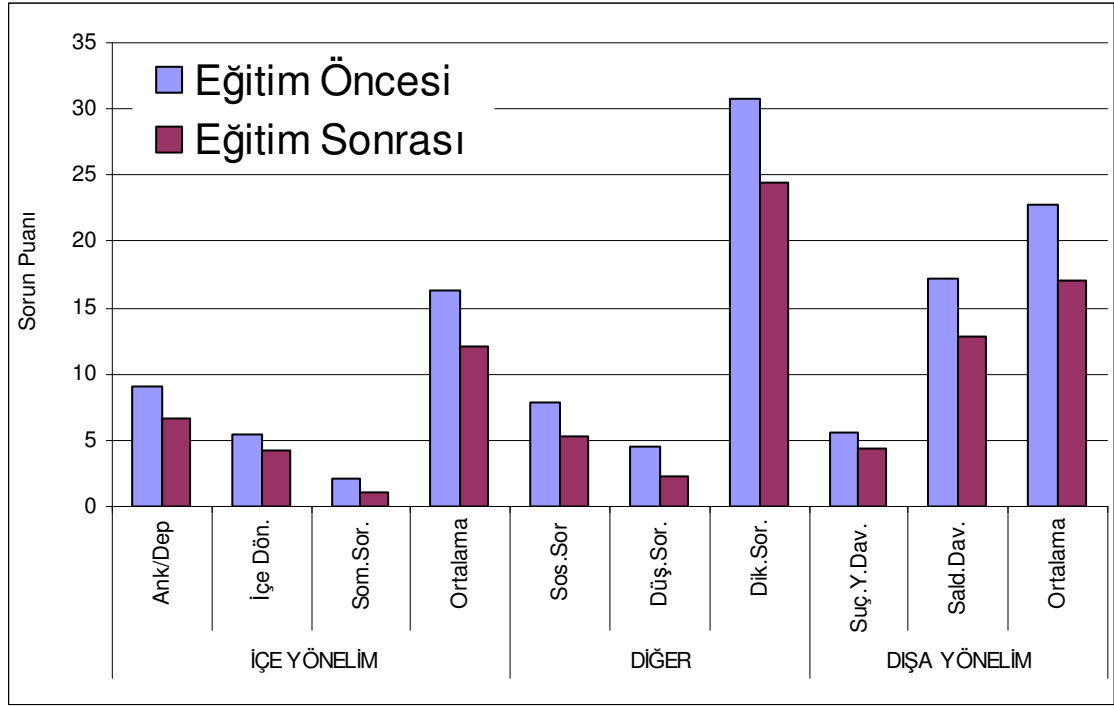
**3.1.1. DEHB olan çocukların “TRF” puanlarına göre duygusal ve davranışsal sorunlarının eğitim öncesi ve sonrası dağılımına ilişkin bulgular**

**Tablo 3.1.1** DEHB olan çocukların öğretmenlerine göre (TRF/6-18) BSÇ eğitim öncesindeki ve sonrasındaki sorun davranışların karşılaştırılması

Sorun Davranışlar	Eğitim Öncesi (n=33)			Eğitim Sonrası (n=33)			Z/ t	p
	$\bar{x}$	ss	Ortanca	$\bar{x}$	ss	Ortanca		
<b>İçe Yönelim</b>								
Anksiyete/Depresyon	9.09	6.75	8.00	6.63	5.02	6.00	Z=2.018	0.044
Sosyal İçe Dönüklük	5.36	3.84	4.00	4.15	3.34	4.00	Z=2.225	0.026
Somatik Sorunlar	2.15	2.30	2.00	1.03	1.59	0.00	Z=2.697	0.007
<b>Sosyal Sorunlar</b>								
Sosyal Sorunlar	7.85	4.33	8.00	5.27	4.39	6.00	Z=4.040	<0.001
Düşünce Sorunlar	4.52	3.66	4.00	2.27	3.29	1.00	Z=3.169	0.002
Dikkat Sorunları	30.78	10.15	33.00	24.48	13.29	25.00	t=4.015	<0.001
Diğer	2.18	1.75	2.00	1.42	1.54	1.00	Z=2.187	0.029
<b>Dışa Yönelim</b>								
Suçta yönelik davranışlar	5.58	3.72	5.00	4.30	4.17	3.00	Z=2.231	0.026
Saldırgan Davranışlar	17.27	10.03	17.00	12.75	10.62	11.00	Z=3.800	<0.001
<b>İçe Yönelim</b>	16.33	11.4	13.00	12.09	9.45	11.00	Z=2.289	0.022
<b>Dışa Yönelim</b>	22.84	13.20	24.00	17.06	14.30	15.00	Z=3.727	<0.001
<b>TRF Sorunlar</b>	84.51	35.42	96.00	62.61	39.30	65.00	t=4.781	<0.001
<b>Toplamı</b>								
Yeterlik Puanları Toplamı	12.93	3.33	15.40	13.88	3.22	16.20	t=2.251	0.031

Z=İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi (Wilcoxon)

t=Bağımlı gruplarda t testi



**Şekil 3.1.1** DEHB olan çocukların öğretmenlerine göre (TRF) BSC eğitim öncesindeki ve sonrasındaki sorun puanları

TRF test puanların yüksek olması duygusal ve davranışsal sorunların fazla olduğunu; düşük olması sorunların azaldığını göstermektedir. Elde edilen puan ortalamaları ve standart sapmalar Tablo 3.1.1’de gösterilmiştir. Yapılan karşılaştırma sonucunda “anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik sorunlar” ve bunların toplamından oluşan “içe yönelim sorun davranışlar”ın toplamı ve “suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar” ve bunların toplamından oluşan “dışa yönelim sorun davranışlar”ın toplamında eğitim öncesi ve sonrası puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bunun yanı sıra her iki gruba da girmeyen “sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları” da ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından “toplam sorun puanı” elde edilmektedir. Bu ölçekle elde edilen tüm alt ve toplam puanlar eğitim öncesi ve sonrası puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t = 4.781$ ;  $p < 0.001$ ).

Tablo 3.1.1’de DEHB olan çocukların öğretmenlerinin TRF/6-18 ile

yaptıkları değerlendirmeler doğrultusunda çocukların BŞÇ eğitim öncesi ve sonrası yeterlik düzeyleri karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda “sıkı çalışma”. “uygun davranma”. “öğrenme”. “mutlu olma” alt testlerinin toplamı olan “Toplam Yeterlik” te BŞÇ eğitim öncesi ve sonrası puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=2,251; p=0,031). Toplam Yeterlik puanının yüksek olması, yeterliliğin fazla olduğunu ifade etmektedir.

### 3.1.2. DEHB olan çocukların “YDBÖ” ile dikkatsizlik, hiperaktivite/ dürtüsellik ve karşı gelme sorunlarının eğitim öncesi ve sonrası dağılımına ilişkin bulgular

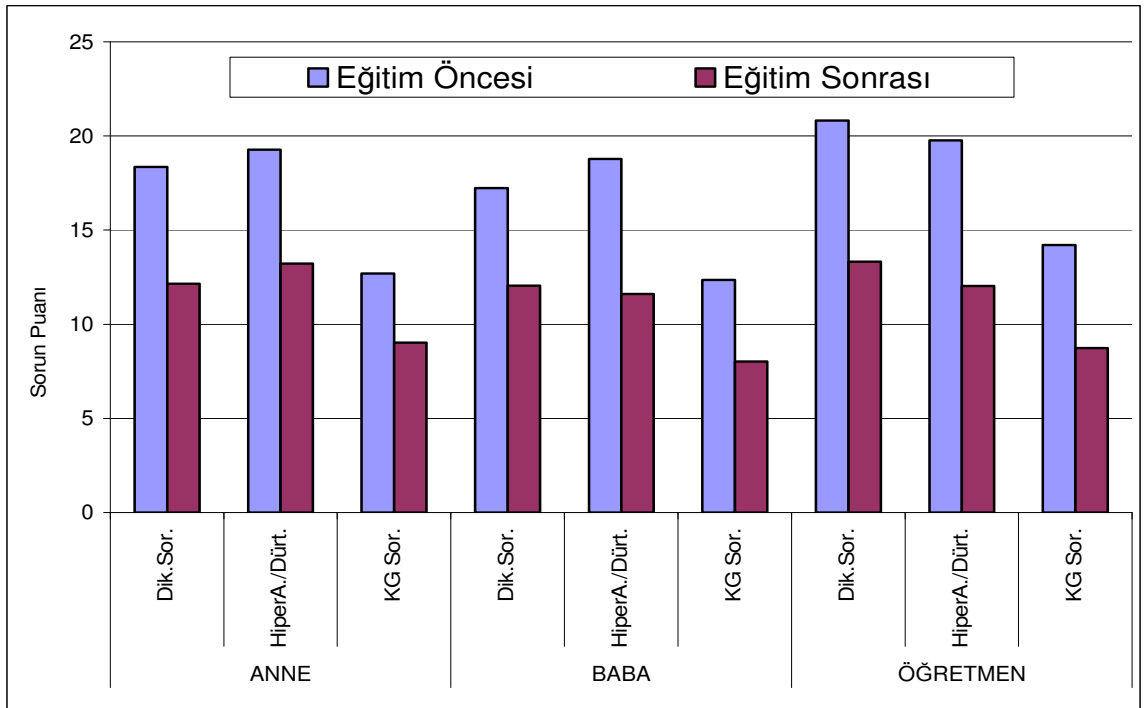
**Tablo 3.1.2.**YDBÖ alt test puanlarının eğitim öncesindeki ve sonrasındaki sorunların karşılaştırılması

Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme (YDBÖ)	Eğitim Öncesi (n=33)			Eğitim Sonrası (n=33)			Z/t	p
	$\bar{x}$	SS	Ortanca	$\bar{x}$	SS	Ortanca		
<b>Anne bildirimine göre (n=33)</b>								
Dikkat sorunları	18.36	5.27	19.00	12.15	6.85	10.00	Z=3.989	<0.001
Aşırı hareketlilik-dürtüsellik	19.27	5.77	20.00	13.24	7.55	12.00	Z=3.964	<0.001
Karşı gelme sorunları	12.70	5.87	12.00	9.03	5.30	8.00	Z=3.112	0.002
<b>Baba bildirimine göre (n=33)</b>								
Dikkat sorunları	17.24	5.17	19.00	12.06	6.13	13.00	t=4.630	<0.001
Aşırı hareketlilik-dürtüsellik	18.79	6.34	21.00	11.60	7.43	11.00	Z=4.410	<0.001
Karşı gelme sorunları	12.36	4.77	11.00	8.03	4.09	7.00	t=5.501	<0.001
<b>Öğretmen bildirimine göre (n=33)</b>								
Dikkat sorunları	20.82	5.43	22.00	13.33	7.74	14.00	Z=4.385	<0.001
Aşırı hareketlilik-dürtüsellik	19.76	5.17	20.00	12.03	9.01	12.00	Z=4.138	<0.001
Karşı gelme sorunları	14.21	6.41	15.00	8.75	7.57	9.00	Z=4.156	<0.001

Z=İki eş arasındaki farkın anlamlılık testi (Wilcoxon)

t=Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 3.1.2.'de DEHB olan çocukların anne, baba ve öğretmenlerin YDBÖ ile yaptıkları değerlendirmeler doğrultusunda çocukların eğitim öncesi ve sonrası arasındaki puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırma sonucunda tüm alt ölçek puanları eğitim öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). YDBÖ test puanlarının yüksek olması sorunların fazla olduğunu; düşük olması sorunların azaldığını göstermektedir.



**Şekil 3.1.2** DEHB olan çocukların Anne, Baba, Öğretmen bildirimlerine göre (YDBÖ) BSÇ eğitim öncesindeki ve sonrasındaki sorun puanları

## 3.2.ÖLÇEK PUANLARININ BİRBİRLERİ İLE UYUMUNA AİT BULGULAR

### 3.2.1. Anne-baba-öğretmen bildirimine göre yıkıcı davranış bozuklukları değerlendirme alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 3.2.1. Anne-baba-öğretmen bildirimine göre YBDÖ alt test puanlarının karşılaştırılması

Yıkıcı davranış bozukluklarını değerlendirme ölçeği (n=33)								
	Anne bildirimi (n=33)		Baba bildirimi (n=33)		Öğretmen bildirimi (n=33)		x <sup>2</sup>	p
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss		
<b>Eğitim Öncesi</b>								
Dikkatsizlik	18.36	5.27	17.24	5.17	20.81	5.43	11.641	0.003
Hiperaktivite/dürtüsellik	19.27	5.77	18.78	6.34	19.75	5.17	0.107	0.948
Karşı gelme sorunları	12.70	5.87	12.36	4.77	14.21	6.41	1.909	0.385
<b>Eğitim Sonrası</b>								
Dikkatsizlik	12.15	6.85	12.06	6.13	13.33	7.74	0.543	0.762
Hiperaktivite/dürtüsellik	13.24	7.55	11.60	7.43	12.03	9.01	1.026	0.599
Karşı gelme sorunları	9.03	5.30	8.03	4.09	8.75	7.57	0.432	0.806

Grup ortalaması arasındaki farkların anlamlılık testi (Kruskal Wallis Varyans Analizi)

Tablo 3.2.1. de anne, baba ve öğretmen bildirim durumuna göre YBDÖ Alt Test puanları karşılaştırılmıştır. Eğitim öncesi “dikkatsizlik” alt test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farklılık öğretmen sorun bildirim puanları ile baba bildirimleri arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır (Z=3.091; p=0.002). Öğretmen sorun bildirim puanları baba bildirimlerine göre daha yüksektir. Baba-öğretmen bildirimi ile ön dikkatsizlik sorun bildirimi konusu dışında diğer tüm alanlarda eğitim öncesi ve sonrasında anne, baba ve öğretmenlerin verdiği puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Bu farklılığın olmaması çocuk hakkında anne, baba ve öğretmenin aynı düşünceyi paylaştığını ve test doldurma konusunda tutarlı olduklarını göstermektedir.

## 4.TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulguların verileri ile karşılaştırmaları ve yorumlamaları yer almaktadır.

4.1. DEHB tanısı olan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının eğitim öncesi ve sonrası dağılımına ilişkin bulguların tartışması,

4.2. Ölçeklerin puanlarının birbirleri ile uyumuna ait bulguların tartışması başlıkları altında sunulmuştur.

### 4.1. DEHB OLAN ÇOCUKLARIN DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARININ BSC EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMASI

DEHB tanısı olan çocuklarda uygulanan kişilerarası sorun çözme eğitiminin (BSC) etkinliğini saptamak amacıyla “TRF” ve “YDBÖ” ölçekleri kullanılmıştır. Bu iki test aracılığıyla elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda “kurallara karşı gelme, dikkatsizlik, hiperaktivite/dürtüsellik, anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, somatik sorunlar, sosyal sorunlar ve düşünce” alanlarında BSC eğitiminin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeklerden elde edilen puanların düşüş göstermesi ile görülen farkın anlamlı olması; BSC eğitiminin DEHB olan çocuklarda sorun davranışların azalmasında etkili olduğunu göstermektedir.

1998 de Erol ve Şimşek “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” (TRSP) kapsamında çocuk ve gençlerde ruh sağlığı alanında yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımını belirlemek amacıyla TRF ölçeği kullanmışlardır (29). Bu çalışmanın TRF bulguları ile TRSP çalışması bulguları karşılaştırıldığında, BSC eğitim öncesi puan ortalamalarının, sağlıklı çocuklarda yapılan TRSP normal aralıklarından yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Kaynaklarda da belirtildiği gibi DEHB, çocukların özellikle kişilerarası ilişkileri başta olmak üzere gelişim, eğitim ve yaşantısının hemen her alanını olumsuz etkilemektedir (9,13,33,48,57,88).

DEHB tanısı olan çocukların sıklıkla yaşadığı bu sosyal sorunlar arkadaş

ve aile ortamında dışlanma ve negatif tutumlara maruz kalmaya neden olduğu için çocukta benlik saygısında azalma ve suça eğilimli davranışlar açısından risk yaratmaktadır. Tüm bu olumsuzluklar ve hastalığın doğası gereği yaşanan dikkati sürdürmemeye ve dürtüsel davranışlar öğrenmeyi de güçleştirmektedir. Bu gibi sorunlar sağlıklı çocukların puan ortalamasına göre DEHB olan çocukların puanlarının yüksek olmasını açıklamaktadır (Tablo 3.1.1).

Eğitim sonrası bulgular incelendiğinde (Tablo 3.1.1); eğitimin sorun davranışların azalmasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olmasına rağmen, TRF son test puan ortalamalarının (anksiyete/depresyon hariç) sağlıklı çocuklarda yapılan TRSP puan ortalamalarına göre yine de yüksek olduğu görülmüştür. DEHB olan çocukların “anksiyete/depresyon” alanında çok fazla sorun yaşamakta oldukları bilinmektedir. Duygudurum bozukluklarının DEHB’na binişik olarak eklediği ya da bu alanda sorun yaşandığı yönünde birçok çalışma bulunmaktadır (5,9,33,47). Bu çalışmada anksiyete/depresyon puanları yönünden incelendiğinde; eğitim öncesinde (puan ortalaması: 9.09) yüksek olan puanların eğitim sonrasında (puan ortalaması: 6.63) sağlıklı çocuklar (TRSP puan ortalaması: 7.0) düzeyine indiği dikkati çekmektedir.

Bu durum, BSÇ eğitiminin DEHB olan çocuklarda, emosyonel iyi oluşu sağlamada da olumlu yönde katkıları olduğuna işaret etmektedir. Bu sonucu destekler şekilde, Shure makalesinde Aberson’un DEHB olan çocuklara uyguladığı BSÇ eğitim çalışmasının bulgularında eğitimin çocukların anksiyete/depresyon durumlarının azalmasında etkili olduğunu saptadığını ve 6 aylık izlem çalışmasında bu etkinin hala devam ettiğini belirtmektedir. Ayrıca, çocuklarda ön ve son ölçümlerde ani duygu değişikliği ve üzgün hissetme gibi depresif belirtilerde ve davranış sorunlarında, azalmayanında başkaları ile ilişki kurma becerilerinde artma olduğu ve bu davranış değişikliklerinin de 6 aylık izlemde de devam ettiği bildirilmektedir (71).

Bu çalışmada, BSÇ eğitim programı uygulaması sonrasında, sorun davranışlarında anlamlı azalma olmasına karşın, BSÇ eğitimi ile çocukların öğrendikleri bilgilerin henüz bilgi aşamasında olduğu ve bunun daha fazla

oranda beceriye dönüşmesinin zaman alabileceği düşünülmektedir. 6 aylık izleme sürecinde tüm alanlarda olmasa bile bazı alanlarda değişiklik olabileceği düşünülebilir. Erman makalesinde (2001), yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda eğitim programlarının uzun dönemde etkisini gösterdiğini belirtmiştir (28). Bu nedenle eğitimin devam ettirilmesinin ve izlem çalışması ile pratik becerilerinin artırılmasının, öğrenilen becerilerin davranışa yerleşmesini ve kalıcılığı artıracığı düşünülmektedir.

DEHB olan çocukların tamamen sağlıklı çocuklar seviyesinde olması beklenmemekle birlikte, binişik hastalıkların eklenmesini önlemek bile çok önemlidir. Bu çalışmada ölçekler aracılığı ile DEHB belirtileri dışında sorun davranışlar hakkında elde ettiğimiz verilerin gösterdiği gibi diğer alanlarda da sıklıkla güçlükler yaşanmaktadır. Sadece sorun yaşama seviyesinde kalmamakta buna ilişkin ek hastalıklar da oluşmaktadır (18,35). Bu çerçeveden hareketle DEHB'nun seyrine ilişkin literatüre baktığımızda; çocukluğunda DEHB tanısı konulmuş olanların %30'unda yaş ilerledikçe belirtilerin kendiliğinden azaldığı ve ergenlik döneminde kaybolduğu belirtilmektedir. Ancak, yaklaşık %40-80'inde sosyal, duygusal ve dürtüsellik ile ilgili güçlükler erişkin dönemde de sürmektedir. Ayrıca tedavi almamış DEHB olan çocukların %30'unda DEHB bulgularının yanı sıra duygu-durum ve anksiyete bozuklukları, alkolizm, madde kullanımı, aile çatışmaları, bilişsel, psikososyal ve akademik işlevlerde bozukluklar, karşı gelme, davranım bozukluğu ve antisosyal davranışlar gibi sorunların eklendiği de bildirilmektedir (5,9,33). Literatürde, karşı gelme belirtilerinin DEHB olan çocuklarda sağlıklı çocuklardan daha fazla görüldüğü ve 2/3'ü gibi yüksek oranda DEHB'na eşlik ettiği belirtilmektedir (8,20,35,43,59). Bu çalışmada BSÇ Eğitimi sonrasında karşı gelme sorunlarının azalması, DEHB'na ek olarak yıkıcı davranışların ortaya çıkmasında önleyici rolü olacağını düşündürmektedir .

Sonuç olarak DEHB tedavisinin çok yönlü yaklaşımı gerektiren bir bütüncül yaklaşımla olması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır (8,34,40). DEHB nedeniyle yaşanan hem duygu hem de davranış alanlarını kapsayan bütün

olumsuzlukların kişilerarası ilişkilerde ortaya çıkardığı sorunlarla çocuğun baş etmesini sağlayan BSÇ eğitimi ile elde edilen bu olumlu gelişme önemli bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın sonuçları BSÇ eğitiminin bütüncül ve çok yönlü yaklaşım içinde yer almasının, sosyal ilişkileri düzenlemede ve yaşanan ilişki sorunları için çözüm bulmada yararlar sağladığına işaret etmektedir.

DEHB olan çocukların büyüme sürecinde birey, aile ve toplumu koruyacak ve ek hastalık oluşmasını önleyecek, çocuğun hayatını ve geleceğini olumsuz etkileyecek sorunlarını çözmesini öğrenmeye ihtiyacı çok büyüktür. Çünkü bu çocuklar dürtüsellik ve sabırsızlık ve biran önce elde etme isteği ile ilk seçenek şiddet eğilimi göstermekte ve davranışının sonuçlarını düşünmemektedir. Hatta bu olumsuz sorun çözme tarzı ile başına gelen tatsız durumların bile farkında olmamakta ya da hakkında düşünmemiş bile olabilmektedirler (88). Bu nedenle, erken yaşta sosyal beceri ve sorun çözme yetisinin kazandırılması, çocuğun akademik başarısının artmasında, arkadaş ve yetişkinlerle olumlu kişilerarası ilişkiler kurmasında, sağlıklı yetişkin fonksiyonları geliştirmesinde ve daha ciddi sorunların oluşmasını önlemede önemlidir (4,39,61). Van-Manen (2004) sosyal-bilişsel, sosyal-davranışçı, self kontrol ve öfke kontrolü uygulamalarından oluşan çalışmada olumlu sonuçlar saptamıştır(82).

Küçük yaşlarda problem çözme becerileri kazandırılması ile saldırgan ve olumsuz davranışların azaltılabileceği vurgulanmaktadır (30,33,39,49). Böylece, olumsuz psiko-sosyal şartlar, aile ortamı veya bozuk aile işlevlerinin KG, DB ve madde kullanımına yol açan (9,10,44,57,62) olumsuz etkileri de azaltılabilecektir.

Bunun için bu çocuklara sağlıklı bir psiko-sosyal çevrede, iyi eğitimle ve iyi modellerle sorunları ile nasıl baş edeceği öğretilerek başka bozukluklar ve sorunların eklenmesinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Bu çocukların, sağlıklı çocukların hiçbir çaba gerektirmeden öğrendiği şeyleri, öğrenmeleri konusunda yardıma ihtiyaçları vardır (33,88). BSÇ eğitimi sadece DEHB olan çocuklar için

değil, tüm çocuklara katkı sağlayabilecek yapıda olup DEHB olan çocuklar için ayrı bir öneme sahip görünmektedir. DEHB tanısı olan çocukların yaşadıkları güçlükler ile BSÇ eğitim programının ilk ortaya çıkmasında etkili olan olay ve hedeflenen amaç birbiri ile örtüşmektedir. Bilişsel yaklaşıma dayalı bir kişilerarası sorun çözme eğitimi olan BSÇ programını geliştiren kişilerden biri olan Spivack suça eğilimli ergenlerin tedavi edildiği bir merkezde çalışırken bu çocukların sonuçları düşünmeden davrandıklarını ve başlarına büyük belalar açtığını tespit etmiştir. Bu çocukların gerçekten düşünmediklerini belki de nasıl düşüneceklerini bilmediklerini keşfetmiş ve suçlu veya suça eğilimli çocukları diğer normal çocuklardan ayıran en önemli özelliğın, düşünmeden hareket etmeleri, ihtiyaçlarını karşılamada ve sorunlarını ele almada düşünme süreçlerini kullanmadan hareket ettiklerini fark etmiştir. Aynı zamanda problem çözme sürecinde aklına ilk gelen fikri, sonuçlarını düşünmeden ve izlenmesi gereken bir takım basamakları izlemeden hemen uyguladıklarını, yani sorun çözme becerilerindeki düşüncesel farklılığı saptamıştır (71).

Bu gözlem ve çalışmalardan sonra çocuklara ne düşüneceklerini değil, nasıl düşüneceklerini öğretmek sorunları önleme ve ortaya çıkan sorunları da çözebilme becerilerini kazandıracak olan BSÇ programı geliştirilmiştir. Bu yöntem, çocuklara kendi başlarına düşünmeleri için yol göstermekte ve bunları nasıl değerlendireceklerini öğretmektedir. Çocukları, kendi başlarına sorunlara yönelik olabildiğince çok sayıda çözüm yolu düşünmeye özendirilmektedir (55,69,71).

BSÇ becerisinin bu yüksek riskli davranışları azaltmada ya da önlemede faydalı olduğu ifade edilmektedir. Küçük yaşlarda kişilerarası sorun çözme becerisini kazandıracak BSÇ eğitimi ile çocuklar yaşamın başında sorunları hakkında düşünmeyi öğrenebilirse ciddi problemler ile baş edebilecek beceriye ve alışkanlığa sahip olacağı bildirilmektedir. Literatür incelendiğinde, BSÇ Eğitim programının sağlıklı çocuklarla yapılan çalışmalarda uygulandığı ve olumlu sonuçlar elde edildiği görülmektedir (49,69,71).

Shure ve Spivack (1982) tarafından yapılan kontrol gruplu ve iki yıl süren

çalışmada BSÇ programı ile eğitilen deney grubunun %50'sinde; kontrol grubunun %31'inde dürtüsel belirtilerinde azalma olduğu belirtilmektedir (70).

Shure makalesinde Aberson'un 1996 yılında BSÇ programını uyguladığı çalışmasında kızgınlık, ani duygu değişimi, davranış sorunları ve kişilerarası ilişki sorunlarında önemli seviyede azalma tespit ettiğini aktarmaktadır. Aberson'un belirtilen araştırma sonuçları ile bu çalışma bulgularının birbirini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir (71).

Bu çalışmada yer alan öğretmenlerden TRF'nin "yeterlilik" alanına ilişkin alt testler ile elde edilen bilgiler doğrultusunda, çocukların BSÇ eğitim öncesi ve sonrası yeterlik düzeyleri incelenmiştir (Tablo 3.1.1). "Sıkı çalışma", "uyum", "öğrenme" ve "mutlu olma" alt testlerin toplamından oluşan "toplam yeterlilik" testinde, öncesine oranla eğitim sonrasında puanların yükselmesi ve puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunması, BSÇ eğitiminin yeterlik alanında da olumlu gelişmelere yol açtığını düşündürmektedir.

Bu çalışma bulguları ile yine sağlıklı çocuklarda yapılan TRSP (Türkiye Ruh Sağlığı Profili) puan ortalamalarına (TRSP puan ortalaması:16.1) bakıldığında; BSÇ eğitim öncesi (puan ortalaması:12,93) ve sonrası (puan ortalaması: 13.88) yeterlilik puanlarının bu çalışma grubunda daha düşük olduğu görülmüştür. DEHB olan çocukların sadece ev yaşamlarında değil okul yaşam alanlarında da sorun yaşamaları nedeniyle bu durum şaşırtıcı değildir. Bu çocukların okul başarılarının düşük olduğu ve akademik yaşantılarını yarım bırakma eğilimlerinin daha yüksek olduğu kaynaklarda belirtilmektedir (5,9,23,33,48). Buna paralel olarak bu çalışmada öğretmenlerin, DEHB olan çocukların, sağlıklı çocuklara oranla sıkı çalışma, öğrenme, okulda kurallara uygun davranma ve mutluluk konusunda bazı güçlükleri olduğunu düşündükleri saptanmıştır.

Bu çalışmada BSÇ eğitiminin öncesine oranla olumlu anlamda fark oluşturmasına rağmen; DEHB olan çocukların bozuklukla ilgili dikkat eksikliği, organize olamama, istenilen sürede konsantrasyonu sağlayamama gibi güçlüklerinin olmasına bağlı olarak akademik ve yeterlik alanlarında sorunların

ortaya çıkması nedeniyle yeterlik alanında diğer çocukların seviyesini yakalayamamış olmaları tahmin edilebilir bir sonuçtur.

Bu çalışmada BSÇ eğitimi ile müdahale öncesine oranla yeterlilik puanlarında artmanın saptanması bu alandaki gelişmeyi göstermektedir. Literatürde BSÇ eğitiminin okul akademik başarısını direk olarak artırmaya yönelik dizayn edilmemesine rağmen, akademik başarıda artma gözlemlendiği belirtilmektedir. Ayrıca kaynaklarda çocuklar duygusal yükten kurtulduğunda, akademik alanlara odaklanmanın arttığı da bildirilmektedir. BSÇ eğitimiyle davranışlar gelişince, çocukların sınıf görevlerindeki uyumunda ve derslerinde olumlu sonuçlar alındığı ifade edilmektedir. Ayrıca DEHB tedavisinde en etkili tedavinin ilaç tedavisi olduğu belirtilmekle birlikte yanında davranışçı terapi, aile terapisi, okul temelli yaklaşımın yararlı olduğu bildirilmektedir (41). Bu çalışmanın doğrudan amacı akademik başarıyı ölçmek değildir (55,66,71). Ancak, çalışmadan elde edilen yeterlik alt testleri toplamı olan “toplam yeterlilik” bulgusunda, uygulanan eğitimin çocukların yeterliliklerinin artmasında etkili olduğu olduğunu düşündürmektedir.

## **4.2. ÖLÇEK PUANLARININ BİRBİRLERİ İLE UYUMUNA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI**

### **4.2.1 Anne-baba-öğretmen bildirimine göre yıkıcı davranış bozuklukları değerlendirme alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ait bulguların tartışması**

Tablo 3.2.1. anne, baba ve öğretmen bildirim durumuna göre YDBÖ alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Çalışmalarda farklı bilgi kaynaklarından elde edilen verilerle nesnel değerlendirmelerden elde edilen verilerin ilişkisinin bilinmesi oldukça faydalı olabileceği bu nedenle de her zaman çoklu bilgi kaynaklarından bilgi alma konusu üzerinde durulmaktadır (31,56). Bunun nedenleri arasında çocukların davranışlarının okul ve ev gibi farklı ortamlarda değişiklik gösterebilmesi, anne babaların çocuklarının bazı belirtilerini iyi

gözlemlememesi, farklı bilgi kaynaklarının bir davranışı sorun olarak tanımlama eşiklerinin farklı olması sayılabilmektedir. Özellikle ilköğrencileri için öğretmenlerden alınan bilgilerin çok değerli olduğu belirtilmektedir (16). Anne, baba ve öğretmen gibi çoklu bilgi kaynaklarından bilgi edinilmesi ile bilgi verenin kendisiyle ilgili duygu ve davranışlarından, form doldurma gelişimi güzel doldurulmasından, ilgisizlikten, kaynaklanabilecek yanlılık düzeyinin en aza indirgenmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada BSÇ eğitim öncesinde, baba-öğretmen “dikkatsizlik” sorun bildirimini dışında tüm alanlarda ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu farklılığın olmaması; anne, baba ve öğretmenin çocuk hakkında aynı düşüncüyü paylaştığını ve test doldurma konusunda tutarlı olduklarını göstermektedir. Eğitim sonrasında ise, eğitim öncesindeki baba-öğretmen bildirim farkı da kalmayarak anne, baba ve öğretmen çocuk hakkında dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve karşı gelme belirtileri konusunda hemfikir oldukları ve test doldurma konusunda tutarlı oldukları saptanmıştır.

Eğitim öncesi “dikkatsizlik” alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunması; çocuğun “dikkatsizliği ile ilgili baba ile öğretmenin aynı fikri taşımadıkları anlamına gelmektedir. Çalışmada DEHB olan çocukların babalarının eğitim öncesinde istatistiksel fark oluşturacak şekilde öğretmenlerden daha az sorun bildirdikleri saptanmıştır. Bu çerçeveden literatüre baktığımızda; öğretmen değerlendirmelerinde dikkat eksikliği yönünden çocukları sınıf içinde ve akademik uğraşlar sırasında gözleme şansı olan öğretmenlerin bozukluğun dikkatsizlik boyutunu daha nesnel değerlendirmeleriyle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Çalışma kapsamımızdaki çocukların tümünün ilköğretim öğrencileri olduğu ve uyanık oldukları saatlerin büyük bir bölümünü okul ortamında geçirdikleri dikkate alınırsa öğretmenlerin davranış değerlendirmelerinin daha gerçekçi olduğu söylenebilir (43). Bu durum, sınıf içinde dikkatsizliği fark etmenin, öğretmenler için daha mümkün iken; babanın öğretmene göre dikkat konusundaki algısının

düşük olması ve öğretmenlerin daha gerçekçi değerlendirmiş olması ile açıklanabilir.

Çalışma başlangıcında yani örneklem grubunu belirleme safhasında, testler doldurulurken, DEHB belirtileri ve şiddeti konusunda anne ve öğretmen aynı kanaatte olmasına rağmen, birkaç babanın “benim çocuğumda hiçbir sorun yok” şeklinde, belirtilere “0” puan verdiği de araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Bu gözleme de dayanarak, bu sonuç babaların çocuklarını, dikkatsizlik açısından öğretmenlerin algıladıklarından daha az sorunlu olarak gördükleri yada sorunlu çocuğa sahip olmayı kabul edemeyişinden kaynaklanabileceği şeklinde de yorumlanabilir. Öte yandan babaların dikkat sorununu öğretmenlere göre daha az tanıdıkları yada çocukların babalarının yanında kendilerini ortaya koyduğu paylaşımlarının az olması şeklinde de yorumlanabilir.

Kaynaklarda, çocuğun baba ve öğretmen ile geçirdiği sürenin farklı olması, kişilik yapısı, hoşgörüsü ve babanın bu belirtilerin kendi çocuğunda olmasını kabullenememesi gibi faktörlerin baba ve öğretmenin puanlama tarzını değiştirebileceği belirtilmektedir (24,57,81). Akay ve ark. nın (2002) çalışmalarında YDBÖ de anne ve öğretmen bildiriminde dikkat eksikliği tanısı koyma açısından verilerin uyumlu olduğunu saptamış olması, bu çalışmayı desteklemektedir (2). Bu çalışmada her alanda, eğitim öncesi ve sonrasında anne ve öğretmen bildirimleri birbiri ile uyumludur. Bu çalışmanın verileri sağlanırken her safhada anne ve öğretmen arasında fikir birliği de gözlenmiştir. Bu bulgular çocukların iki farklı ortamda da benzer belirtileri sergilediklerini ve farklı bilgilendiricinin de çocukların belirtilerini benzer şekilde yorumlayabileceklerini göstermektedir. Ancak bu konuda değişik görüşlerde bulunmaktadır. Şöyle ki; bazı yayınlarda anne ve öğretmen arasındaki fikir birliğinin düşük olduğu veya fikir birliği olmadığı da belirtilmektedir (2,31). Bu çalışma bulguları anne, baba ve öğretmen bildirimlerinin uyumlu olabileceği savını destekler niteliktedir.

Babaların bir kısmının eğitim programı devam ederken görevleri

nedeniyle zaman zaman uzak kalmalarına rağmen çocukla ilgili olumlu değişiklikleri gözleyebildikleri, eğitim sonrasında baba ve öğretmen arasındaki sorun bildirim farkı kalkarak tüm kişilerin hemfikir olmaları belirlenmiştir.

Eğitim sonunda, baba ile öğretmen arasındaki farkın ortadan kalkmasını; babaların testleleri doldurabilmek için çocukların eğitim süreci ve davranışlarını gözlemlemesi ve dikkatini bunlara yöneltmesi gerekliliğinden kaynaklanmış olabilir. Bu süreç ve test uygulaması babanın farkındalığını artmış olabilir. Sonuç olarak anne baba ve öğretmen bildiriyle çoklu bilginin sağlanması farklı ortamlarda 3 farklı kişinin duruma bakış açısı ile BSÇ eğitiminin işe yaradığını ve sorun puanların da düşme konusunda hem fikir olmalarının çalışma sonuçlarını güçlendirdiği düşünülmektedir.

## **IV. SONUÇLAR VE ÖNERİLER**

### **IV.1. SONUÇLAR**

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde ulaşılan sonuçlar verilmiştir. Sonuçlar bulgularda verilen alt başlıkların sırasıyla sunulmuştur.

#### **IV.1.1. DEHB tanısı olan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının eğitim öncesi ve sonrası dağılımına ilişkin sonuçlar**

Bu çalışmada DEHB tanısı olan çocuklara uygulanan ben sorun çözebilirlik eğitimi (BSÇ) öncesinde ve sonrasında anne, baba ve öğretmenlerden “TRF” ve “YDBÖ” ölçekleri ni doldurmaları istenmiştir. Bu iki test aracılığıyla elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda kurallara karşı gelme, dikkatsizlik, hiperaktivite/dürtüsellik, anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük, saldırgan davranışlar, somatik sorunlar, sosyal sorunlar ve düşünce sorunlarının BSÇ eğitim sonrasında azaldığı görülmüştür.

Öğretmenlerden TRF'nin yeterlilik alanına ilişkin alt testleriyle elde edilen bilgiler doğrultusunda çocukların BSÇ eğitim öncesi ve sonrası yeterlik düzeyleri incelendiğinde ise sıkı çalışma, uyum, öğrenme ve mutlu olma alt testlerin toplamından oluşan “toplam yeterlilik” testinde eğitim öncesine göre eğitim sonrasında istatistiksel fark oluşturacak şekilde puanların yükseldiği ve yeterliliğinde arttığını görülmüştür. Bu sonuçların ışığında BSÇ eğitiminin DEHB olan çocukların sosyal becerilerinde gelişme sağlayabileceği ve semptom düzeyini düşürme konusunda katkıda bulunabileceği değerlendirilmiştir.

BSÇ eğitim programının uzman psikiyatri hemşirelerinin uygulama alanında kullanabileceği etkili ve yararlı bir müdahale yöntemi olduğu değerlendirilmiştir.

#### **IV.1.2. Ölçek puanlarının birbirleri ile uyumuna ilişkin sonuçlar**

Anne, baba ve öğretmen bildirim durumuna göre YDBÖ Alt Test puanları karşılaştırıldığında BSÇ Eğitim Öncesi ve Sonrasında, baba-öğretmen bildirim ile öntestlerinde “dikkatsizlik” alt boyutu dışında tüm alanlarda anne, baba ve öğretmenlerin benzer düşünceyi paylaştığını ve test doldurma konusunda tutarlı

oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim Öncesi “dikkatsizlik” alt testinde öğretmen sorun bildirim puanları, baba bildirimlerine göre daha yüksektir. Eğitim sonrası testlerde ise anne, baba ve öğretmen puanlamaları arasında farklılık kalmamıştır.

#### **IV.2.ÖNERİLER**

**Araştırmacının** çalışma sırasındaki gözlemleri ve çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- BSÇ eğitimi, DEHB olan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarını da azaltması nedeniyle ilköğretim okullarında uygulanabilir ve özellikle bu çocuklara yönelik olarak yaygınlaşması sağlanabilir.
- BSÇ Eğitim Programının yaygınlaştırılmasına yönelik olarak, çocuklarla çalışan her disiplinden bireylere özellikle de rehber öğretmenlere ve sınıf öğretmenlerine eğitimler verilebilir. Böylece eğitim kurumlarına yönelik bir yaygınlaştırma söz konusu olabilir.
- Çocuklara ve alandaki ilgili kişilere verilecek olan bu eğitimlerin yapılandırılması, uygulanması ve değerlendirilmesinde uzman psikiyatri hemşireleri sorumluluk alabilir.
- Psikiyatri hemşireliği uzmanlık programlarında (master), çocuklara ilişkin kişilerarası sorun çözme ve danışmanlık becerilerini geliştirecek çeşitli sertifika, eğitim programları müfredata eklenebilir (17).
- Toplumda DEHB olan çocuk ve aileleri ile ilgili olarak, hemşirelik hizmetleri açısından bozukluğun seyrine, çocuğun ve ailenin yaşamına etkisi ve bozukluğun sonuçlarına yönelik uygulamalı ve / veya epidemiyolojik araştırmalar yapılmalıdır.
- DEHB tedavisinde bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme becerileri eğitimi verilerek, izleme çalışmaları yapılmalıdır. Çalışma sonucunu saptama da nesnel ölçütler kullanılarak yapılan kontrollü çalışmalarla bu yaklaşımlarla ne kadar etkin sonuçlar alındığı ve olumlu bulunan değişimlerin ne kadar uzun süre korunduğunu gösteren araştırmalar faydalı olabilir.
- Farklı yaş ve cinsiyetteki çocuklar ile farklı sosyoekonomik

düzeylerdeki aileleri içeren örneklem seçilerek; BSÇ eğitimi ve/veya değişik tedavi yöntemleri ile farklı binişik tanı gruplarında, kontrol gruplu ya da karşılaştırmalı gruplarla çalışmalar yapılabilir.

- Bu çalışmada sadece çocuğa eğitim verilmiştir. Aynı zamanda aile ve öğretmen ve rehber öğretmenlere de çocuklara bu düşünce yapısını ve becerisini geliştirmesini sağlayacak eğitim ve danışmanlık verilerek bu şekilde karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir.

- Uygulama süreci ile ilgili olarak;
  - Çalışma sırasında konulan sınıf kurallarına uyanlara ödülleri verilmesi eğitime devamı sağladığından, küçük hediyeler verilmesiyle testler geri geldiğinden çocuklarla yapılan çalışmalarda bu tür teşvikler kullanılabilir.

- Eğitim sırasında birçok hiperaktif çocuğun bir arada bulunmasıyla müfredatın takibi zorlaştığından uygun ders ortamının devamlılığı için yardım alınması kolaylaştırıcı olabilir.

- Bu tür çalışmalarda okul ve rehber öğretmen işbirliğinin sağlanmasının çok önemli olduğu değerlendirilmiştir.

## 5. KAYNAKLAR

1. Achenbach, T.M., Rescorla, L.A.; Manual for the ASEBA school-age forms&profiles/ Burlington USA, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth&Families, 2001.
2. Akay A.P., Miral S., Yemez B., Çakar K.; Yıkıcı Davranış Bozukluklarında DSM-IV Belirtileri Açısından Anne ve Öğretmen Verilerinin Uyumu, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 9 (2), s:77-85, 2002.
3. Aksakoğlu G.; Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 2001.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği; Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, (DSM IV'TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2005.
5. Aysev A.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 9(2), s:58-59, 2002.
6. Bagwell C.L., Molina B.S.G., Pelham W.E., Hoza B.; Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations: Predictions From Childhood to Adolescence, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40(11), 1285-1292, 2001.
7. Balcı A.; Sosyal Bilimlerde Araştırma, Pegem Yayıncılık, ss:262, 2001.
8. Barkley R.A.; Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, editör Wolfe DA, Mash EJ, Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment, The Guilford Press, Newyork London, p:91-153, 2006.
9. Biederman J., Faraone S., Milberger S., Guite J., Mick E., ve ark; A Prospective 4-Year Follow-up Study of Attention-Deficit Hyperactivity and Related Disorders, Arch Gen Psychiatry, 53:437-446, 1996.

10. Biederman J., Milberder S., Faraone S.V., Kiely K., Guite J., Mick E., Ablon S., Warburton R., Reed E.; Family-Environment Risk Factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 52:464-470, 1995.
11. Biederman J., Faraone S.V., Milberger S., Jetton J.G., Chen L., Mick E., Greene G.W., Russell R.L.; Is Childhood Oppositional Defiant Disorder a Precursor to Adolescent Conduct Disorder? Findings from a Four-Year Follow-up Study of Children with ADHD”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1193-1204, 1996.
12. Brestan E.V., Eyberg S.M.; Effective Psychosocial Treatments of Conduct-Disordered children and Adolescents: Twenty-nine years, 82 studies, and 5272 kids, *Journal of Clinical Child Psychology*, 27,180-189, 1998.
13. Burt S.A., Krueger R.F., McGue M., Iacono W.G.; Sources of Covariation Among Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: The Importance of Shared Environment, *Journal of Abnormal Child Psychology* 110:516-525, 2001.
14. Büyüköztürk Ş.; *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, Pegem Yayıncılık, 2002.
15. Caldwell C.L., Wasson D., Anderson M.N., Brighton V., Dixon L.; Development of the Nursing Outcome (NOC) Label: Hyperactivity Level, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2005
16. Cantwell D.P., Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R.; Correspondence between Adolescent Report and Parent Report of Psychiatric Diagnostic Data, *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*, 36, p:610-619, 1997.
17. Chakraborty N., Sinha B.N.P., Nizamie S.H., Sinha V.K., Akhtar S. ve ark; Effectiveness of Continuing Nursing Education Program in Child Psychiatry, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Volume 19, Number 1, p.21-28, 2006.

18. Coy K., Speltz M.S., DeKlyen M., Jones K.; Social-Cognitive Processes in Preschool Boys With and Without Oppositional Defiant Disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology* 29:107-119, 2001.
19. Demir T., Demir D., Alkaş L., Kayaalp L.; Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğunda Klinik, Gelişimsel ve Ailesel Özellikler, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37(2):97-103, 2000.
20. Dennis P., Cantwell MD.; Attention Deficit Disorder: A Review of The Past 10 Years, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:978-987, 1996.
21. Dubow E.F., Tisak J.; The Relation between Stressful Life Events and Adjustment in Elementary School Children: The Role of Social Support and Social Problem-Solving Skills, *Child Development*, 60, 1412-1423, 1989.
22. Dulcan M.; Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with Attention Deficits/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 85-121, 1997.
23. DuPaul G.J., McGoey K.E., Eckert T.L., VanBrakle J.; Preschool Children with Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder: Impairments in Behavioral, Social and School Functioning, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(5):508-515, 2001.
24. Eiraldi R.B., Power T.J., Nezu C.M.; Patterns of Comorbidity Associated With Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among 6-to-12-Year-Old Children, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:503-514, 1997.
25. Ercan E.S., Amado S., Somer O. ve ark.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*., 8:132-144, 2001
26. Ercan E.S., Aydın C.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Gendaş A.Ş., İstanbul, 2000.

27. Erman H., Öncü B., Türkbay T., Erman Ö., Söhmen T., Turgay A., Yorbık Ö.; İki Farklı Kültürde Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve Karşı Gelme Bozukluğu Belirtilerin Karşılaştırılması, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 7(2):92-105, 2000.
28. Erman Ö.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Anne Baba Öğretmen Eğitimi: Gözden Geçirme, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 8(1), s:39-47, 2001.
29. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark; Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: Yeterlilik Alanları Davranış ve Duygusal Sorunların Dağılımı. Ankara: Eksen tanıtım Limitet Şirketi, 1998; 25-75.
30. Erwin P.G., Firth K., Purges D.G.; Task Characteristics and Performance in Interpersonal, Cognitive Problem Solving, The Journal of Psychology, 138(2), 185-191, 2004.
31. Fettahoğlu Ç., Özatalay E.; Çocuklarda hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmaları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi,13 (1), s:13-18, 2006.
32. Fortinash KM.; Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders, Psychiatric Nursing Care Plans, Third Edition, Mosby, New york, p:151-160, 1999.
33. Gentschel D.A., McLaughlin T.F.; Attention Deficit Hyperactivity Disorder as a Social Disability: Characteristics and Suggested Methods of Treatment, Journal of Development and Physical Disabilities, Vol, 12 No.4, p:333-347, 2000.
34. Goldman L.S., Genel M., Bezman RJ., Slanetz P.J.; Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, JAMA, 279 (14):1100-1107, 1998.
35. Greene R.W., Biederman J., Zerwas S., ve ark; Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth With Oppositional Defiant Disorder, Am J Psychiatry 159:1214-1224, 2002.

36. Hahulinen T., Laippala P., Paunnonen M., Pelkonen M.; Relationships between family dynamics of Finnish child-rearing families factors causing strain and received support, *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2):407-415, 1999.
37. Hechtman L.H.; Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, editör: Sadock B.J., Sadock V.A.; Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Lippincott&Wilkins, 2007.
38. Hinshaw S.P., Owens E.B., Wells K.C., Kraemer H.C., Abikoff A.B, ve ark; Family Processes and Treatment Outcome in the MTA: Negative/ Ineffective Parenting Practices in Relationto Multimodal Treatment, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 28, No. 6, p. 555–568, 2000.
39. Hune J.B., Nelson C.M.; Effects of teaching a Problem-Solving Strategy on Preschool Children with Problem Behavior, *Behavioral Disorders*, 27 (3), p:185-207, 2002.
40. Jadad A.R., Booker L., Gauld M., Kakuma R., Boyle M., Cunningham C., Kim M., Schachar R.; The Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: An Annotated Bibliography and Critical Appraisal f Published Systematic Reviews and Metaanalyses, *Can J Psychiatry*, Vol 44, p:1025-1035, 1999.
41. Johnson L.A., Safranek S.; What is the most effective treatment for ADHD in children? *The Journal of Family Practice*, vol.54, no:2, February 2005.
42. Karip E.; Çatışma Yönetimi, Geliştirilmiş 3. Baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara, 2003.
43. Kılıç B.G., Şener Ş.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Gruplarında Connors Öğretmen ve Anababa Ölçeklerinin Ayırıcı Özellikleri, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 10(2), 2003.
44. Kılıç B.G., Şener Ş.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (1):21-28, 2005

45. Kolko D.J., Bukstein O.G., Baron J.; Methylphenidate and Behavior Modification in Children With ADHD and Comorbid ODD or Cd Main and Incremental Effects Across Setting, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(5), p. 578-586, 1999.
46. Kuhne M., Schachar R., Tannock R.; Impact of Comorbid Oppositional or Conduct Problems on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1715-1725, 1997.
47. LeBlanc N., Morin D.; Depressive Symptoms and Associated Factors in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Volume 17, Number 2, p. 49.55, 2004.
48. Mannuzza S., Klein R.G., Bessler A., Malloy P., Hynes M.A.; Educational and Occupational Outcome of Hyperactive Boys Grown Up, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(9), 1222-1227, 1997.
49. Mayeux L., Cillessen A.H.N.; Development of Social Problem Solving in Early Childhood : Stability, Change, and Associations With Social Competence, *Journal of Genetic Psychology*, 164 (2), 153-173, 2003.
50. Neuman R.J.; Heath A., Bucholz K.K., Madden P.A.F., Sun L., Todd R.D., Latent Class Analysis of ADHD and Comorbid Symptoms in a Population Sample of Adolescent Female Twins, *J Child Psychiat*, 42 (7):933-942, 2001.
51. Nigg J.T.; *What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why*, The Guilford Press, New York, 2006.
52. Ocakcı A.; *Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı*, *Hemşirelik Forumu*, 4 (4-5):57-61, 2001.
53. Offord D.R., Bennett K.J.; *Conduct Disorder: Long-Term Outcomes and Intervention Effectiveness*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1069-1078, 1994.
54. Öğülmüş S.; *Ben Sorun Çözebilirim*, Ankara üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, yayınlanmamış Bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme becerileri eğitim programı.

55. Öğülmüş S.; Ben Sorun Çözebilirim; Kişilerarası Sorun Çözme Becerileri ve Eğitimi, Babil Yayıncılık, Ankara, 2004.
56. Öner Ö., Öncü B., Canat S., Erol.; Ergenlerde Sürekli Dikkat Performansı ile Anne Baba, Öğretmen ve Kendini Değerlendirme Ölçekleri Arasındaki Korelasyon, Türkiye’de Psikiyatri, Cilt 8, Sayı 3, 2006.
57. Özcan C., Oflaz F., Türkbay T.; Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve Binişik Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu Olan Çocukların Anne-babalarının empati düzeylerinin Karşılaştırılması, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 10: 108-114, 2003
58. Pekcanlar A., Turgay A., Miral S.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Komorbidite, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, Ankara Üniversitesi Basımevi, s;201-212, Ankara, 2001.
59. Pekcanlar A.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Komorbite, DSM-IV Belirti Sıklığı ve Aile İşlevleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, İzmir, 1998.
60. Reeve J.; Group Psychotherapy with Children on an Inpatient Unit: The MEGA Group Model, Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, Volume 19, Number 1, p. 3–12, 2006
61. Reid K., Littlefield L., Wingenfeld S.A.; Early Intervention for preschool-aged children with behavioural and relationship problems and their families, Australian Journal of psychology , supplement, vol:55, 206, p:1-4, 2003.
62. Rey J.M., Walter G., Plapp J.M, Denshire E.; Family Environment in Attention Deficit Hiperactivity, Oppositional Defiant and Conduct Disorders, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34,p:453-457, 2000.
63. Riley D.A.; The Defiant Child; A Parent’s Guide to Oppositional Defiant Disorder, Taylor Trade Publishing, New York, USA, 1997.

64. Scahill L., Pachler M.; ITreatment of Hyperactivity in Children with Pervasive Developmental Disorders, Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, Volume 20, Number 1, p. 59–62, 2007.
65. Selçuk Z.; Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar, Pegem A Yayınları, Ankara, 2000
66. Shapiro L.E.; Yüksek EQ'lu bir çocuk yetiştirmek: Anne babalar için duygusal zeka rehberi (Çeviren: Kartal Ü.), Varlık Yayınları A.Ş., İstanbul, 1999.
67. Sharon V.; "Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder", The Nurse Practitioner, 26 (9):14-27, 2001.
68. Shure M.B., Spivack, G.; Interpersonal problem-solving as a mediator of behavioral of adjustment in preschool kindergarden children, Journal of Applied Developmental Psychology, 1, p: 29-44, 1980.
69. Shure M.B., Foy T., Geronimo M.; Raising a Thinking Child. Help Your Young Child to Resolve Everyday Conflicts and Get Along With Others, New York, Pocketbooks, 1996.
70. Shure M.B., Spivack G.; Interpersonal Problem-Solving in Young Children: A Cognitive Approach to Prevention , American Journal of Community Psychology, 10, 341-356.A, 1982.
71. Shure MB; "Preventing Violence the Problem-Solving Way", OJJDP Juvenile Justice Bulletin, Washington, DC, USA, , p 1-11, 1999.
72. Sonuga-Barke E.J.S.; Daley D., Thompson M., ve ark; Parent-Based Therapies for Preschool Attention –Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Controlled Trial With a Community Sample, J Am Acad Child Adolesc psychiatry, 40:4, 402-408, 2001.
73. Taylor E., Everitt B., Thorley G., Schachar R., Rutter M., Weiseibwrg M.; Conduct Disorder and Hyperactivity II: A Cluster Analytic Approach to the Identification of a Behavioural Syndrome, British J Psychiatr, 149:768-777, 1986.

74. Thomas C.R.; Yıkıcı Davranım Bozukluğu, Editörler: Sadock B.J., Sadock V.A.; Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, (Türkçe'ye çeviri:Aydın H., Bozkurt A.), Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Lippincott&Wilkins, 2007.
75. Toros F, Tataroğlu C; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyodemografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 9 (1), sayfa 23-31, 2002.
76. Tuğlu C., Abay E.; Erişkinlerde Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Öykü, Tanı Ve Ruhsal Durum Bakımından Gözden Geçirilmesi", 3P Dergisi, 5 (1):19-28,1997.
77. Turgay A.; Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Boyu Değişim, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, Ankara Üniversitesi Basımevi, s:111-132, Ankara, 2001.
78. Turgay A.; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Bozukluğunda Anne Baba ve Öğretmenlerle Çalışma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, Ankara Üniversitesi Basımevi, s:179-184, Ankara, 2001.
79. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006.
80. Van der Oord S., Prins P.J.M., Oosterlaan J., Emmelkamp P.M.G.; Does brief, clinically based, intensive multimodal behavior therapy enhance the effects of methylphenidate in children with ADHD, Eur Child Adolesc Psychiatry 16 (1), 48–57, 2007
81. Vanlı L.; Hiperaktif Çocuklar Tanı ve Tedavi, Nobel Tıp Kitapevleri, 2001.
82. Van Manen T., Prins P.J.M., Emmelkamp P.M.G.; Reducing Aggressive Behavior in Boys With a Social Cognitive Group Treatment: Results of a Randomized, Controlled Trial, J Am Acad Child Adolesc psychiatry, 43:12, 1478-1487, 2004.
83. Webster-Stratton C., Reid M.J.; Treating Conduct Problems and Strengthening Social and Emotional Competence in Young Children: The

Dina Dinosaur Treatment Program, Journal of Emotional and Behavioral Disorders, vol11, no 3, p.130-143, 2003.

- 84.** Weeks A., Laver-Bradbury C.; Behavior Modification in Hyperactive Children, Nursing Times 93:56-58, 1997.
- 85.** Wells KC, Epstein JN, Hinshaw SP ve Ark.; Parenting and family stress treatment outcomes in ADHD: an empirical analysis in the MTA study. J Abnorm Child Psychol 28(6):543-53, 2000.
- 86.** Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA ve ark.; Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale, methods and critical issues in design and implementation, J Abnorm Child Psychol 28(6):483-505, 2000.
- 87.** Yavaş İ.; Davranım Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları Birlikteliği, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, Ankara, 1995
- 88.** Yavuzer H.; Eğitim ve Gelişim Özellikleri ile Okul Çağı Çocuğu, Remzi Kitabevi A.Ş., 2000.

## **BSÇ (Ben Sorun Çözebilirim) EĞİTİM PROGRAMI**

### **Amacı:**

Çocuklara “insanlardan kaynaklanan” sorunları önleyecek ve ortaya çıkan sorunları da çözebilmelerine yardım edecek düşünme becerilerini öğretmektir.

### **BSÇ PROGRAMININ YAPISI**

BSÇ programının üç farklı versiyonu vardır: Okul öncesi çocuklara (59 ders), ilköğretim birinci kademe (83 ders) ve İlköğretim ikinci kademe (77 ders) öğrencilerine yönelik BSÇ programı. Bu çalışmada 83 dersten oluşan BSÇ programı uygulanmıştır. BSÇ programındaki her ders ortalama 15-20 dakikadır. Hafta da iki kez günde 2-3 ders olmak üzere program yaklaşık 4 ayda tamamlanmıştır.

BSÇ programı iki temel bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çocuklara sorun çözmek için gereken ön beceriler ile ikinci bölümde ise sorun çözme becerilerinin öğretildiği dersler yer almaktadır.

### **Sorun çözme ön-becerileri:**

Sorun çözücü düşünce biçimini geliştirecek sözcük dağarcığını öğrenme

Kişinin kendisinin ve diğerlerinin duygularını tanıma

Diğer kişinin bakış açısını dikkate alma becerisi kazandırılır.

Kendinin ve başkalarının duygularını tanıma, öğrenme yolları, anlama ve farklılıkları kavrama becerisi kazandırılır.

### **Sorun çözme becerileri:**

Birden fazla çözüm yolu düşünme

Her çözüm yolunun olası sonuçlarını dikkate alma

Hangi çözüm yolunun seçileceğine karar verme

## **Yöntemi**

Sorun çözüme becerileri, çocuklara oyunlar, öyküler kullanılarak ve rol oynama yöntemleri ile öğretilir. Becerilerin gerçek yaşam durumlarında nasıl kullanılabileceğine ilişkin yol gösterilir.

## **Çocuklar Açısından Yararları**

Çocukların oyun olarak düşündüğü eğitici eğlenceli bir programdır.

Kendine güven oluşturur.

Alternatif çözümler üretmelerini özendirir.

Yeni sorunlarla uğraşma becerileri sağlar.

Akranlarıyla toplumsal etkileşimi kolaylaştırır.

Başkalarına karşı duyarlılıklarını ve bağımsızlığı artırır.

Başka durumlara da uygulayabilecek nitelikte beceriler kazandırır.

## **BSÇ PROGRAMININ TEMEL İLKELERİ**

1. Sorun tanımlanmalıdır. “Ne oldu?”, “Sorun nedir?” ya da “Bana olanları anlatır mısın?” diyerek hem çocuğun sorun üzerinde daha ayrıntılı düşünmesi sağlanır; hem de sorunla ilgili sayılılarla hareket edilmemiş olunur.

2. Sorunun gerçekte ne olduğunu anlamak ve gerçek sorunu ele almak önemlidir. Örneğin, bir çocuğun ağlaması gerçekte sorun değil, çocuğun bir sorun karşısında başvurduğu bir çözüm yolu olabilir. Çocuğun ağlamasını sorun olarak görmek yerine, sorunun gerçekte ne olduğunu anlamaya çalışmalıdır.

3. Sorunun ne olduğu tanımlandıktan sonra, gereksiz müdahalelerle sorun değiştirmemelidir. Örneğin oyuncakların paylaşılabilmesi yüzünden çıkan bir sorun karşısında, çocuklara oyuncaklarını nasıl paylaşacakları öğretilmeye niyetlenilebilir. Oysa çocuk paylaşmayı zaten bilmektedir; çocuk o anda oyuncakları nasıl geri alabileceğini düşünmektedir. Böyle durumlarda müdahale çocukların direnç göstermesine yol açar.

4. Sorunu çocuk çözmelidir. Çocuğun sadece dinlenilmesi yetmez. Çocuğun problemin nedenleri konusunda ne düşündüğünü, o durumda hem çocuğun hem de diğer kişilerin ne hissettiğini, çocuğun o andaki düşüncesinin sorunun çözümünü nasıl zorlaştırdığını ve eğer düşündüğü şeyi uygulamaya kalkışırsa sonuçta nelerin olabileceğini çocuğun görebilmesi için etkin bir biçimde çaba harcaması gerekir.

5. Çocuğun ne düşündüğü üzerinde değil, nasıl düşündüğü üzerinde durulur. Çocuğun düşünme süreci, çözümün içeriğinden çok daha önemlidir. Bunun için çocuğun gerçek yaşamda karşılaşılabileceği kişilerarası sorunların üstesinden gelmesine yardım edecek bir düşünme stili geliştirmesi üzerinde durulur. Bir çözümün övülmesi ya da eleştirilmesi çocuğun başka fikirler üzerinde düşünmesini ya da düşüncelerini özgürce dile getirmesini engelleyebilir.

Bir çözümün eleştirilmesi ya da övülmesi durumunda çocuğun zihni, seçenekler üretmekten, nedenler ve sonuçlar üzerinde düşünmekten, onay alabileceği bir şey bulmaya kayacaktır.

BSÇ ilkelerini uygulayan, çocuğa “Önemli olan düşünmektir.” değer yargısını aktarır.

Shure negatif cezadan, hatta pozitif fikir vermeye ya da teknik önermeye, BSÇ ile kendisi düşünmeye sevk edilerek kendi teknik bulmaya kadar değişen 4 seviyede diyalog tanımladı (71).

1. Birinci seviye; güç kullanarak ( emir, ceza,aşağılama vs)
2. İkinci seviye; pozitif çözüm (sebebini açıklamadan, ben telefonla konuşuyorum hadi git TV seyret, kamyonunu ona sor, oyuncağını paylaşmalısın)
3. Üçüncü seviye; açıklama ve sonuç  
sen beni böldüğün zaman kızıyorum  
ona vurursan arkadaşını kaybedersin  
ona vurursan onu kızdıracaksın  
ona vurmamalısın bu hoş değil

4. Dördüncü seviye; problem çözme süreci, BSÇ diyalogu)
- “Ne oldu?” “Sorun ne? Problem nedir?”
  - Sen ona vurduğun zaman onun ne hissettiğini nasıl anlarsın? O ne hissediyor olabilir?
  - Sen bunu yapınca ne oldu? (ne olabilirdi?)
  - Bu sana ne hissettirdi? (bu sonuç karşısında ne hissettin?)
  - Bu sorunu senin ve onun iyi hissetmesine yol açacak problemi çözecek farklı bir yol düşünebilir misin?
  - Bunun iyi mi yoksa kötü bir fikir mi olduğunu düşünüyorsun? (niçin, niçin değil)

Bu diyaloglara alıştıktan sonra nasıl kısaltabilecekleri öğretildi. Sonunda sadece “senin nasıl hissettiğini ona başka hangi yolla söyleyebileceğini düşünür müsün? ya da “oyuncağını bırakacak başka bir yer düşünür müsün? (71).

**ÖRNEK:**

**Anne:** ne oldu ? sorun nedir? (çocuğun soruna bakış açısını ortaya çıkararak )

**Çocuk:** o bana vurdu?

**Anne:** O sana vurmada önce ne oldu? ( BSÇ kelimelerinden olan ÖNCE kelimesini kullanmak suçlayıcı bir sorudan (niçin ona vurdun?) daha az tehdit edicidir.

**Çocuk:** Onun oyuncağını aldım

**Anne:** Sen ona vurunca ne oldu

**Çocuk:** O bana geri vurdu

**Anne:** Onun oyuncağını alınca ve ona vurunca (karşısındaki duygularını anlamasına rehberlik ediyor) onun ne hissettiğini düşünüyorsun

**Çocuk:** Kızgın

**Anne:** O sana vurunca sen ne hissettin (çocuğun kendi duygularının farkına varmasına rehberlik)

**Çocuk:** Kızgın

**Anne:** Sen ve o kırgınsınız. Peki bu sorunu çözebilecek FARKLI bir yol düşünebilir misin? (71)

### **BSÇ Programının Ana Hatları**

#### **(Sorun Çözme Ön-Becerileri)**

1-14. oturumlar; Çocuklara BSÇ Programında yer alan sözcük dağarcığını öğretmek

**DIR, DEĞİL,** sorun çözme sürecinde çocukların herhangi bir nesnenin, olayın ya da durumun ne olduğunu ya da ne olmadığını saptamaya gereksinim vardır; Örn, bu iyi**DIR** ya da iyi **DEĞİLDİR** olan bir problemi de çözmek için onların olay, fikirleri “bu iyi bir fikir, o iyi bir fikir **DEĞİL**” hakkında bilgi verir.

Herhangi bir nesnenin, durumun, olayın ya da olgunun **NE OLUP-OLMADIĞININ** saptanmasını sağlar.

Çocukların ileride sorun çözmeye yönelik düşünme biçimi geliştirebilmeleri için **VE, YA DA, YOKSA** sözcükleri, çocuklarda “birden fazla yol vardır” düşüncesinin gelişmesi için gereklidir.

**BAZI-BÜTÜN** sorunla ilgili düşüncelerin netleşmesine ve sorunun çözülmesinde yardımcı olur ,

**AYNI (BENZER)-FARKLI (BAŞKA),** sorunların nedenlerinin anlaşılması ve alternatif çözümlerin üretilmesi açısından çok önemlidir. Çocuklar **AYNI** sorunun **FARKLI** çözümleri olduğunu anladıkları zaman sorun çözme sürecinde önemli bir adım atmış olurlar. Örneğin, vurma, tekme birine zarar verdiği için **AYNI** çeşit bir davranış olduğu; birine zarar vermeyecek **FARKLI** bir şey düşünülmesi için gerekli bir kavramdır. Çocukların **AYNI** olay hakkında **FARKLI** kişilerin **FARKLI** hissedebileceğini ve bunu **FARKLI** yollarla öğrenmesi gereklidir. (Örneğin;dağınık bir oda, mobilyanın üstüne çıkma davranışı karşısında diğer kişiler farklı hissedip tepki verebilir.)

**EĞER.....O ZAMAN..,** olgular arasındaki neden-sonuç ilişkilerini anlamalarına yardım edebilir. Kendi davranışlarının olası sonuçlarının neler olabileceğini görmeleri sağlanabilir. Bu sözcük çifti, ardışık düşünmenin

gelişmesinde de ilk aşamadır. **Eğer..... olursa, daha sonra ne olabilir** Örneğin; eğer bir çocuk diğerini kaydırdıktan aşağıya iterse ne olabilir?

**ÖNCE-SONRA** ve **ŞİMDİ-DAHA SONRA** olaylar arasındaki öncelik-sonralık ilişkisini kavramalarına, daha ileride de ardışık (sonuçsal) düşünce tarzı geliştirmelerine yardımcı olur.

Örneğin; bir kavga başlamadan **ÖNCE** ne olduğunun düşünülmesine yardım eder.“, sen ona vurmadan **ÖNCE** mi yoksa sen vurduktan **SONRA** mı O sana vurdu?”

15-19. oturumlar; Çocukların hem kendi duygularını hem de başkalarının duygularını (**MUTLU, ÜZGÜN, ÖFKELİ**) doğru teşhis etmeyi öğrenmelerine yardım etmek; sorun çözme sürecinde bireylere, kendi davranışlarımızla başkalarının duygu durumunu değiştirebilme potansiyeline sahip olduğumuz vurgulanır. Çocuklar karşısındakilerin duygularının farkına vardıkları zaman onlara duyarlı olmayı öğrenmektedir. Bu çocuklara bir kişinin nasıl hissettiğini dinlemeyle, görerek, sorarak ve birden fazla yolla öğrenebileceğini öğrenebileceği BSÇ sözcükleri ile öğretmek önemlidir (71). Sorun çözme sürecinde davranışların bireylerde yol açtığı duygular vurgulanır. Çocukların dikkati, kendi davranışlarının da başkalarında yol açtığı duygulara ve başkalarının davranışlarının da kendilerinde yol açtığı duygulara çekilir. Bunun sorun çözmede duyguların farkında olmak önemli bir ön beceri olduğu kabul edilir. Kişilerarası sorunların ortaya çıkmasında ve sorun çözme sürecinin başarısız olmasında rol oynayan önemli bir faktör, sayılılarla hareket etmektir. **BELKİ ve OLABİLİR** sözcüklerinin öğretilmesiyle, çocukların başkaları hakkında aceleyle ve yanlış sayılılar geliştirmekten kaçınmalarına yardımcı olunmaktadır. Belli bir duygunun ve davranışın nedenlerini düşünmeye özendirilirler.

20-21.oturum Dinleme ve dikkat etmeyle ilgili beceriler geliştirmelerini özendirmek.

22-26. oturum; Çocukların başkalarının tercihleri hakkında bilgi edinme yollarını öğrenmelerine yardım etmek; **BELKİ-OLABİLİR (sorulara cevap olabilecek)** kavramlarını pekiştirmek; **NEDEN (NİÇİN) -ÇÜNKÜ** sözcüklerini tanıtmak (Bu kavramlar, çocukların her duygu ve davranışın bazı nedenleri olduğunu ve bir davranışın **FARKLI NEDENLERLE** ortaya çıkabileceğini anlamalarına yardım edecektir.

Çocukların yaşadığı olaylarda diğerlerinin de kararlarının önemli olduğunu ve onların önceliklerine de hassas ve saygılı olmayı öğrenmeleri önemlidir. Örneğin; “ben bebekleri severim, fakat erkek arkadaşım sevmez” bu çeşit bir bakış açısının çocukların arkadaşlarını mutlu ya da mutsuz edebilecek şey üzerinde düşünmesine yardım eder.

Öncelikle bu kelimeleri öğrenmek, çocuklara eğer birisini mutlu etmenin bir **yolu** başarısız olduğunda, **DİĞER (BAŞKA)** bir yol denemenin iyi olacağını öğretmektir.

27-39. oturum Bireysel farklılıkları tanımaya ve başkalarına “sever misin/hoşlanır mısın?” sorusunu sorarak insanların tercihlerini öğrenmeyi öğretmek. **KORKU, GURUR, ve ENGELLENME** duygularını tanıma ve ifade etme; olayların ardışıklığına dikkat etme; bir şey yapmak için zamanın uygun olup-olmaması.

40-42.oturum Çocuklara neyin **DÜRÜST** ya da **ADİL OLDUĞUNU** ya da **OLMADIĞINI** anlamalarına yardım etmek. Çocukların, koşullar AYNI (eşit) olduğunda elde edilecek yararın da aynı (eşit) olacağını; karar verirken başkalarının haklarının da dikkate alınması gerektiğini anlamalarına yardım etmektir. Hak, adalet, adil olmak, dürüstlük vb gibi kavramların anlamını kavrayan çocuklar hem kendi haklarını uygun tarzda daha iyi korur; hem de başkalarının haklarına daha saygılı olurlar. Herhangi bir sorunun çözümünde sadece kendi gereksinimlerini, amaçlarını ya da çıkarlarını değil, başkalarının gereksinimlerini de göz önünde bulundurmaları gerektiğini anlarlar. Dürüstlüğü

ya da adil olmanın bazen beklemek anlamına geldiğini göstermek.

### **ZAMANI VE YERİ / ZAMANI VE YERİ DEĞİL**

Bu kavramlar çocukların, belli bir davranışın yere ve zamana göre kabul edilebilir ya da kabul edilemez olduğunu anlamalarına yardımcı olmaktadır.

43-45.oturum; **SABIRSIZLIK** sözcüğünün anlamını öğretmek; ardışıklık bilincini güçlendirmek; bir şey için beklemek zorunda kaldıkları zaman çocukların engellenmeyle başa çıkmalarına yardımcı olmak

46-47.oturum **ENDİŞELENE-RAHATLAMA** kavramlarını açıklamak; çocukları hem kendi duygularına hem de başkalarının duygularına karşı duyarlı olmaya özendirme

### **(Sorun Çözme Becerileri)**

48-60.oturum: **Alternatif Çözümler**; Çocukların sorunun ne olduğunu anlamalarına ve çok sayıda olası çözüm üretme yollarını öğrenmelerine yardım etmek. Birden fazla ve birbirinden farklı çözüm üretmek için, kişinin pozisyonunu değiştirmesi. BSC programında çocuklar herhangi bir sorun karşısında birden fazla çözüm üretmeye özendirilir. Önerilen çözümlerin iyi ya da kötü olması önemli değildir; önemli olan çocuğun düşünmüş olmasıdır ve bu yüzden de çocuk takdir edilmeyi hak etmiştir.

61-74.oturum **Olası Sonuçlar**: Çocukların neden-sonuç ilişkilerini anlamak için bir ön-gereklilik olarak ardışık düşünmeyi öğrenmelerine (ders 61-67) ve gerçek yaşamda da ardışık düşünmelerine (ders 68-74) yardım etmek.

75-83.oturum **Olası Çözümlerle Olası Sonuçları Eşleştirme**: Çocuklara, olası bir çözümle ile olası bir sonuç arasındaki bağlantıyı görmeleri için bire-bir uygulama yapma fırsatı verme.

**BİLGİ FORMU**

Adı Soyadı:

Doğum tarihi:

Cinsiyeti:

Okulu :

Sınıfı:

Baba adı:

Yaşı:

Eğitimi:

İşi:

Anne adı:

Yaşı:

Eğitimi:

İşi:

Kaç kardeşi var:

Ailede patoloji:

Aile tipi

a. Çekirdek

b. Geniş

c A.B.Ayrı

d. Boşanmış

Anne ya da baba üvey:

Anne ya da baba vefat:

Çocuğa bakan:

Beden sağlığı:

Tanı:

Alışkanlıkları ve diğer problemleri:

Karşı gelme:

Ailedeki psikolojik problemler:

Yakınması:

Adres:

Tel:

### **AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın adı; “Kişilerarası sorun çözme eğitiminin, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklardaki karşı gelme belirtileri üzerine etkisi”dir.

Çalışmanın amacı; Kişilerarası sorun çözme eğitiminin, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklardaki karşı gelme belirtileri üzerine etkisini belirlemektir.

Araştırma Şehit Mehmet Altanlar İlköğretim Okulu ve Gülhane İlköğretim Okulunda yapılacak olup; süresi olarak 4 ay planlanmıştır. Araştırmada çocuğunuz hakkında siz ve çocuğunuzun öğretmeni tarafından, araştırmacı tarafından hazırlanan “Bilgi Formu”, “DSM IV’ye dayalı yıkıcı davranış bozukluklarını tarama ve değerlendirme ölçek formu” ve “6-18 Yaş grubu çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği” ile bilgi alınacaktır.

Bu araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin ya da çocuğunuzun ismi açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmama yada kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkürler.

**Yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.**

Gönüllünün adı, imzası, adresi ve tel no:

Açıklamaları yapan araştırmacının adı, imzası