

T.C.
GENELKURMAY BAŐKANLIĐI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİMDALI BAŐKANLIĐI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN ANNE-BABALARININ EMPATİ DÜZEYİ İLE
AİLE İŞLEVLERİNİN İNCELENMESİ**

115656

HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

CELALE TANGÜL ÖZCAN
Sağ. Yzb.

115656

Danışman Öğretim Üyesi

Fahriye OFLAZ
Dr.Yük.Hem.Yzb.

ANKARA -2002

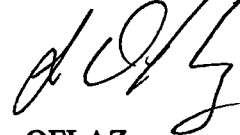
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü Psikiyatri Hemşireliği BD. Yüksek Lisans programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu tez çalışması aşağıda yer alan jüri üyeleri tarafından onaylanmıştır.


Tez Danışmanı : Fahriye OFLAZ
Dr.Yük.Hem.Kd.Yzb.
Psk.Hem.BD.Öğrt.Üyesi


JÜRİ BAŞKANI : M.Teoman SÖHMEN
Prof.Tbp.Kd.Alb.
Çocuk Ruh Sağ.ve Hast. AD. Bşk.


JÜRİ ÜYESİ : Fatma ÖZ
Doç.Dr.
H.Ü.HYO Psikiyatri AD.Bşk.


JÜRİ ÜYESİ : Fahriye OFLAZ
Dr.Yük.Hem.Kd.Yzb.
Psk.Hem.BD.Öğrt.Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

ÖNSÖZ

Bu tez konusu Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü'nün 19 Ekim 2001 gün ve Böl. Bşk.: 0530-52-01/52 sayılı yazısı ile belirlenerek önerilmiş ve GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 148 sayılı oturumunda görüşülerek 4-Aralık-2001 gün ve Yük.Lis. ve Dok. Mrk.: 0530-95-01/122 sayılı yazısı ile onaylanarak verilmiştir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuğun gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve ataklık ana belirtileriyle ortaya çıkan bir bozukluktur. DEHB toplumda oldukça sık görülen, okul çağı çocuklarında %5-10 oranında ve sıklıkla erkeklerde görülen, etiyojisi tam olarak saptanamamış çok yönlü bir bozukluktur. DEHB'nun çocuğun gelişimine, yaşantısına, arkadaş ilişkilerine ve okul yaşamına olumsuz etkileri mevcut iken, tedaviye başladıktan sonra olumlu sonuç alınması, bu bozukluğa ilgiyi daha da artırmıştır. DEHB, başta eğitim kurumları olmak üzere aile, toplum ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından biridir.

Bu çalışma, DEHB olan çocuklar ile Karşı Gelme Bozukluğu (KGB) komorbid tanısı konmuş çocukların anne babalarının empati düzeyleri ve aile işlevleri karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

Bu tez çalışmasında ve yüksek lisans eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği sağlayan GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü Sayın Prof.Dr.Yük.Hem.Kd.Alb. Nur İnanc'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Klinik uygulamaya izin veren, yardım ve desteklerini esirgemeyen GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Tbp.Kd.Alb Teoman Söhmen'e ve tez çalışmamın her aşamasında yardımcı olan Yrd.Doç.Tbp.Kd.Yzb. Tümer Türkbay'a teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince yardım ve desteğini esirgemeyen Uzm. Psk. Nagehan Dalkanat'a, Sos. Hzm. Uzm. Deniz Karhan sekreter Duygu Büyükkın'a, GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.'nin tüm çalışanlarına, Sağ.Yzb. Hatice Bebiş'e, Sağ.Yzb. Kamile Sekmen'e, Sağ. Ütğm. Pınar Kırmızıgül'e, Bnb. Yavuz Sanisoğlu'na HYO öğretim görevlisi arkadaşlarıma, ve yardım, desteğinden dolayı saygıdeğer eşim Yrd.Doç.Tbp.Kd.Yzb. Ayhan Özcan'a teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile destekleyen ve tez danışmanı olarak da beni yönlendiren, yardım eden hocam Sayın Dr.Yük.Hem.Kd.Yzb. Fahriye Oflaz'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Celale Tangül ÖZCAN
Sağ. Yzb.



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
BÖLÜM I. GİRİŞ	1
I.1. PROBLEMİN TANIMLANMASI	1
I.1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
I.1.2. Araştırmanın Amacı	3
I.2. GENEL BİLGİLER	4
I.2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	4
I.2.2. Karşı Gelme Bozukluğu	13
I.2.3. Aile İşlevleri ve DEHB ve Toplumsal Uyum	16
I.2.4. Empati ve DEHB	20
I.2.5. DEHB ve Hemşirelik	25
BÖLÜM II. GEREÇ VE YÖNTEM	30
II.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	30
II.2. Araştırmanın Şekli	30
II.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
II.4. Araştırmanın Sayıtları	31
II.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
II.6. Uygulama	31
II.7. Veri Toplama Araçları	32
II.8. Tanımlar	36
II.9. Verilerin Değerlendirilmesi	37
BÖLÜM III. BULGULAR VE TARTIŞMA	38
BÖLÜM IV. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
BÖLÜM V. ÖZET	69
BÖLÜM VI. İNGİLİZCE ÖZET	70
KAYNAKLAR	71
EKLER	82
Ek 1. Bilgi Toplama Formu	82
Ek 2. Empati Beceri Ölçeği	83
Ek 3. Empati Eğilim Ölçeği	85
Ek 4. Aile Değerlendirme Ölçeği	87

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Tablo Başlıkları	Sayfa No
Tablo I.	Araştırmaya Alınan Çocukların Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo II.	Anne-Babaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	39
Tablo III.	DEHB ile DEHB+KGB Gruplarının Anne-baba Yaş, Eğitim Durumu ve Meslek Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
Tablo IV.	Anne-Babaların Empati Ölçek Puanlarının Korelasyonu	41
Tablo V.	Anne-Babaların Empati Ölçek Puanları ile Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırılması	42
Tablo VI.	Annenin Çalışma Durumuna göre EBÖ/EEÖ ve YDBÖ Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo VII.	Anne-Babalarının Empati Puanlarının DEHB ve DEHB+KGB Grupları ile Karşılaştırılması	43
Tablo VIII.	Anne ve Babaların Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Korelasyonu	43
Tablo IX.	Anne ve Babaların Aile İşlevleri Ölçeğinde Sağlıksızlık İfade Etme Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo X.	ADÖ'de Sağlıksızlık İfade Eden Anne ve Baba Oranlarının Karşılaştırılması	45
Tablo XI.	ADÖ'de Sağlıksızlık İfade Eden Annelerin Oranları ile DEHB ve DEHB+KGB Gruplarının Karşılaştırılması	46
Tablo XII.	ADÖ'de Sağlıksızlık İfade Eden Babaların Oranları ile DEHB ve DEHB+KGB Gruplarının Karşılaştırılması	46
Tablo XIII.	ADÖ'de Sağlıksızlık Görülen Aile Bildirimi Oranları ile DEHB ve DEHB+KGB Gruplarının Karşılaştırılması	47
Tablo XIV.	Anne ve Öğretmen Bildirimine Göre Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Alt Ölçeği Puanlarının DEHB ve DEHB+KGB Grupları ile Karşılaştırılması	47
Tablo XV.	Anne ile Öğretmen Bildirimine Göre Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu	48
Tablo XVI.	Anne-Öğretmen Bildirimine Göre Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu	48
Tablo XVII.	Anne-Babaların Empati Ölçek Puanları ile ADÖ Puanlarının Korelasyonu	49
Tablo XVIII.	Anne-Babaların Empati Ölçek Puanları ile Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu	49

I. GİRİŞ

I.1. PROBLEMİN TANIMLANMASI

I.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. DEHB toplumda sık görülmekte olup, okul çağı çocuklarında %5-10 oranında ve sıklıkla erkeklerde gözlenmektedir. DEHB'nun çocuğun gelişimine, yaşantısına, kişiler arası ilişkilerine ve okul yaşamına olumsuz etkileri vardır. Başta eğitim kurumları olmak üzere aile, toplum ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından biridir (46, 54).

Son 20 yılda DEHB ile ilgili epidemiyoloji, genetik, psikopatoloji ve tedavi alanlarında çok sayıda araştırma yapılmıştır. Ancak, bu bozukluğa hangi faktörlerin neden olduğu kesin olarak bilinmemektedir (39). Son on yılda hastaların %80-90'ında ilaç tedavisi, davranış değişikliği ve aile eğitimi gibi yaklaşımların birlikte kullanılması ile olumlu sonuçlar alınması, bu soruna ilgiyi daha da artırmıştır (103).

Yapılan çalışmalarda aile dinamiklerinin ve sosyal işlevlerinin bozukluğa etkisi çok az incelenmiştir. Bu nedenle DEHB olan çocuğa sahip ailelerin sosyal ve psikolojik işlevlerini belirlemek önem kazanmıştır. Ülkemizde DEHB'nun bu yönü üzerine yapılan çalışmalar çok az sayıdadır (85). Bu çalışmanın konusu olan anne-babanın empati düzeyi ve DEHB ilişkisi tarandığında literatürde bu konuda çalışma bulunmamıştır.

Ayrıca, bu alanda giderek ilgilenilen bir sorun da komorbiditedir (binişiklik). Komorbid bozukluğun bilinmesi, asıl bozukluğa neden olan etiyolojik etmenleri belirleme ve asıl bozuklukla ilgili durumun netleşmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, tedavi programının seçimini yönlendirmekte ve bozukluğun gidişinin belirlenmesinde de yol göstericidir (94).

DEHB olan çocuklar üzerinde yapılan izlem çalışmaları, bu bozukluğun karşı gelme bozukluğu (KGB) ya da davranım bozukluğu (DB) gibi ilave bozuklukların gelişiminde rolünün olduğu ve bu açıdan büyük bir risk taşıdıklarını ortaya koymuştur (32, 98).

Bazı çalışmalarda KGB'nun oluşumunda temel etmenin anne-baba-çocuk ilişkisindeki sorunlar ile ilişkili olduğu; KGB'nun çocuğa karşı açıkça katı tutum izleyen

anne-babaya bir tepki olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Sıkı ve sert denetim altında tutulan ya da eğitim yöntemleri değişken olan ailelerde yetişen çocuklarda karşı çıkma ve saldırganlık gibi yollarla kendilerini kabul ettirme davranışlarının sık olduğu belirtilmektedir (118). Ayrıca, KGB gösteren çocukta prognoz, büyük ölçüde anne-baba işlevlerinin kalitesinden ve binişik başka bozukluğun olup olmamasından da etkilenmektedir (20, 88).

Bu kapsamda ele alındığında, DEHB olan çocukların aile işlevleri ve anababanın tutumları komorbidite açısından önem kazanmaktadır. Aile sistemini anlamak üzere geliştirilmiş teorilerden; "Davranış Dinamiği Modeli"nde aile sistemi içinde, üyelerin her birinin diğerlerine ilişkiler yoluyla bağlı olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla ailede sorunlu bir çocuğun bulunması, aile işlevlerinde bazı bozulmalara neden olabileceği gibi, aile işlevleri bozuk olan ailelerde de çocuğun sorununun şiddetinin artması ve ilave sorunlar eklenmesi beklenen bir durumdur (30).

Psikiyatrik bozuklukların oluşumu açısından ailenin, işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirebilmesi incelendiğinde; aralarında belirli bir iletişim sağlayamamış, ilgisiz, ortak sorunlarını birlikte çözemeyen, duygularını birbirlerine açıkça ifade edemeyen, aile içindeki rollerini benimsemeyen ve birbirinin davranışlarını kontrol edemeyen ya da aşırı kontrol eden ailelerde, psikiyatrik bir bozukluğun ortaya çıkma olasılığının, bu işlevleri sağlıklı bir biçimde yerine getirebilen ailelere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (30,89,90,112). Bu sayıltının DEHB'nda KGB gelişimi yönünden de geçerli olduğu düşünülmektedir. DEHB ve KGB bozukluğu olan çocuklarda, aile işlevlerinin saptanması ve planlanacak aile tedavi programları için işlev bozukluğunun hangi alanda olduğunun araştırılmasına gereksinim vardır(19, 20).

Ebeveynlerin, çocukların ihtiyaçlarını anlayabilmeleri için sürekli iletişim kurmaları gereklidir. Anne-baba-çocuk üçgeninde, çocuğun duygu ve düşüncelerini paylaşmaları, sorunlarına çözüm bulmaları başarılı bir iletişim yoluyla mümkündür. İletişimin kurulamaması; duyguların bastırılması ve sorunların çözümlenememesi anlamına gelir ki, böyle bir aile ortamı çocuğun gelişimi açısından sağlıksızdır (14).

Empati iletişimim temel kavramlarından biridir ve son yıllarda , üzerinde önemle durulmaktadır. Empati ile problem çözen anneler, çocuklarına, etkili baş etme yöntemini öğretebilmekte ve bireyin kişisel ve sosyal uyumu üzerinde çok önemli etkileri olabilmektedir (34,48,59). Empati kişiler arası ilişkilerde iletişim düzeyini

belirleyen en önemli parametrelerden biridir. DEHB olan çocukların yaşadıkları sorunların da önemli bir kısmı iletişimle ilgilidir. Anne-baba-çocuk ilişkilerinde yaşanan iletişim sorunlarında temel problemin aile bireylerindeki empati becerilerinden yoksunlukla ilişkili olabileceği varsayılabilir. Empati düzeyi yüksek olan anne-babalarda çocuğun uygunsuz davranışları karşısında tepkisel davranışlarda bulunmak yerine, sorunun nedenlerini araştırma ve çözüm yolları bulma olasılıkları artacaktır. Bu nedenle, DEHB olan çocukların ailelerin eğitimi ve empati konusunda bilinçlendirilmesi ile KGB ve DB gelişimini önlemeye yönelik yararlar sağlanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın; DEHB olan çocukların yaşam kalitesini yükseltmeyi ve ailelere, çocukları ile nasıl bir yaklaşımla iletişimde bulunabileceklerini öğretmeye yönelik çalışmalara bir basamak oluşturacağı düşünülmektedir. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında da konu incelenmesinin, hasta ailelerinin eğitimi yönünden büyük önemi vardır. Bu bağlamda, psikiyatri hemşiresinin DEHB olan çocuklarla çalışırken kullanabileceği, etkin model ve yöntemlerin gelişmesi açısından konunun incelenmeye ve araştırmalarla ele alınmasına gereksinim vardır. Hasta ve aileleri ile birebir ilişki kuran hemşirelerin bu konularda aydınlatılarak ve eğitilerek, daha yararlı hemşirelik işlevleri sunulabileceği düşünülmektedir.

I.1.2. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ/AMACI:

Bu çalışmada, DEHB tanısı konan çocukların ailelerinde empati düzeyi ve aile işlevlerine ilişkin aşağıdaki özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır. Bunlar;

1. DEHB tanısı konmuş çocukların ailelerinde; problem, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler gibi özelliklerin değerlendirilmesi,
2. DEHB tanısı konmuş çocukların anne-babalarının empati düzeylerinin incelenmesi,
3. DEHB olan çocukların anne-babalarının empati düzeyleri ile KGB arasındaki ilişkinin incelenmesi,
4. DEHB olan çocukların anne-babalarının aile işlevleri ile KGB arasındaki ilişkinin incelenmesi,

5. DEHB olan çocukların anne-babalarının empati düzeyi ile aile işlevleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Bu çalışmada, GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve DEHB tanısı konulan çocukların anne babalarının tedavi sürecinde empati düzeyi ve aile işlevlerine ilişkin özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu araştırmanın çerçevesinde, DEHB olan çocuklar ile ilaveten KGB komorbid tanısı konmuş çocukların anne babalarının empati düzeyleri ve aile işlevleri karşılaştırılmıştır.

1.2. GENEL BİLGİLER

1.2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

1.2.1.1. DEHB'nun Tanımı ve Önemi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), ilk kez 1854 yılında Henrich Hoffman tarafından tanımlanmıştır. 1902 yılında ise George Still tarafından sistematik tanımlamasını yapmıştır. Son 30 yılda, bu konudaki bilimsel bildirilerde yoğun artış olmuştur. 1930-1950 yılları arasında, bu belirtilerle beyin zedelenmesi arasında ilişki olduğu vurgulanmış ve "Minimal Beyin Hasarı" terimi kullanılmıştır. 1950-1960'larda bu terim "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak değişmiş, etiyolojide beyin hasarına yol açabilecek nedenler araştırılmıştır. Sonraki yıllarda da, özellikle beyin görüntüleme yöntemlerinin kullanımı ile birlikte DEHB'nun organik yönüne ilgi devam etmiştir. 1980-1996 yılları arasında DEHB ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış ve bu çalışmalar daha çok epidemiyoloji, genetik, psikopatoloji ve tedavi alanlarında yoğunlaşmıştır. Günümüzde DEHB'nun, sinir sisteminin işlevsel bozukluğunun bir sonucu olduğu düşüncesi ağırlık kazanmıştır. Ancak bu bozukluğu hangi faktörlerin neden olduğu kesin olarak bilinmemektedir (46).

DEHB tanısı, ilk olarak 1968'de Amerikan Psikiyatrik Bozukluklar Tanı ve Sınıflandırması sistemi olan DSM-II'de (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) "Hiperkinetik Reaksiyon" olarak yer almıştır (6). 1980'de DSM-III'de "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" terimi kullanılmış ve hiperaktivite ile birlikte olan ve olmayan diye iki gruba ayrılmıştır (7). 1987'de DSM-III-R'da "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" terimi kullanılmaya başlanmıştır (8). DSM-IV'de (1994) "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığı altında yer almakta ve şu şekilde sınıflandırılmaktadır (9):

- 314.xx Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)
- 314.00 Dikkat Eksikliğinin Önde Geldiği Tip (DEHB/ DE)
- 314.01 Birleşik Tip (DEHB/ BT)
- 314.01 DEHB/Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip (DEHB/ H-I)
- 314.9 Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) DEHB
- 312.8 Davranım Bozukluğu (DB)
- 313.8.1 Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KGB)
- 312.9 Başka Türü Adlandırılmayan Yıkıcı Davranış Bozuklukları

DSM-IV'e göre, DEHB/BT olan çocuklar, daha küçük yaşta fark edilen, çoğunlukla erkek, çevresindeki kişiler tarafından daha fazla dışlanan ve DEHB/DE olan çocuklara göre akademik olarak daha başarısız olan çocuklardır. DEHB/H-I alt tipindekiler ise çok daha fazla motor etkinlik ve dürtü kontrol bozukluğu göstermekte fakat akademik olarak ve dikkat eksikliği yönünden önemli sorunları bulunmamaktadır (94).

DEHB'nun temel özelliği dikkati vermede ve sürdürmede güçlük ve benzer gelişim düzeyindeki çocuklara oranla aşırı hareketlilik ve ataklıktır (46).

Dikkat eksikliği, bir konuya yoğunlaşmada güçlük, verilen görevleri tamamlayamama, sınırlı dikkat zamanı ve dikkat dağınıklığı belirtileri ile kendini göstermektedir. DEHB olan çocuklarda, ayrıntılara karşı dikkat eksikliği mevcut olup, okul ve diğer ödevlerinde birçok hatalar yapmaktadırlar. Çalışmalarını plansız, düzensiz ve karmakarışık bir biçimde sürdürürler. Oyun ve benzeri etkinliklerde dikkatlerini uzun süre toplayamazlar. Sanki akılları başka yerdedir ya da söylenenleri dinlemiyor, duymuyor görünümü verirler. Sıklıkla tamamlanmamış bir etkinlikten diğerine geçerler. Kendilerine verilen okul ödevi ya da herhangi bir iş üzerinde belirtilen ve beklenen bir biçimde çalışamaz, ödevlerini bitiremezler. Bu çocuklar belirli bir zihinsel çaba gerektiren etkinliklerde yer almaya karşı isteksizdirler. Anne-babalarının zoruyla bir süre derslerinin başında otursalar bile kalem, silgi ve kalemtıraş gibi nesnelerle oynarlar. Başkalarının dikkatini çekmeyen bir ses ya da bir görüntü onların ilgisini anında çeker. Sıklıkla eşyalarını ve okul araç ve gereçlerini bir yerde unutur veya kaybedebilirler. Günlük etkinliklerde sıklıkla unuttuklarıdır. DEHB, zihinsel çaba gerektiren ders çalışma, ödev yapma, sınıfta ders dinleme gibi

aktivitelerde dikkat eksikliği ve sürekli oturma güçlüğü gibi hiperaktivite belirtileri ile okul döneminde ön plana çıkmaktadır.

DEHB olan çocukların davranışlarındaki aşırılık ve hızlilik, zihinsel işlevlerde de kendini göstermektedir. Düşüncelerin birbiri ardından girişi, düşünce akışının bozulması, konudan konuya atlama, konuşmanın amacından sapması gibi özellikler görülebilir. Bu çocuklar algıladıklarını örgütlemekte güçlük çekerler. Planlama, soyutlama, kendini düzenleme becerileri yeterince gelişmemiş olduğu için konsantrasyon güçlüğü ve dikkatsizlik ile birlikte verilen konuyu anlama, sentez yapma ve öğrenilen bilgiyi kalıcı bilgi haline getirme güçlükleri vardır. DEHB olan çocukların özellikle organizasyon ve planlama gerektiren sözel görevlerde performansları düşük bulunmuştur.

“Hiperaktivite”, yerinde rahat duramama ya da oturduğu yerde bile kıpırdanıp durma, gerektiği zamanlarda oturamama, uygunsuz ortamlarda koşuşturma ya da tırmanma, “motor takılmış gibi” sürekli hareket halinde olma tarzında kendini gösterir. Bu çocuklar, uyarıları dinlemeden, durmak yorulmak bilmeden birbiri ardına hareket ederler. Sınıf öğretmenleri, bu gibi çocukların sık ayağa kalkmalarından, arkadaşlarına sataşmalarından ve laf yetiştirmelerinden yakınabilir. Koltukların üzerinden atlamaları ve dolaplara tırmanmaları nedeniyle “Düz Duvara Tırmanma” deyimini bu çocuklar için kullanılmaktadır. Diğer çocuklardan daha fazla tehlikeli ve kaza yaratan durumlara girerler. Çok hareketli ve atak oldukları için tehlikeyi hemen kavrayamayabilirler. Çok konuşurlar ve sessiz olunması gereken etkinlikler sırasında gürültü yaparlar.

Dürtüsellik (impulsivite), bir davranışın sonucunu düşünmeksizin harekete geçme ile kendisini gösteren ataklıktır. Dürtüsellik kendini sabırsızlık, soru tamamlamadan cevabını verme eğilimi, sırasını beklemede güçlük, başkalarının konuşmasının ya da işinin arasına girme şeklinde kendini gösterir.

Okula başladıklarında bu çocukları bekleyen bir çok güçlük vardır. Bu çocuklar dikkat eksikliği, hiperaktivite ve impulsivite nedeniyle toplumdan dışlanmakta ve başarısız olmaktadır. Çocuğun sırasında oturmaması, dikkatini bir konu üzerinde yoğunlaştıramaması, algılama bozukluğu ve sakarlığı onun sürekli azarlanmasına, eleştirilmesine ve uyarılmasına yol açar. Ek olarak arkadaşlık kurmada ve sürdürmede yaşadıkları zorluklar onu daha içe kapanık, yalnız, öfkeli, küskün ve

oyun bozan yapabilir. Bu durum KGB ve DB gibi ek tanılarının konulması için uygun zemin hazırlar (23, 28, 51, 71, 77, 85, 114).

Derinlik algısındaki sorunları yüzden, anne-babalar çocuklarının sakar olmasından sıklıkla yakınırlar. İnce motor koordinasyon bozukluğu da çok belirgindir. Çocuğun eli hiçbir zaman düşünceleri kadar iyi ya da hızlı çalışmaz. Bu çocukların defterleri düzensizdir. Harf ve hece atlamaları, harflerin ters yazılması ve yarım bırakılmış sayfalar defterlerin en belirgin özellikleridir.

1.2.1.2 ETİYOLOJİ

DEHB nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. DEHB'nun etiyojisi konusundaki çalışmalar hala sürmektedir. Genetik nedenler, beyin hasarı, nörotransmitterler, gıda-katkı maddeleri ve toksik maddeler, psikososyal etkenler DEHB'nun diğer nedenleri olarak düşünülmektedir(54,69). Biederman ve arkadaşları (1995), DEHB etiyojisinde genetik ve psikososyal risk faktörlerinin hastalığı eşit şekilde etkilemekte olduğunu belirtmiştir (19).

Psikososyal etmenler, bozukluğun gelişiminde temel bir etkiden çok hazırlayıcı ve ortaya çıkışı hızlandırıcı etkilere söz edilebilir. Söhmen, aile içi sorunların, genetik etmenlerden çok çevresel etmenlerden dolayı görüldüğünü belirtmiştir. DEHB olan çocuklar, çoğunlukla düzensiz olan ailelerden gelmekte ve en az bir ebeveyn, psikopatolojik bozukluk göstermektedir ve böyle aileler, çocuklar için patojenik bir çevre oluşturmaktadır (94).

Olumsuz sosyal nedenler, süreç içerisinde bozukluğun gelişimini etkileyebilecek potansiyel tehlikeler içermektedir. Bu çalışmada, yapısal ve genetik etmenlerin çocuğun davranışlarını olumsuz bir şekilde etkilemekte olduğu, sosyal ilişkilerdeki bazı etmenlerin de çocukların antisosyal davranışları öğrenmesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (20, 103).

Biederman ve arkadaşları, normal kontrol grubu ile karşılaştırıldığında DEHB olan çocukların ailelerinde daha fazla çatışma ve uyumsuzluk olduğunu saptamışlardır (20). Kötü muameleye maruz kalan çocuklar, daha fazla saldırganlık ve daha az sosyal güven göstermektedirler. Bazı etmenler, bireylerde davranış problemlerinin gelişmesine yatkınlık oluşturmaktadır. Ebeveyn tarafından reddedilme ve ihmal, çocuğun mizacının ilişkileri zorlaştıracı olması (zor çocuk), tutarsız çocuk

eğitimi, katı disiplin tarzı, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, danışılabilecek kişi ya da kurumlardan yoksun olma, bakım verenlerin sık değişimi, geniş aile yapısı, suçlu bir arkadaş grubu ile yakınlaşma, ailede ruhsal sorunu olan kişilerin varlığı yatkınlık oluşturucu etmenlere örnek olarak verilebilir (117).

1.2.1.3. EPİDEMİYOLOJİ

DEHB'nun sıklığı, geniş ölçekli alan çalışmalarında, nüfusun %5-10 (10,73) ve DSM-IV'de ise %3-5 olarak bildirilmektedir (9). Cinsiyet açısından bakıldığında, erkeklerde kıızlardan 2-10 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir (73). Kıızlarda DEHB'nun daha çok dikkatsizlik ve bilişsel zorluklarla seyretmesi, ataklık ve saldırgan davranış sorunlarının daha az olması nedeniyle, gözden kaçtığı ya da önemsenmediği düşünölmektedir. Erkeklerin saldırganlık, ataklık ve davranım bozukluklarını daha sık göstermeleri nedeniyle daha erken ve daha sık polikliniklere getirildikleri belirtilmektedir (35, 86).

DEHB'nun başlangıcı, genellikle 3 yaşından önce olmakla birlikte, tanı koymak için eğitim ve öğrenim için gerekli olan dikkat süresinin ve yoğunlaşmanın beklendiği ilkokul yılları en uygun zamandır. Tanı koyma ve değerlendirmede, tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar tetkiki ya da özğün bir test yoktur. Klinisyenin tanı araçları aile ve ocuk ile yapılan görüşmeler, klinik gözlem, fizik ve nörolojik muayene, davranış değerlendirme ölçekleri ve bilişsel testlerdir. Değerlendirmede ebeveynler, öğretmenler ve diğer özel kişilerden ölçekler yardımı ile de bilgi toplanır. DSM-IV'e göre aşırı hareketliliğin ve dürtüselliğin belirgin olduğu tipin tanısı için hiperaktivite-dürtüsellik listesindeki 9 semptomdan 6'sının, dikkat eksikliğinin belirgin olduğu tipin tanısı için ise; dikkatsizlik listesindeki 9 semptomdan 6'sının karşılanması, ayrıca semptomların 7 yaşından önce başlaması ve tanı için gözlenen belirtilerin ev ve okul gibi iki ortamda bulunması gerekir (9).

1.2.1.4. GİDİş

Geçmişte halk arasında ve tıbbi çevrelerde DEHB'nun yaş ilerledikçe kendiliğinden azalarak ergenlik döneminde iyileştiğine inanılırdı. Oysa son zamanlarda yapılan izlem çalışmalarında bunun doğru olmadığı, bu bozukluğın gidişinin farklı kişilerde farklı seyirler gösterdiği görölmüştür (21). Bozuklukta 3 ayrı

gidişten söz edilmektedir. Özet olarak hiperaktif çocukların sonuçları üç alt kategoriye ayrıldığına (117);

Belirtilerin kaybolması: DEHB olan çocukların %30'unu oluşturur. Genç erişkinliğin erken döneminde belirtilerin kaybolduğu gruptur. Hiperaktiflerin bir kısmının erken yetişkinlerindeki bir çok alandaki işlevleri oldukça normal olmaktadır.

Belirtilerin sürmesi: DEHB olanların yaklaşık %40'ında gözlenir. Belirtiler çeşitli sosyal ve duygusal güçlüklerle erişkin dönemde de sürer. Bir kısmında kontrol gruplarına göre sosyal, emosyonel ve impulsif problemler daha bariz bir şekilde devam etmekte; ancak ciddi psikiyatrik ya da antisosyal patolojiye dönüşmemektedir.

Gelişimsel bozulma: DEHB olan çocukların %30'unda gözlenir. DEHB bulguların yanı sıra alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerin eklendiği gruptur. Bunların bir kısmı psikiyatri servisine başvurmakta, bir kısmı da cezaevlerine girmektedirler. Bu kötü gidişin en güçlü belirleyicisi çocukluk döneminde DEHB'na komorbid olarak DB'nun binişikliği ve aile içi güçlüklerin ve olumsuzlukların olmasıdır (21, 63, 76, 90, 96).

Hiperaktivite yaşla birlikte azalmakta, ancak dikkatsizlik ve dürtü denetim sorunları kalıcı olabilmektedir. Genellikle ilk kaybolan aşırı hareketlilik, en son kaybolan ise dikkat eksikliğidir. Remisyonun 12 yaşından önce seyrek olduğu, genellikle 12 ile 20 yaşlar arasında görüldüğü bildirilmektedir. Ancak olguların önemli bir bölümünde bozukluk kısmi remisyona girmekte ve duygu-durum bozuklukları ile antisosyal ve diğer kişilik bozukluklarının ortaya çıkışı kolaylaşmaktadır. Öğrenme sorunları sıklıkla sürmektedir (55, 96).

Gittelman ve arkadaşları, çocukluğunda aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği olan ve uzun süre izlenen çocuklardan %35'inin liseyi bitiremediklerini ve çocukluktan gençliğe dönüşüm çağında, %68'inde belirtilerin devam ettiğini belirtmişlerdir. Ayrıca, bu gençlerde başkaldırma davranışı, saldırganlık, antisosyal davranış, ilaç ve alkol tutkunluğunun normal gruplarla ya da diğer kontrol grupları ile karşılaştırıldığında daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır (53).

Çocukta erken tanı konulması ve gereken tedavinin verilmesi ile belirgin olumlu değişimler görülebilmektedir. DEHB olan çocuk ve gençlerde aşırı saldırganlık, başkaldırcılık ve kanun dışı davranışlar ortaya çıkmamışsa, genellikle ergenlikten sonra belirtilerde düzelme görülebilmektedir. Ancak, hiperaktivite ile

dikkat eksikliği bozukluğunun bir arada bulunduğu durumlarda ise yaş arttıkça, ilerleyen sınıflara geçme nedeni ile dikkat ve konsantrasyona daha fazla gereksinimin ortaya çıkması ve okul başarısızlığının yarattığı gerginlik çocuk/genç ve aile arasındaki gerginliğin artmasıyla daha ciddi sorunlara neden olmaktadır (36, 101).

Erişkin döneminde olumlu sonucu belirleyen etkenler üç grupta incelenmektedir (45, 63, 103):

1. *Kişisel özellikler*: Yüksek zeka bölümü, aşırı hareketliliğin şiddetinde azlık, düşük saldırganlık, olumlu duygusal denge, engellenmeye dayanma eşiğinde yükseklik,
2. *Aile özellikleri*: Olumlu sosyoekonomik durum, aile bireylerinin ruhsal dengesi, olumlu duygusal ortam, olumlu çocuk yetiştirme uygulamaları,
3. *Toplumsal ve eğitimsel özellikler*: Okul başarısı, arkadaşlarla olumlu ilişkiler ve anti-sosyal davranışın yokluğudur.

1.2.1.5. DEHB'NUN TEDAVİSİ

DEHB'nun tedavisinde psikososyal ve tıbbi girişimleri içeren çok yönlü tedavi yaklaşımları söz konusudur. Hastaların %80-90'ında ilaç, davranış ve özel eğitim gibi tedavi yaklaşımları birlikte kullanılmakta ve tedaviye başladıktan kısa bir süre sonra olumlu sonuçlar alınmaktadır. Hiperaktif çocuğun farmakolojik tedavi ile daha iyi bir hale geldiği ve çocuğa bilmesi gerekenlerin öğretilmeye başlanabildiği belirtilmektedir. Bir yandan çocuğun DEHB ilaçla tedavi edilirken, diğer yandan davranışçı ve destekleyici tedaviler, aile danışmanlığı ve tedavisi, grup tedavisi gibi yöntemlerin uygulanması önerilmektedir (111). Çoklu tedavi yaklaşımı şu şekilde yaklaşımı sıralarsak;

- Bütünleyici (integratif) yaklaşım
- İlaç tedavisi
- Anne-baba eğitimi,
- Bireysel psikoterapi
- Bilişsel-davranışsal tedaviler,
- Davranış değiştirme (modifikasyon)
- Özel eğitim programları,
- Diyetin düzenlenmesi
- Çevrenin düzenlenmesi
- Sosyal beceri eğitimi
- Eğitim-öğretim

İlaç Tedavisi: DEHB'nun tedavisinde, sıklıkla kullanılan iki ana grup ilaç psikostimulanlar ve antidepresanlardır (46).

Bilişsel-Davranışsal Terapiler: Bu yaklaşımla tedavi sonucunda, daha iyi dürtü kontrolü, daha uzun süre düşünerek harekete geçme ve motor hareketliliğin uygun bir biçimde gerçekleşmesi sağlanır. Bu çocuklara görevler planlanırken, yapması gerekenler küçük parçalara bölünmeli ve basamaklar haline getirilmelidir. Ayrıca görevin her basamağı için ilave zaman eklenmelidir (46, 111).

Anne-Baba Eğitimi: Tedavide yer alan girişimlerden biri de ailenin eğitimidir. Bu eğitimde DEHB hakkında ve çocuğa yönelik tutumlar konusunda ailenin bilgilendirilmesi amaçlanır. Anne ve babalara uygun disiplin ve tutarlılık öğretilir. Aşırı hoşgörölü ya da aşırı cezalandırıcı tarzdaki yaklaşımlardan kaçınılması bildirilir. Ebeveyn eğitimi, bilinen en iyi ailesel girişim olup, hoşlanılmayan davranışların disiplinle nasıl azaltılacağı ve nasıl hoşlanılır hale getirileceği öğretilmektedir (46, 111).

Turgay eğitim ve destek çalışmalarında, çoğunlukla ya anne-babaya ya da öğretmene yönelmekle birlikte, bazı eğitim ve destek gruplarında hem anne-babayı, hem öğretmeni bir araya getirme olanağı bulunduğunu ve bu toplantılarda anne-baba-öğretmen iletişiminin artırılmasının son derece yararlı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, anne-baba ve çocukları bir arada eğitime modellerinde çocuk ve anne-babanın aynı anda eğitilmesinin anne-babaya olumlu rol modeli örnekleri sağladığının üzerinde durulmuştur (106).

1.2.1.6. KOMORBİDİTE

Komorbidite (tanı binişmesi, eşlik eden bozukluk ya da eş hastalanma), en az bir ya da birden fazla diğer bozukluklar için öngörülen tanı ölçütlerini karşılıyor olması durumudur. Komorbid bozuklukların farklı klinik özellikleri vardır. Çoğu zaman hastanın başvuru yakınmalarında ilk olarak izlenen ve belirtilerin ön planda olduğu asıl bir bozukluk bulunmaktadır. Bu bozukluğa eşlik eden diğer bozukluk ya da bozukluklar daha silik olarak izlenmekte, bazen de ilerleyen safhalarda ya da dikkatle araştırıldığında ortaya çıkmaktadır. Bazen her iki bozukluk da eşit düzeyde kendini göstermekte, ilk görüşmede her iki bozuklukta kolaylıkla tanınabilmektedir. Kısacası, komorbid bozukluğun varlığı kimi zaman çok belirgin olabileceği gibi, çoğunlukla eşlik

eden bozukluk hemen fark edilmeyebilir. Her ne şekilde olursa olsun bir ya da birden fazla bozukluğun aynı zamanda bir bireyde var olması, hem tanıyı hem tedaviyi zorlaştıran etmenlerdir. Komorbid durumun bilinmesi, bozukluğa neden olan etiyolojik etmenin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, psikiyatrik bozukluğun doğal sürecini tanımda ve tedavi programının seçimini yönlendirmekte de önemlidir (117).

Komorbidite, DEHB'da sıkça gözlenir. İlkokul çağındaki DEHB'li çocukların üçte ikisinde en az bir ruhsal bozukluk tabloya eşlik etmektedir. DEHB ile KGB, DB ve öğrenme bozuklukları yüksek oranda birliktelik gösterir (65, 85, 86, 94, 98).

DEHB olan çocuklar sıklıkla yıkıcı olabilen hiperaktif ve impulsif davranışlar gösterebilir de, bu davranışlar tek başına yaşa uygun toplumsal değerleri ve kuralları hiçe sayan davranışlar değildir ve bu yüzden genellikle DB tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. Eğer tanı ölçütleri, hem DEHB'ni hem de DB'ni karşılıyor ise her iki tanının da konulması gerektiği belirtilmektedir. Her ne kadar "Karşı Gelme Bozukluğu" tanısı da, söz dinlememe, otorite figürüne karşı çıkma gibi DB bulgularının bazılarını kapsıyorsa da, başkalarının temel haklarına saldırılması ya da yaşa uygun toplumsal değer ve kuralların hiçe sayılması gibi daha ciddi, kalıcı davranış örüntülerini içermemektedir. Eğer bireyin davranış örüntüsü hem KGB'nun hem de DB'nun tanı ölçütlerini karşılıyorsa, DB tanısı öne geçmekte ve KGB tanısı konmamaktadır (9, 117).

Bird ve arkadaşları, yaptıkları bir epidemiyolojik çalışmada 9-16 yaş grubunda DEHB ile komorbiditeyi araştırmışlardır. Kız ve erkekler arasında genel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (25).

DEHB çeşitli komorbid bozukluklarla birlikte görülen heterojen bir bozukluktur. DEHB+DB'nin, DEHB'nun bir alt tipi olabileceğine ilişkin tartışmalar vardır. Yıkıcı davranış bozukluklarının bir spektrum oluşturduğu, bu spektrumun bir ucunda yalnız DEHB, diğer ucunda DEHB+DB'nin bulunduğu ve arada ise orta şiddette DEHB+KGB olgularının yer aldığı belirtilmektedir. Yıkıcı davranış bozuklukları ana başlığı altında ele alınan DEHB, KGB ve DB son zamanlarda aynı sendromun, bireyin farklı gelişim basamaklarında görülen farklı klinik şekilleri olduğu düşünülmektedir. Yani küçük yaşlarda DEHB izlenirken zamanla KGB gelişmekte, bunu sırasıyla DB ve antisosyal kişilik bozukluğu izlemektedir (9, 18, 22, 38).

1.2.2. KARŞIT OLMA-KARŞI GELME BOZUKLUĞU

1.2.2.1.Tanımı ve Önemi

Karşit olma-karşı gelme bozukluğu (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 belirli, bir davranış bozukluğudur ki bu bireyin işlevlerinde bozulmaya neden olur. DEHB'na binişik KGB olan gençlerin toplumsal aktivitelere olumlu katılımları ve arkadaş sayıları normallere göre daha düşüktür (36, 38).

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 (7, 38, 55).

Tanı konulabilmesi için, DSM-IV'te sıralanan şu belirtilerin 4'ünün varlığı gerekmektedir (9):

1. Sıklıkla hiddetlenme
2. Sıklıkla büyükleriyle tartışma
3. Büyüklerin isteklerine ve kurallarına karşı gelme
4. Bilerek başkalarını kızdıran şeyler yapma
5. Kendi yaramazlıkları için başkalarını suçlama
6. Alınan olma, çabuk darılma, kolay kızdırılma
7. İçerlemiş kızgın ve güceniklik
8. Kincilik ve intikam almak isteği

Belirtilerin en az altı ay sürmesi koşulunun yanında, işlevsellikte belirgin olumsuz etkilenme olması koşulu vardır. DB'nun varlığı bu tanıyı koymayı engellemektedir. ICD-10 ise, KGB, DB'nun hafif bir biçimi olarak kavramsallaştırmış olup, 10 yaşından büyük çocuklar için bu tanının ihtiyatla kullanılmasını önermektedir (115). Benzer biçimde birçok yazar ve araştırmacı KGB'nu DB'nun bir alt sendromu olarak görmektedir (22, 38). KGB'nun bir tanı kategorisi olarak güvenilirliği, başka bozukluklardan ayırt edilebilirliği konusunda bazı kanıtlar elde edilmiş olmakla birlikte konu halen tam olarak netlik kazanmamıştır (38, 92).

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 bazı güçlükler ve yetersizlikler yaratıyorsa KGB olarak kabul etmek gerekir (55).

DEHB bozukluğu olan çocuk ve gençlerde, başkaldırım ve davranım bozukluklarının belirtileri sık görülmektedir. Davranış bozukluklarının bu çocukların %25-90'ında bir arada görüldüğü dikkati çekmektedir. DEHB olan her çocukta başkaldırım ve davranım bozuklukların en az bir-iki belirtisi de bulunmaktadır. Yalan söyleme, kolay öfkelenme, başkalarını rahatsız etme, 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 (65, 103).

DEHB olan çocuklarda, DEHB belirtilerinin yanı sıra, saldırgan davranışlar da sık olarak görülür. Okul öncesi dönemlerde başka çocukları itip kakma, oyuncaklarını ellerinden çekip alma, sırasını bekleyememe, vurma, ısırma, bağırıp çağırma gibi, davranış bozukluğunun erken belirtileri de birlikte görülebilmektedir. Turgay, DEHB ile DB ve KGB'nun birçok çocukta erken dönemlerden çocukluktan beri birlikte geliştiğini, bazılarında ise DEHB'nun doğumdan beri ya da çok erken çocuklukta gözlenip diğerlerinin yaş ilerledikçe eklendiğini ifade etmektedir (103).

Bireysel bozukluklar yaş ile etkilenmektedir. DB ve KGB 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 bize önceden haber veren terapistlerin yararlanması gereken bir ipucu olarak düşünülmektedir (99, 117).

1.2.2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Araştırmacılar göstermiştir ki; DEHB ile KGB birlikteliği %30-95 arasında değişmektedir (10, 18, 65).

DEHB olanlar, olmayanlara göre üç kat daha fazla KGB ile dört kat daha fazla DB göstermektedir (15). DEHB ile KGB birlikteliğinin, erkeklerde kızlardan daha fazla

görüldüğünü belirtilmektedir (103). Bununla birlikte bu konuda bir farklılığın olmadığını söyleyenler olduğu gibi kızlarda daha fazla olduğunu söyleyenler de mevcuttur (117).

DEHB, KGB ve DB tanılarının cinsiyet, başlama yaşı, açığa vuruluş şekli, doğum ile ilgili bir sorun öyküsünün bulunması, psikososyal stresler, başarı ve bilişsel sorunlar açılarından birbirlerinden ayrılmadıklarını ve bir çok benzerlikleri olduğu belirtilmektedir (66, 117).

DEHB/BT olan çocukların DEHB/DE olan çocuklara göre zeka ve sosyoekonomik düzeylerindeki düşüklük ve dışa vurum sorunların daha fazla olması dikkati çekmektedir (94).

DEHB olan çocukların % 80'i ergenlik dönemine geldiklerinde DEHB tanı ölçütlerini karşılamaya devam ettikleri, ayrıca bozukluğa %60 oranında KGB ve/veya DB tanısının eklendiği tespit edilmiştir (16, 66, 85).

1.2.2.3. ETİYOLOJİ

KGB'nun etiolojisi davranım bozukluğu (DB) ile karşılaştırıldığında KGB hakkında bilinenler çok azdır. Etiyolojide KGB'nun, çocuğa karşı belirgin katı tutum izleyen anne-babaya bir tepki olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır. KGB'nda genellikle anne-babalar aşırı koruyucu ya da çocuğun bakımında yetersizdir. Çocuklar kişilik olarak güçlü isteklere, güçlü tercihlere veya aşırı bir iddiacılığa eğilimli olabilirler. Bu durumda, eğer anne-baba için güç ve kontrol önemliyse veya otoritelerini kendi gereksinimleri için kullanıyorlarsa bir mücadele başlayacak ve bu ilişki biçimi KGB'nun gelişimi için uygun bir zemin hazırlayacaktır (55, 66).

Aile etkileşiminde disiplin ve denetim konusundaki tutarsızlığın, babada antisosyal kişilik özellikleri ve alkol-madde kullanımının DB'nda sık görüldüğü ve KGB bu bakımdan kontrol grubuyla DB grubunun arasında yer aldığı belirtilmektedir (66). Anne-babaların verdiği bilgiye göre çocuklara fiziksel ceza uygulanma oranı (%56.9) yüksektir. Annelere, çocuklarıyla ilişkilerinde kendi tutumlarını zaman içinde tutarlı bulup bulmadıkları ve/veya kendileriyle eşlerinin tutumlarının birbiriyle uyumlu/tutarlı olup olmadığı sorulduğunda buna yüksek oranda olumsuz yanıt vermişlerdir (38).

DEHB ile KGB ve DB'nun birlikte oluşmasında çevresel etkenlerin rol oynadığı varsayılmaktadır. Rutter ve arkadaşlarının çocukluk ruhsal bozukluklarında aile ile

ilgili altı risk faktörünün belirgin şekilde etkili olduğunu vurgulanmaktadır. Bunlar; ciddi evlilik uyumsuzlukları, düşük sosyal yaşam seviyesi, geniş aile, baba tarafında yasalara karşı gelmenin bulunması ve anne tarafında ruhsal hastalıkların mevcudiyeti ile çocuğu öz annenin yetiştirmemesi gibi göstergelerdir. DEHB olan çocuklarda durumu kötüleştiren birçok etmen saptanmıştır. Etmen sayısı arttıkça durumun kötüleşme olasılığı artmaktadır. İki risk etmeni olması ruhsal bozuklukları dört kat, dört risk etmeninin olması ise on kat artırmaktadır (20). Böylelikle, belirleyicilerin sayıları ile hem DEHB olan çocukların hem de normal çocukların DEHB ile ilişkili depresyon, anksiyete ve DB psikopatolojileri gösterme riskinin artmakta olduğu belirtilmektedir (38, 65).

DEHB tanısı konmuş çocuklarda ailesel risk etmenleri de varsa DB ve KGB gelişme riski artmaktadır. Bireysel, psikolojik ve sosyal etmenler iç içedir, birbirinden ayrılamazlar ve birbirini etkilemektedirler (117). DEHB'nun DB veya KGB'yla birlikte bulunduğu çocuklar, yalnızca DEHB olan çocuklardan yalnızca elverişsiz aile ortamı, uygun olmayan aile eğitimi ve sosyal işlev bozukluğu gibi konularda farklılıklar göstermekte ve ayrılmaktadırlar (65, 117).

August ve arkadaşları, dört yıllık bir süre içinde tanı ölçütlerini karşılar olmaktan çıkan KGB olan çocukların iyi prognozlu bir grup oluşturduğunu belirtmektedir. Daha uzun süreli veya daha büyük yaşlara kadar devam eden KGB ise özellikle olumsuz ailesel özelliklerle, çocuk yetiştirme tutumlarıyla ve annenin depresyonuyla ilişkili bulunmuştur (12).

Klasik psikoanalitik kurama göre KGB anal dönemde çözülmemiş çatışmalarla ilişkilidir. Davranışçı görüşe göre karşı gelme öğrenilmiş bir davranış olup, çocuğun otorite figürleri üzerinde kontrol koyma çabası sonucu gelişir. Örneğin, anne-babanın çocuğun yapmasını istemediği bir şeyi talep ettiğinde gösterilen öfke nöbetinin onların beklentilerinden vazgeçmelerini sağladığını görmek, çocuğun karşı gelme davranışını pekiştirmesine yol açmaktadır (55).

1.2.3. AİLE İŞLEVLERİ, DEHB VE TOPLUMSAL UYUM

Toplumun en küçük birimi olan ailenin, insan yaşamında önemli bir yeri vardır. Kişilerin beden ve ruh sağlığı için gerekli sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ortam ailedir. Bireyin yaşamından doyum sağlaması,

işlevlerini etkili bir biçimde yerine getirmesi ve yaşadığı topluma yararlı bir kişi olarak yetişmesi öncelikle aile ortamında gerçekleşir. Çocuğun anne babayla olan ilişkisi; diğer bireylere, nesnelere ve tüm yaşama karşı aldığı tavırların, benimsediği tutum ve davranışların temelini oluşturur. Aile, aynı zamanda çocuğa, aile ve toplumun bir üyesi olduğu bilincini aşılar ve uyum şekillerinin temelini atar. Anne babanın ve ailedeki diğer bireylerin çocukla olan etkileşimi, çocuğun aile içindeki yerini belirler. Aile çocuğun ilk sosyal deneyimlerini edindiği yerdir. Çocuğa yöneltilen davranış ve ona karşı takınılan tavır, bu ilk yaşantıların örölmesinde büyük önem taşır. Çocuğun yetiştiği ailenin yapısı, genişliğı, sosyoekonomik ve kültürel düzeyi, onun ilk sosyal deneyimlerini, dolayısıyla duygusal ve toplumsal gelişimini etkileyecektir. Ailenin çocuk üzerindeki ilk etkileri son derece önemlidir.

Anne ve babaların, çocukların ihtiyaçlarını anlayabilmeleri için, doğumdan başlayarak sürekli iletişim kurmaları gerekir. Çocuğun ailesiyle olan iletişimi onun dünyasında büyük önem taşır. Anne-baba-çocuk üçgeninde, bireylerin duygu ve düşüncelerini paylaşmaları ve başarılı bir iletişim yoluyla sorunlarına çözüm bulmaları mümkündür. İletişimin kurulamaması, duyguların bastırılması ve sorunların çözömlenememesi anlamına gelir ki, böyle bir aile ortamı, çocuğun psikolojisi açıdan sağlıklıdır (14, 87).

Aile sistemini anlamak üzere geliştirilmiş teorilerden biri olan “Davranış Dinamiğı Modeli”, aileyi bir sistem olarak değerlendirmektedir. Burada değişkenliğe karşı koyma, kendini sınırlama ve kendi içinde dengeyi koruma ve sürdürme esastır. Aile üyelerinin her biri diğerlerine ilişkiler yoluyla bağlıdır. Aile içinde gelişen olaylar her alt grupta ve her bireyde farklı biçimde algılanır (2, 27). Aile sistemi içinde oluşacak herhangi bir bozukluk diğer parçaları da etkilemektedir. Öyleyse ailede herhangi bir sorunu olan bir bireyin bulunması, diğer aile üyelerini de olumsuz yönde etkileyecektir. Sonuçta üyelerin birbiriyle daha yakın ilişkiye girmeleri söz konusu olabileceğı gibi, ayrılımlar, kopmalar ve sorunlar da ortaya çıkabilecektir. Öte yandan aile üyelerinin rolleri ve beklentileri birbirini tamamlamıyorsa boşluklar ve uyumsuzluklar ortaya çıkacaktır (2, 27, 29).

Psikiyatrik bozukluklarla ailenin işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirebilme açısından bir ilişki olup-olmadığına bakıldığında; aralarında belirli bir iletişim sağlayamamış, ilgisiz, ortak sorunlarını birlikte çözemeyen, duygularını birbirlerine

açıkça ifade edemeyen, aile içindeki rollerini benimsemeyen ve birbirinin davranışlarını kontrol edemeyen ya da aşırı kontrol eden ailelerde, psikiyatrik bir bozukluğun ortaya çıkma olasılığının, bu işlevleri sağlıklı bir biçimde yerine getirebilen ailelerden daha fazla olduğu saptanmıştır (24, 64, 110).

DEHB'nun DB ve KGB birlikte olduğu çocukların, elverişsiz aile ortamı, uygun olmayan aile eğitimi ve sosyal işlev bozukluğu gibi ortamlardan geldiği belirtilmektedir (46, 117). Sorunlu aileden gelen çocuklarda, DEHB tek başına değil, eşlik eden saldırgan ve yıkıcı davranışlarla bir arada görülmektedir. DEHB birlikte saldırgan ve yıkıcı davranışların bulunmasının, sorunlu aile ortamıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (46, 91).

Wasserman ve arkadaşları, olumsuz ailesel özelliklerinin, çocukluk sorunlarının oluşmasında risk oluşturduğunu belirtmiştir. Çocuğun davranış problemlerinin erken yaşta başlaması prognozu olumsuz etkilemektedir. Başarılı aile ilişkileri, erken çocukluk problemlerinin üstesinden gelmeyi sağlarken, olumsuz ilişkiler çocukta davranış problemlerinin artmasına ya da olan problemin devam etmesine neden olmaktadır. Davranış problemleri olan çocukların aile ortamının, düzensiz, uygun olmayan disiplin uygulamaları ve istenmeyen aile baskıları ile karakterize olması çocukta davranış problemlerinin artmasına yol açmaktadır. Kaynaklarda, üç özel ailesel uygulamanın davranış problemleri ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu uygulamalardan biri sert cezalar, dayak ve tartışmayı içeren "Aile-Çocuk Çatışması"dır ve çocuğun ebeveyn tarafından dışlanmasına neden olur. Diğer, çocuğun nerede, nasıl ve kiminle zaman geçirdiğini bilmeme anlamına gelen "İlgisizliktir". "Pozitif Katılım" ise, sosyal olarak, duygusal destek sağlayarak, çocuğun ilgi alanlara özen gösterilmesini kapsayan üçüncü önemli özelliktir. Evdeki katılım, akademik başarı için önemlidir; öğrenmeyi motive eder ve duygusal olarak destekleyicidir ve davranış problemlerini azaltmaktadır (112).

DEHB olan çocukların anne-babalarında sıklıkla aşırı duygusallık, gerginlik, yetersizlik hissi, tutum farklılıkları, sık çatışma ve geçimsizlik olduğu belirtilmektedir (67, 93).

Fisman ve Wolf ise, anne-babaların farklı ya da patolojik kişilik özelliklerinin evlilik uyumunu bozduğu, bunun da çocuğu etkilediği yönünde görüşler ileri sürmektedir. Doyum verici bir evlilik yaşantısı olan anne babaların, zorlu yaşantı

durumlarında, olumlu ve etkin başa çıkma yollarını kullanmaları önemli bir faktördür. Doyum verici bir evlilik ilişkisi, yeterli bir anne babalık işlevi için önemli bir etmendir (50).

DuPaul ve arkadaşları, DEHB olan çocuğa sahip ailelerde, ebeveyn-çocuk ilişkisi ve aile işlevlerinin sorunlu olduğunu ve stres seviyesinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (43).

İnatçılık, hırçınlık, sık öfkelenme ve öfke kontrolünde zorluk yaşayan çocuklar, çevrelerinde kolay öfkeye kapılmayan, sakin kalabilen anne-baba ve öğretmenler olduğunda bir ölçüye kadar daha kolay uyum gösterebilmektedirler. Kendilerinde de DEHB olan anne babalarda iç tepkisel, kolay öfkelenmeye neden olan davranışlara sık rastlandığı ve bu anne-babaların DEHB olan çocukların disiplinde aşırı olumsuz tepkiler gösterdikleri, çocuk için uygun olmayan olumsuz bir örnek oldukları belirtilmektedir (103).

Okul öncesi dönemde görülen olumsuz davranışların nedeni, ebeveynin tutumları ile ilişkili olabilir. Çocuk büyüdükçe akran ilişkileri ve okul başarısının birincil faktör olduğuna dair bulgular vardır (58,75).

Büyüme boyunca önemli olan diğer bir etken ise ailenin kaç bireyinde DEHB olduğu ve bozuklukların derecesi, tedaviye yanıtı ve bunun çocuk ve gencin bozukluğuna ne yönde etkide bulunduğuudur. Anne babada olumsuz tutum ve tavırların ya da ciddi psikiyatrik bozuklukların varlığı ile bu çocuklarda belirtilerin şiddetinin ileri yaşlara kadar sürmesi arasında ilişkilerin olduğu belirtilmektedir (70, 103).

Faraone ve arkadaşları, sosyal ilişkileri zayıf, agresif hiperaktif genç erkeklerin babalarında alkolizmin ve antisosyal bozuklukların daha sık görüldüğünü belirtmektedir. DEHB+DB çocukların annelerinde, yalnızca DEHB olan çocukların annelerine göre daha yüksek oranda psikopatoloji olduğu ve daha yüksek oranda çocukluk dönemlerinde hiperaktivite, DB ve madde kötü kullanımı olduğu tespit edilmiştir. Ailesel etiyolojik faktörlerin artması ile DEHB+KGBve DEHB+DB komorbidite riskinin arttığı belirtilmiştir (49).

Barkley'in DEHB için olumsuz faktörler olarak, anne-baba psikopatolojisi, aile işlevleri, düşük aile eğitim seviyesi, düşük sosyal sınıf ve anne-babadan birinin olmamasını sıralamaktadır (15).

Aile işlevlerinin sağlıklı olması psikiyatrik bozukluk ve psikolojik stres için bir risktir. Annenin psikopatolojiye sahip olması ve ailesel çatışma çocukta davranış bozukluğu oluşması için önemli bir faktördür. Çocuk ruh sağlığı üzerine, ailede anlaşmazlıkların etkisi büyüktür. Aile işlev bozukluğu, psikiyatrik bozukluğun başlangıcında, devam etmesinde ve komorbidite oluşmasında önemlidir. Çocuğun ruh sağlığı ve uyum fonksiyonunda anne psikopatolojisinin etkisi önemlidir. Annenin sıkıntısının fazlalığının, şefkat eksikliğinin ve eleştirisinin çocuklardaki DEHB ile ilişkili olduğu saptanmıştır (19).

Birey, her davranışını bedensel, ruhsal ve sosyal yaşamında bir denge sağlamak için yapar. Çevresindekiler için sapkın, bozuk ve anlamsız görülen bir çok davranış, bu davranışı yapan birey tarafından öyle görülmebilir. Onu öyle davranmaya zorlayan birçok neden vardır. DEHB da bunlardan biri sayılabilir ve bu kişilere karşı çevresindekilerin aldıkları tavırlar ve davranışlar, bireyde olumsuz davranışların geliştirmesine neden olur (5).

Her birey, diğer insanlarla ortak olan biyolojik, psikolojik ve sosyal bazı temel ihtiyaçlara sahiptir. Çevre, çocuğun ihtiyacını karşılamaktan yoksun ve onu anlayacak düzeyde gelişmemiş olduğu zaman sorunların ortaya çıkma nedeni olabilmektedir. Olumsuzluklara neden olan çevresel etmenler şunlardır (5, 70, 87):

1. Ailenin yapısından kaynaklanan etmenler; anne-babanın durumu, ailede birlikte yaşayan kişilerin sayısı,
2. Anne-baba ilişkileri; annenin, babanın ve ailedeki diğer kişilerin kişilik yapısı ve birbirleriyle olan ilişkilerinin şekli, çocuğa karşı takındıkları tutum ve davranışlar, çocuğun ihtiyaçlarının ne zaman, nasıl, ne düzeyde karşılandığı ve çocuğun gelişiminde ne yönde örnek olunduğu vb.,
3. Ailenin evde çocuğa sağladığı eğitim ortamı ve olanaklarının durumu,
4. Çocuğun yakın çevresinden gelen etmenler; çocuğun en çok ilişki kurduğu yakın çevresindeki kişilerin durumları, onlarla olan ilişkilerin şekli ve derecesi, çocuğun yaşadığı çevrede bulunan eğitim ortamıdır.

1.2.4. EMPATİ VE DEHB

Empati, psikolojive ve psikiyatride son zamanlarda adından sıklıkla söz edilen önemli bir kavramdır. Empati özetle “bir insanın, kendisini karşısındaki insanın yerine

koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (26).

Bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyması onun kendine özgü dünyasını, duygu ve düşüncelerini tam ve doğru anlayıp ifade etmesi olarak ele alınan empati, günlük yaşamda oldukça büyük bir öneme sahiptir. Eşlerin birbirleriyle, anne-babaların çocuklarıyla kurdukları empatik iletişim, daha fazla paylaşımı ve sağlıklı, uyumlu ilişkiler kurup, sürdürmeyi sağlamaktadır. Bu nedenle insanların günlük yaşamlarında birbirleriyle ne düzeyde ve sıklıkta empati kurdukları önemlidir (13, 26, 56).

Freud’a göre empati, öncelikle karşımızdaki kişiyle özdeşim kurma ve daha sonra onun duygularını taklit etme yoluyla kurulur. Bu mekanizma bize, başkalarının düşüncelerini anlama ve bir görüş oluşturma olanağı sağlar. Kohut’a göre empati, bir başka kişinin iç dünyasına girerek, onun duygu ve düşüncelerini anlama kapasitesidir. Ayrıca bu tanımlamayla birlikte kuramsal yaklaşımında yer alan kavramları da kullanarak empatinin bir başkasının yaşantısına katıldığını hayal ederek, bir içebakış olduğunu söylemektedir (13).

Allport’a göre, cisimleri, kendini ve diğerlerini bilmek şeklinde üç basamaktan oluşan bilginin kaynağı empatidir. Allport empatiyi, bireysel özelliklerin veya başkasının kişiliğinin anlaşılması olarak açıklamıştır. Empatinin; kendini açmada, toplumsallaşmada, sosyal duyarlılık ve topluma uyum sağlamada önemli bir işlevi mevcuttur. Kişiler arası ilişkilerde açıklık, saygı, rasyonellik gibi olumlu tarzlar, insanların birbirlerini daha iyi anlamalarını ve topluma uyumlarını kolaylaştırırken; küçümseme, saygısız davranma, saldırganlık gibi özellikler, doğru ve sağlıklı iletişimi güçleştirmektedir. Empati ile olumlu, etkili kişiler arası ilişki sağlanabilmektedir (13, 97).

Empati ile bireyin öznel dünyasındaki yaşantılarının başka birisi tarafından ifade edilmesi sonucunda, birey daha önce bilincinde olmadığı içsel yaşantılarını fark etmeye, sorunlarının kaynağını ve çözüm yollarını görmeye başlamaktadır. Etkili problem çözme becerilerini kazanan ve uygulayan bireyin benlik kavramı güçlenmektedir. Benlik kavramı gelişerek güçlenen bireyin ise uyum yeteneği

artacaktır. Annenin empati düzeyinin yüksek olmasının çocukların kişisel uyum düzeyini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (42, 48, 80).

Ceyhan çalışmasında, anne-babaya ait empati ile çocuklara sağlanan bakım arasındaki ilişkiyi araştırdığını ve empatinin iyi çocuk bakımının en iyi yordayıcısı olduğunu; ebeveynleri tarafından çocuklara verilen bakım anlayışına değerli bir katkı oluşturduğunu aktarmıştır. Aynı çalışmada, daha yüksek empati düzeyine sahip olan çocukların, daha düşük empati düzeyine sahip olan çocuklardan daha az saldırgan olacağı belirtilmektedir (34).

Eroğlu, empatik eğilim düzeyi yüksek anne grubunun çocuklarının “Genel Uyum” düzeyleri ile “Kişisel Uyum” düzeylerini yüksek olarak saptamıştır. Annenin çocukla girdiği iletişim, ona gösterdiği ilgi, tutum ve davranışlar çocuğun yaşantısında önemli yer tutacak ve sonraki yaşantılarının dinamiğini de belirleyecektir (48).

Empati, sezgi yoluyla bir diğer insanın içsel yaşantısını algılayabilmeyi sağlar. İlgüdüsel sezgileri de içerir. Ebeveynin, çocuğunun ne yapmak istediğini anlayabilmesini sağlar. Empati ile problem çözen anneler, çocuklarına üzüntülü durumlarda, etkili baş etme yöntemini öğretebilmektedir (26, 48).

Birçok gereksinimini gidermek için anne babanın yardımına ihtiyacı olan, isteklerini erişkinler gibi kolaylıkla erteleyemeyen çocuklar için sevgi ve ilgi görme daha büyük önem kazanmaktadır. DEHB olan çocuklar ise yapıları gereği ilgi ve sevgiyi diğer çocuklardan da çok daha fazla ve çabuk bir biçimde beklemektedirler. Ancak, ilgi gösterme “olumlu” ve “olumsuz” biçimde olabilir. Çocuklar için ilgi görmek o kadar önemlidir ki; “olumlu” ilgiyi elde edemediklerinde, “olumsuz” da olsa ilgi görebilmek için çaba göstermektedirler. DEHB olan bir çocuğun, ailesi, öğretmeni ya da arkadaşları tarafından yakınlık görmemesinin, çocuğun bozukluğunun daha da şiddetlenmesine neden olduğu belirtilmektedir. Bu durum, giderek hırçınlığa ve diğer davranım bozukluklarına yol açabilir (44, 46).

DEHB olan çocuk evde ve dışarıdaki problemler nedeniyle bir huzursuzluk kaynağı olarak görülmekte ve kendisine karşı olağandan daha olumsuz tutumlar geliştirilmektedir. Tüm bunlar birbirini tetikleyerek çocuğun problemlerinin şiddetinin artmasına olumsuz katkıda bulunmakta ve problemlerin artarak devam etmesine yol açmaktadır. Çocuğa empati ile yaklaşılmaz ise, çocuk yalnızlığa itilmekte ve giderek

hırçınlaşmaktadır. Böyle bir durum, DEHB olgularının çoğu için tipiktir (44). Yayınlarda, DEHB çocukların ailelerinin, çocuğa karşı daha olumsuz tutumlar gösterdikleri ve çocuğun yaptıklarına daha fazla karıştıkları gözlenmektedir (75, 88).

Anne-babanın empati yapabilmesini önleyen ya da güçleştiren bazı etkenler vardır ve bunlar şu şekilde sıralanmaktadır (26,83);

Durumsal Etkenler: Ebeveynin çocuğuna empati yapabilmesi için sağlıklı ve az çok huzurlu olması gerekir. Anne-babanın kendisi, acı ya da sıkıntı içinde olduğunda empati yapamayabilirler. Örneğin; DEHB olan çocuğun ailesindeki başka bireylerde ve özellikle anne babada da DEHB ve depresyon gibi bozukluklar olabilir. DEHB olan çocuğa sahip aileler kronik bir bozukluk olan DEHB ile baş etme güçlükleri içinde iken çocuğa empatik davranamayabilir (26).

Kişilik Etkeni: Anne-babanın kişiliğindeki bazı özellikler, empati yapabilmeyi güçleştirebilir ya da önleyebilir. Örneğin; ağır özseverlik (narsisizm) sorunu olan kişiler, başkalarının gereksinimlerine ve duygularına empati yapamazlar. Bu narsistik kişiler başkalarını nasıl etkileyebildiklerini fazla düşünmezler ve kendilerini başkasının yerine koyamazlar. Kimlik bocalaması olan, henüz yerini bulamamış, doyumsuz ve mutsuz kişilerin, etkin ve yararlı empati yapabilmeleri güçtür (26).

Empatik Tepki Basamakları:

Empatik tepkilerin tamamen başarılı ya da tamamen başarısız olarak değerlendirilemeyeceği, kişinin farklı ortamlarda ve zamanlarda farklı düzeylerde empatik tepkiler ortaya koyabileceği belirtilmektedir. Dökmen'in "Aşamalı Empati Sınıflaması"na göre dört temel empatik tepki basamağı belirlenmiştir (40). Bu basamaklardan her biri "duygu" ve "düşünce" olmak üzere iki alt basamaktan oluşmaktadır. Kendisine bir problem anlatılan kişinin verebileceği empatik tepkiler, empati basamakları içinde en az etkiliden en çok etkiliye doğru olmak üzere şu şekilde sıralanmaktadır:

Onlar Basamağı: Bu basamakta kişi kendisine anlatılan sorun üzerinde yoğunlaşmaz. Anlatılanlar hakkında kendi düşünce ve doğruları yerine toplumun görüşlerini dile getirir.

Ben Basamağı: Bu basamakta tepki veren kişi ben merkezcidir; kendisine sorununu anlatan kişinin duygu ve düşüncelerine eğilmek yerine, soruna ilişkin kendi duygu ve düşüncelerini aktarır. Bu basamak "eleştiri", "akıl verme", "teşhis", "bende

de var” gibi empatik düşünce tepkileri ile “benim duygularım” gibi empatik duygu tepkilerini içerir.

Sen Basamağı: Bu basamakta empati kuran kişi karşısındaki kişinin sorununa eğilir, kendini onun yerine koyar ve düşünce düzeyinde onun ne düşündüğünü anlar, duygu düzeyinde onun hissettiklerini kendi içinde aynen hisseder. “*Probleme eğilme*” ve “*destekleme*” gibi empatik tepkileri sen basamağının düşünce düzeyini, “*tekrarlama*” ve “*derin duyguları anlama*” gibi empatik tepkiler ise, duygu düzeyini ifade eder

Biz Basamağı: İlk üç basamaktan geçen, özellikle “Sen” basamağında bir süre birlikte empatik alışverişte bulunmuş olan iki kişi arasında “Biz” basamağında empatik ilişki kurulabilir. Bu basamağın düşünce düzeyine ulaşmış olan iki kişi, belirli bir olay karşısında birbirlerinin ne düşüneceklerini, nasıl bir tavır takınabileceklerini önceden doğru tahmin edebilir. Duygu düzeyine ulaşmış iki kişi ise, belli bir olay karşısında birbirinin ne hissedebileceğini doğru tahmin edebilir ve gerektiğinde birbirine yardım eder. Bu nokta da artık empatiden ziyade sempati söz konusudur.(40).

Empatik Eğilim: Bireyin günlük yaşamda empatik iletişim kurma potansiyeli olarak tanımlanmaktadır. Empatik beceri duygusal ve bilişsel alanları içerirken, empatik eğilimin daha çok duygusal öğeleri içerdiği belirtilmektedir. Empati ile yardım etme arasındaki ilişkinin, bireysel farklılıklardaki empatik eğilim ile değerlendirildiği ve empatik eğilim ile yardım etme isteği arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir. Empatik eğilimin kişilik özelliklerinden temelini aldığı ve eğitimle geliştirilebildiği vurgulanmaktadır (37, 41, 79).

Bununla beraber, kişilerin nasıl empatik oldukları tartışmalı bir konudur. Bir görüş, doğuştan yardımsever kişinin empatik olmayı gerçekleştirdiğini; diğer bir görüş ise, zaman içinde kazanılan empatik iletişim becerisinin planlı eğitim ile geliştirilebilecek bir yetenek olduğunu belirtmektedir. Yazında her iki görüşü de destekleyen çalışmalar vardır (3, 4, 34, 37, 79, 119).

Ceyhan toplam 384 anne-babaya “Empati Eğilim Ölçeği” uygulayarak, anne-babaların empatik eğilim düzeyleri ile bazı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bunun sonucunda:

- Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan anne-babaların, düşük olanlara;
- Birbirleriyle ilişkileri iyi olan anne-babaların, kötü olanlara;
- Tutumu demokratik olan anne-babaların, ilgisiz ya da otoriter olanlara;
- Sağlık durumundan memnun olan anne-babaların, memnun olmayanlara;
- Aile gelirlerini yeterli bulan anne-babaların, yeterli bulmayanlara;
- Kendilerini çok sakın hisseden anne-babaların, çok öfkeli hissedenlere;
- Çevresi ile ilişkilerinde kendisini güvenli ve rahat hissedebilen anne-babaların, hissedemeyenlere;
- Bir ilişkiyi başlatma ve sürdürme gibi sosyal becerileri yeterli olan anne-babaların, yetersiz olanlara;
- Annelerin genel olarak babalara göre empatik eğilim düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (34).

Çeşitli araştırmalarda çok sayıda değişken ile empatik beceri ve eğilim arasında ilişki bulunmuştur. Bu araştırmalar sonucunda cinsiyetin, yaşı, zekânın, aile ortamının, çocuklarına karşı anne-baba tutumunun, çevrenin, eğitimin, çalışma süresinin ve kişilik özelliğinin empatik iletişimi etkilediği belirlenmiştir (13, 34, 37, 41).

Aydın çalışmasında, annelerin babalara, kızların ise oğlanlara oranla daha fazla empati kurma becerisine sahip olduklarını belirtmiştir (13).

1.2.5.DEHB ve HEMŞİRELİK

DEHB'nun hemşirelik bakımın temeli, ailenin desteklenmesine yöneliktir. DEHB, önemli bilişsel ve sosyal problemlere yol açtığından, okulda ve aile içinde sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Başlangıçta ebeveynin çocuklarındaki semptomları tanımaları ya da kabullenmeleri güç olabilmektedir. Çocuk sağlığı alanında çalışan hemşirelerden çocukta gözledikleri davranışları değerlendirerek aileyi doğru sağlık merkezine yönlendirmeleri beklenmektedir. Doğru tanı koyabilmek ve olumlu tedavi yaklaşımını sağlamak için de aile ile işbirliği yapmak gereklidir. Uzman hemşireler tarafından çocuğa, aileye, öğretmene ve arkadaş çevresine danışmanlık verilmesinin, çocuğun uyumunu ve başarısını artırma yönünden yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu amaçla, ev ziyaretlerinin kullanılabileceği

önerilmektedir. Hemşirelerin yapacağı danışmanlık hizmeti, DEHB olan çocuklarda mevcut problemleri azaltmak ve önlemek açısından önemli olabilmektedir (73,74,92).

DEHB olan çocuklarda olası hemşirelik tanıları: Şiddet riski, sosyal iletişimde bozukluk, benlik saygısında düşme, başetme yöntemlerinde yetersizlik, ailenin başetme yöntemlerinde yetersiz olması, ailenin suçluluk ve yetersizlik hissetmesi, aşırı hareketliliğe bağlı kazalarda yararlanma riski ve öfke patlamaları' olarak özetlenebilir (31, 51).

Tanı koyduktan sonra girişimler planlanmalıdır. İletişimde yargılayıcı ve/veya otoriter tutumlardan kaçınılmalıdır. "Neden" ve "niçin" ile sorulardan savunucu davranışlara ve kendilerini kötü hissetmelerine neden olacağı için kaçınılmalıdır. Kapalı uçlu sorular yerine hissettiklerini, düşüncelerini açıklayıcı açık uçlu sorular sorulmalıdır. Aynı soruna sahip çocukların grup içinde içgörü kazanmaları, kendilerini ve başkalarını daha iyi anlamaları için grup görüşmeleri planlanmalıdır. Böylelikle çocuklar grup içinde öfkelerini bastırmayı ve kontrol etmeyi de öğrenirler (31, 51, 73, 74).

Anne-babalar çocuklarını bir tedavi kurumuna getirdiklerinde, sorundan bunalmış, çocuklarına ilişkin düşüncelerinden dolayı kafaları karışmış ve çocuklarını idare edememekten ötürü de suçlanma beklentisi içindedirler. Tanının aileye aktarılma şekli bundan sonraki işbirliği açısından önemlidir. Aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı, algı bozukluğu ve davranışlardaki tutarsızlığın yapısal bir yönü olduğunu öğrenmek, anne-babaları yetersizlik ve suçluluk duygularından kurtarmak için ilk adım olmaktadır. Bu nedenle, bu bozukluğun nedenleri hakkında aile ile konuşmak ve onların öğrenmek istedikleri soruları yanıtlamaya özen göstermek yararlı olacaktır. Ailenin olayı kabullenmesi, çocuğun eğitimi ve aile içi ilişkilerinde örselenmelerinin önlenmesi açısından önemlidir (31, 74, 92)

Aileye, çocuğun sorunlarını ve zorluklarını görmezden gelme kadar, aşırı kollanmasının da zararlı yaklaşımlar olduğu, korunmaya ihtiyacı olmadığında onu başarı ve ilerleme yolunda yüreklendirmek gerektiği anlatılmalıdır (74, 92).

Tedavi planı aile ile tartışıldıktan sonra, ilacını düzenli kullanmasının yanı sıra onlardan çocukları ile ilişkilerini yeniden biçimlendirmeleri istenmelidir. İlaç etki ve yan

etki konusunda aileye eğitim verilmelidir. Aile, çocuğun öfke patlamalarını ortaya çıkaran nedenleri araştırmalıdır (31, 74, 73, 92).

Okul sorunları için hemşireden, aileyi öğretmen ile iletişim kurma konusunda yüreklendirmesi beklenir. Hemşirenin aile, öğretmen ve terapist iletişiminin sürekliliğini takip etmesi çocuğun gelişimi açısından yararlı olacaktır (73, 74, 92). Hemşire ayrıca ilacın etki ve yan etkilerini de gözlemelidir. Davranış değişikliği için yapılacak girişimler, dikkat ve dürtü kontrolünde yararlı olacaktır. Öğretmeni ile dikkati artırma amacıyla işbirliği yaparak sınıfın ön sıralarında öğretmene yakın oturması gibi çevre düzenlemesi yapmak yararlı olacaktır (73, 74).

DEHB olan çocukların yaşları ne olursa olsun kazalara karşı korunması gerekir. Özellikle çarpma, düşmelere sık rastlanır. Bu çocukların aile gözetimi ile güvenliklerinin sağlanması gerektiği, aile bireylerine anlatılmalıdır (51, 73, 74).

Okul hemşireliğinin yaygınlaşması DEHB olan çocukların doğru merkezlere yönlendirilmesi, tedavi ve terapilerinin sağlanması, öğretmen, aile, terapist, halk sağlığı ve psikiyatri hemşiresi ilişkisinin sağlanmasında ve çocuğa verilecek desteğin sürekliliğinin sağlanmasında son derece önemlidir (51, 57, 73, 74).

DEHB tanısı konmuş çocukların sorunları yalnızca öğrenme alanında olmadığından, onların sorunu bir yaşam sorunudur ve sürekli hata yaptıkları için eleştirilip engellenerek zayıf benlik imgesi geliştirirler. Kendilerini beceriksiz, işe yaramaz görürler. Terapide amaç, çocuğun güçlükleri ile başa çıkmasına yardımcı olmak olduğundan, hemşire, aile ve çocuğun yakın çevresine sabırla güçlü yönlerinin ortaya çıkarılması konusunda yardımcı olmalı, aile ve çocuk ile açık bir iletişim içinde olmalıdır (51, 74, 92).

DEHB olan çocukların ailelerine yapılan ev ziyaretlerinde eğitimin birçok açıdan yararlı olduğu belirtilmektedir (91, 113, 117). Anne-baba ile yapılan bu eğitim şunları içerir;

DEHB ve davranış sorunlarının tanıtılması ve meydana gelme nedenleri konusunda bilgi verilmesi: Ayrıntılı öykü alma, DEHB hakkında açıklama yapılmasıdır.

Özel zaman uygulaması: Bu bölümde, insanlar için ilgi görmenin ne denli önemli olduğu, davranış sorunları olan çocuklara ne zaman ve nasıl ilgi gösterilmesi gerektiği konuları hakkında durulmaktadır. Ana/baba ile çocuğun iletişimini artırmak amacıyla anne babaların çocuklarına her gün düzenli olarak beraber vakit geçirdikleri süredir.

Etkili yönerge verme: Çocuğun evdeki idaresinde kararlılığın, tutarlılığın ve acilliğin önemini belirtmek ve kabul edilen davranış sınırlarını belirlemek, açık mesaj verme, ebeveyn tarafından verilecek komutun şekli hakkında konuşulmasıdır (komutların sayısını ve tekrarını azaltmaktır).

Çocuğun istenilmeyen davranışını baskı altında tutmak için gerekli disiplini (öfke durumu ile başa çıkma) ve dikkati artırıcı teknikleri öğretmek ve dinleme becerisi ve çocuğun konsantrasyonunun gelişmesinde oyunun değeri hakkında konuşulmasıdır.

Çocuğun olumlu davranışlarına ilgi gösterme ve uyumunun artırılması: Bu bölümde anne-babalara çocuklarının olumlu davranışlarını fark etmeye çalışmalarını, bu davranışları kazanmasında önemli olan pozitif geri bildirim vermenin öğretilmesidir.

Çocuğun çevresine sorun çıkarmadan kendi kendisini oyalamasının sağlanmasıdır.

Genel olarak uygulamanın gözden geçirilmesi: Eğitimin sonunda, başarı ve başarısızlıkları tartışma ve değerlendirme, başarısız olanları tekrar ele almaktır.

Weeks ve arkadaşları çalışmasında uzman hemşirelerce yapılan ev ziyaretlerinin çocuk ve aile için yararlı olduğunu belirtmektedir. Uyguladıkları 8 haftalık ev ziyaretlerinin sonunda, müdahale gurubunda karşı gelmede %39 ve aşırı hareketlilik belirtilerinde %22 oranında azalma görüldüğünü belirtmiştir (113).

Hemşirelik kuramcılarının geliştirdiği modeller ve yaklaşımları incelediğimizde; Travelbee; iletişim ve empati, kişiler arası ilişkileri ve empati sürecini, Johnson; davranışsal sistem modelinde aileyi bir sistem olarak ele almayı ve içinde bulunan denge ortamında davranışların öğrenilebileceğini, Peplau ise iletişim ve kişiler arası ilişkiler süreci kavramları ayrıntılı olarak inceledikleri ve hemşirelik uygulamaları

açısından modeller ortaya koydukları görülmüştür. DEHB olan çocuk ve aileleri ile çalışan hemşire bu hemşirelik kuramcılarının ışığında, DEHB olan çocuğa sahip aileyi aile sistemi içinde değerlendirip çocuğu etkileyen faktörler belirlenebilir. Çocuğun olumlu davranış geliştirmesi, problem çözme becerisinde ve ailenin empatik yaklaşımın geliştirilmesi konusunda bu teorisyenlerden faydalanıp belirli bir model geliştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir (52, 84, 100).



II. GEREÇ VE YÖNTEM

II.1.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ:

Araştırma GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde yürütülmüştür. Klinikte iki öğretim üyesi, bir uzman doktor, iki asistan doktor, iki psikolog ve bir hemşire görev yapmaktadır. Poliklinik hizmeti her gün iki öğretim üyesi, iki çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi ve rotasyonlu olarak değişen iki psikiyatri uzmanlık öğrencisi doktor tarafından yürütülmektedir. Ünitelerde yatan hasta bölümü yoktur ve sadece poliklinik hizmeti verilmektedir. Hasta başvurusu randevuludur. Poliklinikte günde ortalama 15 çocuk ve/veya ergen ile psikiyatrik görüşme yapılmaktadır. Hasta müracaatı ile kayıt defterine kayıt edilmekte ve daha önceden dosya çıkarılmış ise arşivden çıkarılıp doktora ya da psikologa gönderilmektedir.

II.2. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ:

Çalışma, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocukların anne-babalarının empati düzeyi ve aile işlevlerini incelemek amacıyla tanımlayıcı özellikte planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

II.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ :

Araştırmanın örneklemini Kasım 2001- Mayıs 2002 tarihleri arasında GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. polikliniğine anne-babası tarafından getirilen, DSM-IV kriterlerine göre DEHB tanısı konan 7-15 yaşlar arası ardışık 70 çocuk ve onların anne-babaları oluşturmuştur. Bu tarihler arasında polikliniğe DEHB açısından tanı ya da kontrol amacıyla müracaat eden 107 çocuğa ulaşılmıştır. Tanı kriterlerine uymayan ve DEHB olan ancak anne-babasına ulaşamayan ya da testleri geçersiz olan 37 çocuk ve ailesi çalışmadan çıkarılmıştır. Böylece çalışma kriterlerine uyan 70 çocuk ve onların anne-babaları araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Bunların sonrasında, yalnızca DEHB (41 erkek, 3 kız) ve DEHB/KGB (binişik; 20 erkek, 6 kız) olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Olguların tümünde anne-baba bir arada yaşamaktadır ve orta sosyoekonomik düzeye sahiptir. Çalışmaya katılan ailelere, çalışma konusunda bilgi verilerek, çalışma için izin alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Çocuğa DSM-IV ölçütlerine göre DEHB tanısı konulmuş olması
2. Çocuğun, DEHB ve/veya komorbid olarak KGB olması
3. Çocuğun, 7-15 yaş arasında olması
4. Anne-babaların en az ilkokulu bitirmiş olması
5. Anne-babalarda ciddi psikiyatrik hastalık olmaması (Şizofreni, mental retardasyon vs.)
6. Anne-babaların çalışmaya katılmayı kabul etmesi

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. Çocuğun/anne-babanın araştırmaya katılmak istememesi
2. Çocuğun, belirlenen yaş sınırları dışında olması
3. Parçalanmış aile ya da evlat edinilmiş olan olgular
4. Çocuğun, sensorimotor engel ve mental retardasyon olması
5. Olgularda KGB haricinde diğer psikiyatrik bozuklukların olması (DB, öğrenme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar)

II.4. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI:

Bu araştırmaya başlarken kabul edilen sayılıtlar şunlardır :

- Ölçme araçları istenen davranış özelliklerini ölçmekte yeterlidir.
- Kontrol edilen değişkenler bütün grubu aynı derecede etkilemiştir.
- Kontrol altına alınamayan değişkenler, sonucu anlamlı olarak etkilememektedir.

II.5. UYGULAMA:

Araştırma GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. polikliniğine başvuran ve DEHB tanısı konan çocukların anne-babaları ile yürütülmüştür. Çocuklara DEHB tanısı anne-baba ve öğretmenden elde edilen bilgiler ile görüşme ve gözleme dayalı olarak yapılan muayene ile bir çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından konulmuştur. Tanı için "DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği" nin

anne-baba ve öğretmen tarafından değerlendirmesinde DEHB tanısı için ölçütleri karşılayanlar çalışmaya alınmıştır. Görüşme ve gözlemde olası komorbid psikiyatrik bozukluğun olduğu düşünülenlere, değerlendirme için gerekli olan ölçekler verilmiştir (Çocukluk Depresyon Ölçeği, Durumsal-Sürekli Anksiyete Ölçeği, Öğrenme Bozuklukları Tarama Listesi). DEHB olan çocukların anne, baba ya da her ikisi, araştırmacı tarafından görüşülmüş, onlara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve bireylerin çalışmaya uygunluk kriterleri değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden anne-babalardan yukarıda belirtilen ölçekleri doldurması istenmiştir. DEHB olan çocukların anne-babalarına hazırlanan testler eğer birlikte iseler hemen verilip doldurmaları sağlanmıştır. Durumu ölçekleri hemen doldurmaya uygun olmayan veya birlikte gelmeyen diğer ebeveynler için ölçekler evde doldurulup kontrole gelirken getirilmek üzere verilmiştir.

Sonuçta, DEHB tanısı konan 70 olgunun anne-babalarından Aile Değerlendirme Ölçeği, Empati Beceri ve Empati Eğilim Ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Sonrasında, DEHB olguları binişik KGB tanısı alıp almamalarına göre iki gruba ayrılarak aile işlevleri ve empati yönünden incelenmiştir.

II.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

Araştırmada tanı amacıyla; klinisyen tarafından anne-baba ve öğretmen tarafından doldurulması istenen “DSM-IV’e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği” verilmiştir. Anne ve babanın her ikisine araştırmacı tarafından uygulanan “Empatik Beceri Ölçeği” (EBÖ) “Empati Eğilim Ölçeği” (EEÖ) “Aile Değerlendirme ölçeği” (ADÖ) ölçekleri kullanılmıştır.

Çocukların bireysel özelliklerine ilişkin bilgiler araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi toplama formu ile elde edilmiştir.

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) ebeveynin empati beceri düzeyini ve *Empati Eğilim Ölçeği (EEÖ)* ebeveynin empati eğilimi düzeyini saptamak amacıyla seçilmiş olup, *Aile Değerlendirme ölçeği (ADÖ)* ailenin işlevlerini yerine getirip-getirmediğinin saptanması, işlevsel bir aile olup-olmadığının belirlenmesi ve aile işleyişinde bozuk işlevlerin saptanması amacıyla kullanılmıştır.

Kullanılan Ölçekler:

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) (EK.2)

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) kişilerin karşısındaki bireyin dile getirdiği probleme eğilirken, daha ziyade bilişsel bileşeni ağır basan; *duygu* ve *düşünce* olmak üzere iki temel alt basamaktan oluşan empatik tepkileri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.

Bu ölçek günlük yaşamla ilgili kısa paragraflarla ifade edilmiş 6 ayrı durumdan oluşmuştur. Verilen her bir durumun altında bu durumdaki kişiye söylenebilecek birer cümlelik 12 empatik tepki cümlesi yer almıştır. Denekler bu cümlelerden 4 tanesini her örnek durum için seçmiştir. Böylece 6 örnek durumdan 24 empatik tepki cümlesi seçilmiş olmaktadır. Her bir örnek durumun altındaki 12 empatik tepkinin her birinin anahtar puanları mevcuttur. Deneklerin işaretlediği bu 24 empatik tepki cümlesinin anahtar puanları toplamı, empatik beceri puanını ifade etmektedir. Puanın yüksek olması empati becerisinin yüksek olduğunu, düşük olması empati becerisinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu 12 maddeden bir tanesi durumla ilişkisiz olduğu için sıfır puan almaktadır. Eğer denek bu ilişkisiz tepkilerden bir tanesini bile seçmiş ise ölçeği yeterince okumadığı gerekçesi ile form değerlendirilmeden çıkarılmıştır.

Ölçeğin geliştirilerek, Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Dökmen tarafından yapılmıştır (40).

Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) (EK.3)

Empatik Eğilim Ölçeği empatinin duygusal bileşenini ve kişilerin günlük yaşamdaki empati kurma potansiyellerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. EEÖ'nin bir kısım maddeleri, egosentrik iletişimin özelliklerini yansıtan maddelerden oluşmaktadır. Dökmen, insanlara genelde olumsuz tutum besleyen, çatışmaya uygun kişilik yapısına sahip bireylerin egosentrik iletişime girme eğilimlerinin yüksek olduğunu belirtmektedir (40).

Likert türü bir ölçek olan EEÖ'nin yaklaşık yarısı, deneklerin "evet" işaretleme eğilimlerini dengelemek için negatif cümlelerden oluşmaktadır. Denekler, her bir maddenin yanındaki 1'den 5'e kadar olan sayılara karşılık gelen "Aynen katılıyorum", "Büyük ölçüde katılıyorum", "Biraz katılıyorum", "Hiç katılmıyorum" maddelerden birisini işaretleyerek, o maddedeki görüşe ne ölçüde katıldıklarını belirtmektedirler.

20 sorudan oluşan ölçekteki 3., 6., 7., 8., 11., 12., 13. ve 15. sorular tersinden puanlanarak hesaplanmaktadır. Bu ölçekten elde edilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100'dür. Ölçeğin geliştirilerek, Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Dökmen tarafından yapılmıştır (40).

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family Assessment Device) (EK.4)

ABD'de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini belirleyen ve sorun alanlarını ortaya çıkaran bir ölçü aracıdır. Ölçeğin geçerlilik çalışması 1983'te Epstein ve Bishop tarafından yapılmıştır. Daha sonra ikinci geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Miller, Bishop, Epstein ve Keitner tarafından 1985 yılında yapılmıştır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bulut tarafından yapılmıştır (29).

Ölçek McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerine uygulanmasıyla elde edilmiştir. Bu ölçek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi, "sağlıklı" ve "sağlıksız" olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlamıştır. ADÖ yedi alt ölçekten oluşmuştur. Yedi alt ölçeğin operasyonel tanımları aşağıda belirtilmiştir:

1. *Problem Çözme (Problem Solving)*: Bu boyut ailenin etkili bir şekilde işlevlerinin yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkmasından çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsar.

2. *İletişim (Communication)*: Aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi olarak tanımlanmaktadır. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmektedir. Bu nedenle, üyeler arası sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan ifade edip etmedikleri üzerinde durulmaktadır.

3. *Roller (Roles)*: Roller, ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynaklarını kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda bir davranış kalıbı geliştirip geliştirmediği üzerinde odaklanmaktadır. İlave olarak roller ile ilgili boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir. Para, konut, giyim,

yeme gibi maddi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile, çocukların ve anne-babanın bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş olan ailedir. İşlevler, para ve sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir.

4. *Duygusal Tepki Verebilme (Affective Responsiveness)*: Aile üyelerinin her türlü uyarılar karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi hoşnutluk ifade eden duyguların yanında kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumlar da irdelenmektedir. Bir başka deyişe, bu işlevi yerine getirebilen aile üyeleri, her türlü duyguyu ağırlıklı bir şekilde sözle ve hareketle ifade edebilir.

5. *Gereken İlgiyi Gösterme (Affective Involvement)*: Aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler, birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az ya da çok ilgilenen aileler, bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremiyorlar demektir. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir.

6. *Davranış Kontrolü (Behavior Control)*: Aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu modelde psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekte ele alınmaktadır.

7. *Genel Fonksiyonlar (General Functions)*: Yukarıda ifade edilen altı boyutu da kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlayan bir alt ölçektir.

Aile Değerlendirme Ölçek uygulaması sırasında her madde için “Aynen katılıyorum”, “Büyük ölçüde katılıyorum”, “Biraz katılıyorum”, “Hiç katılmıyorum” maddelerinden biri seçilerek işaretilir.

Ölçeği oluşturan maddelerde iki tür ifade bulunmaktadır. Bunlar sağlıklı ve sağlıksızlık gösteren ifadelerdir. Bazı maddelerde “Aynen katılıyorum” seçeneği sağlıklı aile işlevlerini gösterdiği halde, diğerinde “Hiç katılmıyorum” seçeneği sağlıklılık göstergesi olmaktadır. Örneğin, “Aynen katılıyorum” seçeneği 34 maddede sağlıksız aile işlevini, 26 maddede ise sağlıklı aile işlevini göstermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, puanların hesaplanmasında kolaylık sağlamak amacıyla sağlıksızlık gösteren sorulara verilen puanlar 5’ten çıkartılarak her maddede “Aynen katılıyorum” seçeneğinin en sağlıklı aile işlevini, “Hiç katılmıyorum” seçeneğinin ise

en sağlıklı aile işlevini göstermesi sağlanmaktadır. Tüm maddelerde 1 en sağlıklı cevabı, 4 en sağlıksız cevabı temsil etmektedir. Bu şekilde elde edilen puanların her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Her bir boyutta o boyutun içerdiği maddelerin %40'ından fazlası cevapsız bırakılmış ise, ortalama puan hesaplanmaz ve o kişi için elde edilen puan geçersiz sayılır. Test uygulanan her kişi için yedi alt ölçek puanı elde edilmektedir. Aile puanları ise bir ailedeki 12 yaş üzerinde bulunan ve  l eği cevaplayan aile üyelerinin her alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması alınarak bulunur. Ölçek puanları, 1.0 (sağlıklı) ile 4.0 (sağlıksız) arasında değişir. Bulut, her alt ölçek için hesaplanan puan ortalamaları 4.0'e yaklaştı a o işlev açısından sağlıksızlığın arttığı yolunda bir yorum yapmakla beraber, sağlıklılığı ve sağlıksızlığı ayırt edecek bir puan saptama yoluna da gidildiğini belirtmiştir. En sağlıksız puan 4.0 olduğuna göre, teorik olarak 2.0'nin sağlıklı ve sağlıksız işlevleri ayırt eden bir puan olabileceğini belirtmektedir. Ancak bu durumda en küçük puanın 1.0 olması nedeniyle sağlıksızlık alanının daha geniş tutulduğu göze çarpmaktadır. Bulut, 2.0'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğuna dikkati çekerek, teorik olarak, 2.0'nin ayırt edici bir sayı olarak kabul edildiğini ifade etmektedir (29, 30, 77).

DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme  l eği (YDBD ):

DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak geliştirilen bu  l ek ;

- Dikkatsizliği sorgulayan 9 madde,
- Aşırı Hareketliliği sorgulayan 6 madde,
- D rt selliliği sorgulayan 3 madde,
- Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğunu sorgulayan 8 madde,
- Davranım Bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır.

Her madde için, Yok= 0, Biraz=1, Fazla=2, çok fazla=3 puan şeklinde hazırlanmıştır. Ölçeğin geliştirilerek, Türk toplumuna uyarlanması Turgay tarafından yapılmıştır (107).

II.7. TANIMLAR :

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: DSM-IV ölçütlerine uygun olarak psikiyatrist tarafından konulan tanıdır.

Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu: DSM-IV ölçütlerine uygun olarak psikiyatrist tarafından konulan tanıdır.

Empati Becerisi: Bireylerin, empati beceri ölçeğinden alınan puandır.

Empati Eğilimi: Bireylerin, empati eğilim ölçeğinden alınan puandır.

Problem çözme: ADÖ'nin alt basamağı olan problem çözme bölümünden alınan puanlardır.

İletişim: ADÖ'nin alt basamağı olan iletişim bölümünden alınan puanlardır.

Roller: ADÖ'nin alt basamağı olan roller bölümünden alınan puanlardır.

Duygusal Tepki Verebilme: ADÖ'nin alt basamağı olan duygusal tepki verebilme bölümünden alınan puanlardır.

Gereken İlgiyi Gösterme: ADÖ'nin alt basamağı olan gereken ilgiyi gösterme bölümünden alınan puanlardır.

Davranış Kontrolü: ADÖ'nin alt basamağı olan davranış kontrolü bölümünden alınan puanlardır.

Genel Fonksiyonlar: ADÖ'nin altı boyutunu da kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlayan genel fonksiyonlar bölümünden alınan puanlardır.

II.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve DEHB ve DEHB+KGB olma durumu, bağımsız değişkenler olarak; testlerle elde edilen ölçüm değerleri bağımlı değişkenler olarak değerlendirilmiştir.

Ölçeklerden alınan puanlar hesaplandıktan sonra sonuçların değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 10.0 paket programı ile yapılmıştır. Ölçek puanları Mann Whitney U, Student t testi ve varyans analizi, ANOVA, niteliksel değişkenler Pearson Ki kare testi kullanılarak karşılaştırıldı. Değişkenler arası boyutu, Lojistik regresyon analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ olarak kabul edildi.

III. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 70 çocuk ve onların anne babalarından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Veriler; anne-baba ve çocukların genel özelliklerini içeren, Bilgi Toplama Formu; tanı amacıyla kullanılan, anne ve öğretmen tarafından doldurulan DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YDBÖ); anne-baba bildirimi ile doldurulan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ); Empati Beceri Ölçeği (EBÖ) ve Empati Eğilim Ölçeklerinden (EEÖ) elde edilmiştir.

Bulgular sırasıyla;

- Araştırmaya katılan anne-baba ve çocukların özellikleri ile ilgili bulgular,
- Empati Ölçekleri ile ilgili bulgular,
- Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği ile ilgili bulgular,
- Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği ile ilgili bulgular,
- Ölçek puanlarının birbirleri ile korelasyonları, başlıkları altında sunulmuştur.

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

III.1.Araştırmaya Katılan Anne-Baba ve Çocukların Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo I. Araştırmaya Alınan Çocukların Özelliklerinin Dağılımı (n=70)

Cinsiyet	n	%
Erkek	61	87.1
Kız	9	12.9
Kardeş sayısı		
Kardeşi olmayan	13	18.6
1 kardeş	44	62.9
2 ve fazlası	13	18.6
DEHB alt sınıfı		
Dikkatsizlik baskın tip	8	11.4
Aşırı hareketlilik baskın tip	9	12.9
Birleşik tip	53	75.7
DSM-IV'e göre tanı		
DEHB	44	62.9
DEHB+KGB	26	37.1

Tablo I'de görüldüğü gibi olguların %87.1 (61)'i erkek, %12.9 (9)'u kızdır. Ailelerin %18.6 (13)'ünün tek çocuğu, %62.9 (44)'ünün iki çocuğu, %18.6 (13)'ünün üç ve/veya daha fazla çocuğu olduğu görülmüştür.

DSM-IV'e göre olguların DEHB alt sınıflarına bakıldığında; araştırmaya alınan çocukların %11.4 (8)'ü "Dikkat Eksikliğinin Baskın Olduğu Tip", %12.9 (9)'u "Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Tip", %75.7 (53)'si "Birleşik Tip" dir.

DSM-IV'e göre, çocukların %62.9 (44)'u DEHB ve %37.1 (26)'i DEHB'na binişik KGB tanısı konmuştur.

Tablo II. Anne-Babaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=70)

Demografik Özellikler	Anne		Baba	
	(n=70)	%	(n=70)	%
Yaş				
35 Yaş ve altı	46	65.7	32	45.7
36-45 Yaş	22	31.4	30	42.9
46 Yaş ve üstü	2	2.9	8	11.4
Eğitim				
İlköğretim	27	38.6	11	15.8
Lise	27	38.6	40	57.1
Yüksekokul	16	22.8	19	27.1
Anne Mesleği				
Ev hanımı	43	61.4		
Öğretmen	9	12.9		
Hemşire	7	10.0		
Memur ve diğer	11	15.7		
Baba Mesleği				
Subay			13	18.6
Astsubay			35	50.0
Diğer			22	31.4

Tablo II'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 33.2 ± 5.9 yıl olup, %38.6 (27)'si ilkokul-ortaokul (ilköğretim), %38.6 (27)'si lise ve %22.9

(16)'u ise yüksekokul düzeyinde eğitim almıştır. Annelerin %61.4 (43)'ü ev hanımı ve %38.6 (27)'si çalışandır.

Araştırmaya katılan babaların yaş ortalaması 36.4 ± 6.0 yıl olup, eğitim düzeyleri %15.7 (11)'sinin ilkokul-ortaokul (ilköğretim), %57.1 (40)'inin lise ve %27.1(19)'inin ise yüksekokul düzeyindedir. Babaların; %50.0'si (35) astsubay, %18.6'sı subaydır.

Tablo III. DEHB ile DEHB/KGB Gruplarının Anne-baba Yaş, Eğitim Durumu ve Meslek Özellikleri ile Karşılaştırması

Sosyodemografik Özellikler	DEHB (n=44)		DEHB/KGB (n=26)		Z	p
	x	s	x	s		
Yaş ortalamaları (yıl)						
Çocuk	10.0	2.2	9.5	2.1	-1.037	0.33
Anne	32.7	5.3	34.0	6.8	-0.512	0.61
Baba	35.8	5.3	37.4	7.0	-0.694	0.49
Cinsiyet	n	%	n	%	χ^2	p
Kız	3	33.3	6	66.7	3.85	0.05*
Erkek	41	67.2	20	32.8		
Eğitim durumu						
Anne						
İlkokul-Ortaokul	18	40.9	9	34.6	1.469	0.48
Lise	18	40.9	9	34.6		
Yüksekokul	8	18.2	8	30.8		
Baba						
İlkokul-Ortaokul	4	9.1	7	26.9	4.182	0.124
Lise	28	63.6	12	46.2		
Yüksekokul	12	27.3	7	26.9		
(Z=Mann Whitney U Testi) x= Aritmetik Ort. s= Standart sapma, χ^2 =Ki-kare						

(Z=Mann Whitney U Testi) x= Aritmetik Ort. s= Standart sapma, χ^2 =Ki-kare

Tablo III'de anne babaların ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile DEHB ve DEHB+KGB grupları arasında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalaması 9.8 ± 2.2 yıldır. Anne-baba eğitim düzeyi ve yaşı ile DEHB ve DEHB+KGB grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kızların %33.3'ü DEHB, %66.7'si DEHB+KGB iken; erkeklerin %67.21'i DEHB, %32.8'i DEHB+KGB tanı konmuş olup, cinsiyet ile DEHB ve DEHB+KGB grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak sınırda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p \leq 0.05$).

Anne baba mesleği ile DEHB ve DEHB+KGB grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kardeş sayısı ile DEHB ve DEHB+KGB grupları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.720$, $p = 0.698$).

Anne baba yaşı ile çocuğun gösterdiği karşı gelme, aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkatsizlik puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde yaş ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

III. 2. Empati Ölçekleri ile İlgili Bulgular

Empati Beceri Ölçeğinden alınan puanlardaki yükselme, empati yapabilme becerisindeki artışı ifade etmektedir. Empati Eğilim Ölçeğinden alınan puanlardaki yükselme ise, empati yapabilme kapasitesinin yüksekliğini ifade etmektedir.

Tablo IV. Anne Babaların Empati Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Korelasyonu

EMPATİ ÖLÇEKLERİ	ANNE		BABA		r	p
	x	s	x	s		
EBÖ	127.11	14.39	129.40	17.18	0.249	0.04*
EEÖ	70.76	8.33	69.16	10.49	-0.014	0.9

(Pearson Korelasyon testi)* $p < 0.05$ x= Aritmetik Ort. s= Standart sapma

Tablo IV incelendiğinde, annelerin empati beceri puanları ile babaların empati beceri puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Anne ve babaların empati eğilim puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P > 0.05$).

Annelerin EBÖ ile EEÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.093$; $p = 0.442$). Babaların

EBÖ ile EEÖ puanları incelendiğinde ise, EBÖ ve EEÖ puanları arasında istatistiksel olarak sınırda bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.233$; $p = 0.053$).

Tablo V. Anne-Babaların Empati Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar ile Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırması

Ölçekler	Eğitim Düzeyi						F	p
	İlköğretim		Lise		Yüksekokul			
	x	s	x	s	x	s		
Anne								
Empati Beceri	122.26	13.36	128.19	11.26	133.50	18.33	3.407	0.039*
Empati Eğilim	67.93	7.16	71.11	9.48	74.94	6.50	3.897	0.025*
Baba								
Empati Beceri	119.72	12.90	127.40	14.04	130.80	15.11	2.038	0.138
Empati Eğilim	68.64	7.50	70.88	7.40	71.74	10.61	2.163	0.123

(One-Way ANOVA, Scheffe Post hoc testi)* $p < 0.05$ x= Aritmetik Ort. s= Standart sapma

Tablo V' te anne babaların eğitim düzeyi ile empati puanları karşılaştırılmıştır. Yüksek okul mezunu anneler ile ilköğretim mezunu annelerin empati beceri ve eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yüksek okul mezunu annelerin empati puanları, ilköğretim düzeyinde eğitim alan annelere göre daha yüksektir. Babaların eğitim düzeyleri ile empati beceri ve eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Anne ve baba yaşı ile empati beceri ve eğilim puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo VI. Annenin Çalışma Durumuna göre EBÖ/EEÖ ve YDBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ev Hanımı (n=43)		Çalışan Anne (n=27)		Z	p
	x	s	x	s		
Anne Empati Beceri Puanı	125.56	13.63	129.59	15.48	-0.82	0.41
Anne Empati Eğilim Puanı	68.72	8.43	74.00	7.20	-2.48	0.02*
Anne bildirimine göre YDBÖ						
Dikkat sorunları	17.86	5.16	18.41	6.13	-0.81	0.42
Aşırı hareketlilik-Dürtüsellik	17.21	6.60	19.96	3.91	-1.64	0.10
Karşı gelme	11.09	5.08	12.89	4.99	-1.71	0.09

(Mann Whitney U testi)* $p < 0.05$ x = Aritmetik Ort. s= Standart sapma

Tablo VI incelendiğinde, çalışan annelerin empati eğilim puanlarının, ev hanımlarına oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Anne bildirimine göre DEHB belirtileri ile annelerin çalışma durumu karşılaştırıldığında çalışan annelerin çocuklarında, ev hanımlarının çocuklarına oranla puanlar daha yüksek olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo VII. Anne Babalarının Empati Puanlarının DEHB ve DEHB+KGB Grupları ile Karşılaştırması

Empati Ölçekleri	Anne						Baba					
	DEHB (n=44)		DEHB+KGB (n=26)				DEHB (n=44)		DEHB+KGB (n=26)			
	x	s	x	s	z	p	x	s	x	s	z	p
EBÖ	126.6	14.57	127.6	14.34	-0.353	0.7	128.5	16.52	130.9	18.48	-0.438	0.7
EEÖ	70.5	8.75	71.2	7.73	-0.122	0.9	70.3	9.43	67.2	12.02	-0.888	0.4

(Mann Whitney U testi) x= Aritmetik Ort. s= Standart sapma

Tablo VII incelendiğinde, DEHB olan çocukların anne-babaları ile DEHB+KGB çocukların anne-babalarının empati puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

III.3. Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği ile ilgili Bulgular

Tablo VIII. Anne ve Babaların Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Korelasyonu

ADÖ alt ölçekleri	Anne		Baba		r	p
	x	s	x	s		
Problem çözme	1.83	0.51	1.74	0.43	0.381	0.01*
İletişim	1.76	0.44	1.68	0.42	0.286	0.016*
Roller	1.93	0.41	1.81	0.46	0.341	0.000*
Duygusal tepki verebilme	1.79	0.62	1.62	0.58	0.247	0.039*
Gereken ilgiyi gösterebilme	2.03	0.46	1.90	0.41	0.405	0.001*
Davranış kontrolü	1.85	0.43	1.72	0.49	0.486	0.00*
Genel işlevler	1.73	0.48	1.57	0.44	0.567	0.00*

(Pearson Korelasyon testi)* $p < 0.05$ x= Aritmetik Ort. s= Standart sapma

Tablo VIII'de Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) puanları, anne ve baba ayrı olarak "Anne ADÖ puanı" ve "Baba ADÖ puanı" olarak kullanılmıştır. Ayrıca, anne ve babanın puan ortalamaları alınarak, "Aile ADÖ puanı" olarak ele alınmıştır.

Aile işlevleri değerlendirme ölçeğinin bütün alt ölçek puanları yönünden, anne ile babaların puanları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Anne-baba eğitim düzeyi ile ADÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

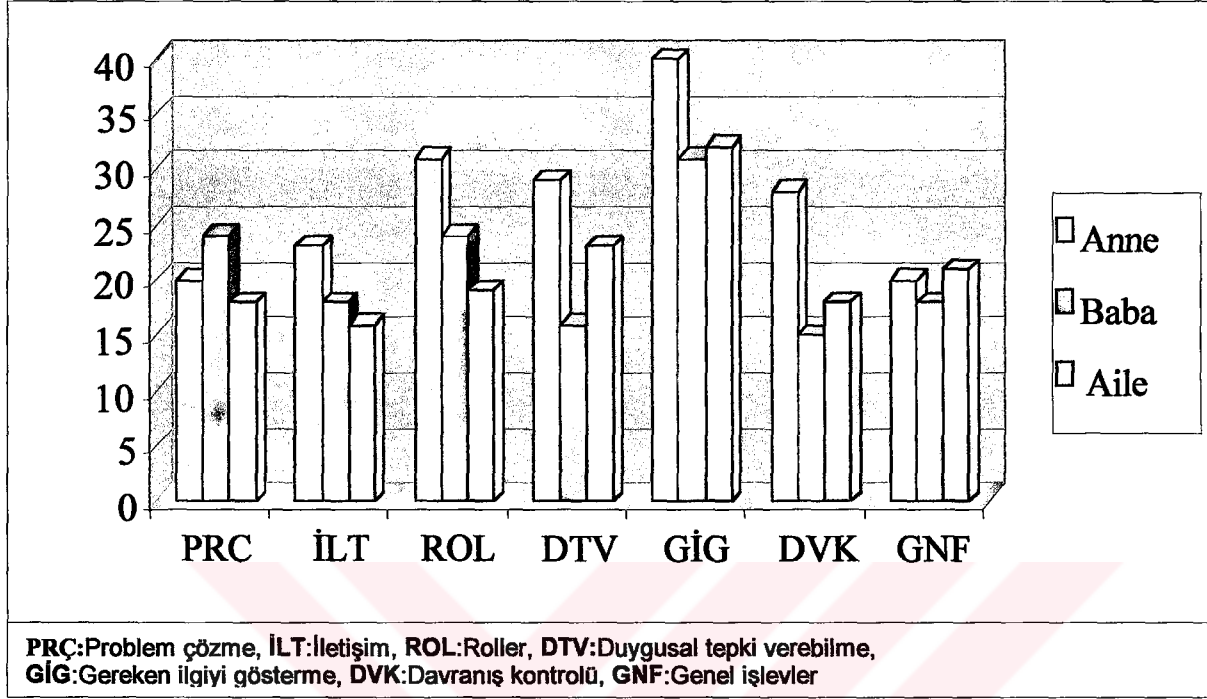
Ailedeki çocuk sayısı; tek çocuk, iki çocuk ve ikiden fazla olarak üç grupta sınıflandırılıp "Aile Değerlendirme Ölçeği" ile karşılaştırıldığında; annenin ve aile bildiriminde "roller" alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Çocuk sayısının artması ile ADÖ puanları sağlıksızlık yönünde artış göstermiştir (sırasıyla $F=3.821$; $p=0.027$, $F=4.777$; $p=0.011$)

Tablo IX. Anne babaların Aile İşlevleri Ölçeğinde Sağlıksızlık İfade Etme Durumlarına Göre Dağılımı

ADÖ alt ölçekleri	Anne Bildirimi (n=70)		Baba Bildirimi (n=70)		Aile Bildirimi (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Problem çözme	20	28.6	24	34.3	18	25.7
İletişim	23	32.9	18	25.7	16	22.9
Roller	31	44.3	24	34.3	19	27.1
Duygusal tepki verebilme	29	41.4	16	22.9	23	32.9
Gereken ilgiyi gösterme	40	57.1	31	44.3	32	45.7
Davranış kontrolü	28	40.0	15	21.4	18	25.7
Genel işlevler	20	28.6	18	25.7	21	30.0

Tablo IX'da "Aile İşlevleri Değerlendirme Alt Ölçekleri"nde sağlıksızlık puanı olan 2'den fazla puan alan anne, baba ve ailelerin oranı görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin %51.7'si "Gereken İlgiyi Gösterme", %44.3'ü "Roller", %41.4'ü "Duygusal Tepki Verebilme" alt ölçeklerinde; babaların ise %44.3'ü "Gereken İlgiyi Gösterme", %34.3'ü "Roller" ve %34.3'ü "Problem Çözme" alt ölçeklerinde sağlıksızlık ifade etmişlerdir. Aile bildiriminde ise %45.7 oranında "Gereken İlgiyi Gösterme", %32.9 oranında "Duygusal Tepki Verebilme" ve %30.0 oranında "Genel

işlevler” alt ölçeklerinde sağlıksızlık ortaya çıkmıştır. Sağlıksızlık ifade etme oranları Şekil I’de de gösterilmiştir.



Şekil I Aile İşlevleri Alt Ölçeklerinde Sağlıksızlık İfade Eden Anne Babaların Dağılımı

Tablo X. ADÖ’de Sağlıksızlık İfade Eden Anne ve Baba Oranlarının Karşılaştırması

ADÖ alt ölçekleri	Anne (n=70)		Baba (n=70)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Problem çözme	20	28.6	24	34.3	8.2	0.00*
İletişim	23	32.9	18	25.7	1.48	0.23
Roller	31	44.3	24	34.3	2.92	0.09
Duygusal tepki verebilme	29	41.4	16	22.9	3.80	0.05*
Gereken ilgiyi gösterme	40	57.1	31	44.3	4.34	0.04*
Davranış kontrolü	28	40.0	15	21.4	.84	0.00*
Genel işlevler	20	28.6	18	25.7	5.74	0.02*

(Ki-kare testi)* $p < 0.05$

Tablo X incelendiğinde, ADÖ “Problem Çözme” de annelere oranla daha fazla babaların sağlıksızlık ifade ettiği; “Duygusal Tepki Verebilme”, “Gereken İlgiyi Gösterme”, “Davranış Kontrolü” ve “Genel İşlevler” alt ölçeklerinde ise annenin

babalara göre daha fazla oranda sağlıksızlık ifade ettiği görülmüştür. Alt ölçeklerde sağlıksızlık ifade etme oranları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Anne ve babalar birbirlerinden farklı alt ölçeklerde sağlıksızlık ifade etmişlerdir.

Tablo XI. ADÖ'de Sağlıksızlık İfade Eden Annelerin Oranları ile DEHB ve DEHB+KGB Gruplarının Karşılaştırılması

Anne bildirimi ADÖ alt ölçekleri	DEHB (n=44)		DEHB/KGB (n=26)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Problem çözme	15	34.1	5	19.2	1.77	0.14
İletişim	17	38.6	6	23.1	1.79	0.14
Roller	22	50.0	9	34.6	1.57	0.16
Duygusal tepki verebilme	20	45.5	9	34.6	0.79	0.26
Gereken ilgiyi gösterme	27	61.4	13	50.0	0.86	0.25
Davranış kontrolü	13	29.5	15	57.7	5.39*	0.02*
Genel işlevler	15	34.1	5	19.2	1.76	0.14

(Ki-kare testi)* $p<0.05$

Tablo XI'de DEHB ve DEHB+KGB olma durumu ile ADÖ'de sağlıksızlık ifade eden annelerin oranı karşılaştırıldığında; ADÖ alt ölçeğinden "Davranış Kontrolü" puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). "Davranış Kontrolü" açısından DEHB olan çocukların annelerinin %29.5'i, KGB binişik DEHB olan olguların annelerinin ise %57.7'si sağlıksızlık ifade etmiştir.

Tablo XII. ADÖ'de Sağlıksızlık İfade Eden Babaların Oranları ile DEHB ve DEHB+KGB Gruplarının Karşılaştırılması

Baba bildirimi ADÖ alt ölçekleri	DEHB (n=44)		DEHB/KGB (n=26)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Problem çözme	15	34.1	9	34.6	0.02	0.58
İletişim	11	25.0	7	26.9	0.03	0.54
Roller	13	29.5	11	42.3	1.18	0.20
Duygusal tepki verebilme	9	20.5	7	26.9	0.39	0.37
Gereken ilgiyi gösterme	16	36.4	15	57.7	3.01*	0.04
Davranış kontrolü	7	15.9	8	30.8	2.14	0.12
Genel işlevler	7	15.9	8	30.8	2.14	0.12

(Ki-kare testi)* $p<0.05$

Tablo XII'de DEHB ve DEHB+KGB olma durumu ile ADÖ'de sağlıksızlık ifade eden babaların oranı karşılaştırıldığında; ADÖ alt ölçeğinden "Gereken İlgiyi Gösterebilme" puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). "Gereken İlgiyi Gösterme" açısından DEHB olan çocukların

babalarının %36.4'ü, KGB binişik DEHB olan olguların babalarının ise %57.7'sinin sağlıksızlık bildirdiği saptanmıştır.

Tablo XIII. ADÖ'de Sağlıksızlık görülen Aile Bildirimi Oranları ile DEHB ve DEHB+KGB Gruplarının Karşılaştırılması

Aile bildirimi ADÖ Alt ölçekleri	DEHB (n=44)		DEHB/KGB (n=26)		X ²	p
	n	%	n	%		
Problem çözme	13	29.5	5	19.2	0.91	0.25
İletişim	10	22.7	6	23.1	0.01	0.59
Roller	11	25.0	8	30.8	0.28	0.40
Duygusal tepki verebilme	5	34.1	8	30.8	0.08	0.49
Gereken ilgiyi gösterme	21	47.7	11	42.3	0.19	0.43
Davranış kontrolü	8	18.2	10	38.5	3.51*	0.045*
Genel işlevler	12	27.3	9	34.6	0.12	0.35

(Ki-kare testi* p<0.05)

Tablo XIII'de DEHB ve DEHB+KGB olma durumu ile aile bildirimine göre ADÖ alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. ADÖ alt ölçeğinden "Davranış Kontrolü" puanları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). "Davranış Kontrolü" açısından; DEHB olan çocukların ailelerinin %18.2'si, KGB binişik DEHB olan olguların ailelerinin ise %38.5'i sağlıksızlık bildirmiştir.

III.4. Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçek (YDBÖ) Puanları ile ilgili Bulgular

Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçek (YDBÖ) Puanları arttıkça, o bölümdeki belirtinin şiddetinin de artmakta olduğunu ifade etmektedir. Bu ölçek anne ve öğretmen tarafından doldurulmaktadır ve tanı konulmasına yardımcı olmaktadır.

Tablo XIV. Anne-Öğretmen Bildirimine Göre Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Alt Ölçeği Puanlarının DEHB ve DEHB+KGB Grupları ile Karşılaştırılması

YDBÖ	DEHB (n=44)		DEHB/KGB (n=26)		Z	p
	x	s	x	s		
Anne bildirimine göre						
Dikkat sorunları	18.09	5.26	18.04	6.15	0.33	0.74
Aşırı hareketlilik-Dürtüsellik	16.82	5.86	20.73	4.98	2.73	0.01*
Karşı gelme	9.34	4.40	15.92	3.12	5.61	0.001*
Öğretmen bildirimine göre						
Dikkat sorunları	16.74	6.29	19.57	5.29	1.81	0.07
Aşırı hareketlilik-Dürtüsellik	13.97	7.60	21.57	3.75	3.67	0.001*
Karşı gelme	9.03	6.47	16.86	2.48	4.20	0.001*

(Mann Whitney U testi)* p<0.05 x= Aritmetik Ort. s= Standart sapma

Tablo XIV’de YDBÖ alt ölçekleri binişik KBG tanısı alan ve almayanlarla karşılaştırıldığında; DEHB-KGB tanısı konan çocuklarda aşırı hareketlilik-dürtüsellik ve karşı gelme toplam puanlarının DEHB grubuna oranla istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo XV. Anne ile Öğretmen Bildirimine Göre Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

	Anne (n=70)		Öğretmen (n=60)		r	p
	x	s	x	s		
Dikkat sorunları	18.07	5.56	17.73	6.07	0.274	0.034*
Aşırı hareketlilik-Dürtüsellik	18.27	5.83	16.63	7.44	0.264	0.041*
Karşı gelme	11.79	5.09	11.77	6.58	0.233	0.073

(Pearson korelasyon testi)* $p<0.05$ x= Aritmetik Ort. s= Standart sapma

DSM-IV’e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDBÖ) ile anne(n=70) ve öğretmeninden (n=60) çocuğun DEHB belirtilerini derecelendirmeleri istenmiştir. Tablo XV’da anne ve öğretmenlerin bildirimine göre YBÖ puanlarının ilişkisi incelenmiştir. Annelerin YDBÖ’nin alt ölçeği olan “Dikkat Eksikliği Puan Toplamı” ve “Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellik Puan Toplamı” ile öğretmenlerin YDBÖ’nin alt ölçeği olan “Dikkat Eksikliği Puan Toplamı” ve “Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellik Puan Toplamı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Anne ile öğretmen bildirimi karşı gelme puan toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo XVI. Anne-Öğretmen Bildirimine Göre Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Alt Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Alt Ölçeği	Dikkat sorunları		Aşırı hareketlilik-Dürtüsellik	
	r	p	r	p
Anne bildirimine göre				
Aşırı hareketlilik-Dürtüsellik	0.35	0.00*	0.51	0.00*
Karşı gelme	0.29	0.02*		
Öğretmen bildirimine göre				
Aşırı hareketlilik-Dürtüsellik	0.32	0.01*	0.69	0.00*
Karşı gelme	0.33	0.01*		

(Pearson korelasyon testi)* $p<0.05$

Tablo XVI’da DSM-IV’e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği alt gruplarının anne ve öğretmen bildirimlerine göre birbirleri ile

ilişkileri değerlendirildiğinde; alt ölçeklerin birbirleriyle pozitif korelasyon gösterdiği ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

III.5. Ölçeklerin Birbirleri ile Korelasyonları ile İlgili Bulgular

Tablo XVII. Anne-Babaların Empati Ölçek Puanları ile ADÖ Puanlarının Korelasyonu

ADÖ alt ölçekleri	Anne				Baba			
	EBÖ		EEÖ		EBÖ		EEÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Problem çözme	0.23	0.051	-0.23	0.054	0.20	0.09	-0.15	0.226
İletişim	0.12	0.32	-0.12	0.34	0.05	0.08	-0.42	0.00*
Roller	0.03	0.82	-0.06	0.63	0.01	0.96	-0.30	0.012*
Duygusal tepki verebilme	-0.02	0.09	-0.28	0.02*	0.07	0.59	-0.39	0.00*
Gereken ilgiyi gösterme	-0.11	0.38	0.17	0.15	-0.06	0.64	-0.28	0.02*
Davranış kontrolü	0.13	0.30	0.14	0.25	-0.07	0.79	-0.35	0.003*
Genel işlevler	0.13	0.27	0.21	0.18	0.01	0.96	-0.33	0.005*

(Pearson korelasyon testi)* $p\leq 0.05$

Tablo XVII'de Anne ve babaların empati ölçekleri ile kendi bildirimleri olan ADÖ'nin alt ölçekleri karşılaştırıldığında; anne empati becerisi ile aile işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0.05$). Anne empati eğilimi ile ADÖ alt ölçeklerinden "Duygusal Tepki Verebilme" arasında ters ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin empatik eğilim puanı azaldıkça, duygusal tepki verme puanında sağlıksızlık yönünde artış olmaktadır. Baba empati becerisi ile aile işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0.05$). Baba empati eğilimi ile ADÖ parametrelerinden "Problem Çözme" dışında diğer ADÖ parametreleri arasında istatistiksel olarak ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Babaların empatik eğilim puanları azaldıkça problem çözme dışında diğer bütün işlevlerdeki puanlarda sağlıksızlık yönünde artış olmaktadır.

Tablo XVIII. Anne-Babaların Empati Ölçek Puanları ile Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Alt Ölçek puanlarının Korelasyonu

YDBD Alt ölçekleri	Anne				Baba			
	EBÖ		EEÖ		EBÖ		EEÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Dikkat sorunları	0.060	0.620	-0.303	0.011*	-0.113	0.353	-0.023	0.851
Aşırı hareketlilik-Dürtüsellik	-0.035	0.774	-0.059	0.629	-0.165	0.177	0.110	0.365
Karşı Gelme	-0.075	0.536	-0.086	0.477	-0.001	0.990	-0.161	0.183

(Pearson korelasyon testi)* $p<0.05$

Tablo XVIII’de “Anne Ve Babaların Empati Ölçekleri Puanları” ile çocuğun “DEHB Belirtilerini Değerlendirme” arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Anne EEÖ puanı ile çocuğun “Dikkat Eksikliği” puanı arasında ters ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Anne-babanın empati puanları ile ADÖ puanlarının birlikte DEHB olan çocuklarda KGB olup-olmama durumu üzerindeki rolünü belirlemek amacıyla Lojistik Regresyon Analizi uygulanmıştır. Bu analize göre; DEHB olan çocuklarda KGB’nun oluşmasında ADÖ’nin “Davranış Kontrolü” ($\beta = -1.832$; $p=0.015$) ve “Genel İşlevler” ($\beta = -2.321$; $p=0.050$) alt ölçeklerinde sağlıksızlığın olup-olması istatistiksel olarak belirleyici rol oynamaktadır ($\beta = -1.989$; $p=0.050$).



IV.TARTIŞMA

Bu bölümde, bulgulardaki konu başlıkları halinde sunulan verilerin kaynak verileri ile karşılaştırmaları ve yorumlamaları yapılmıştır.

IV.1. Araştırmaya Katılan Anne-Baba ve Çocuklara İlişkin Özellikler ile İlgili Tartışma

Tablo I'de çalışmamıza katılan çocukların %87.1'inin erkek, %12.9'unun kız olduğu görülmektedir. Kaynaklarda kesin nedeni bilinmemekle birlikte, DEHB'nun erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Değişik çalışmalarda DEHB'da kız/erkek oranının 1/1.6'dan 1/9'a kadar değiştiği saptanmıştır. Bu durum biyolojik, genetik ve hormonal farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, sosyokültürel etkenlerden de kaynaklanabilir (46, 47, 72, 74, 102, 104). Bizim çalışmamızdaki sonuçlar da kaynak verileriyle uyumlu bulunmuştur. Araştırmaya alınan erkek ve kız çocuk oranları belirtilen çalışmalardaki oranlara benzerlik göstermektedir. Kızlarda DEHB'nun daha çok dikkatsizlik ve bilişsel zorluklarla seyretmesi, ataklık ve saldırgan davranış sorunlarının daha az olması nedeniyle, gözden kaçtığı ya da önemsenmediği düşünülmektedir. Erkeklerin ise saldırganlık, ataklık ve davranım bozukluklarını daha sık göstermeleri nedeniyle polikliniklere daha erken yaşta ve daha fazla getirildikleri belirtilmektedir (79,85).

Çalışmamızda DEHB tanısı konmuş olgularda en sık "Birleşik Tip" (%75.7), daha sonra "Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Tip" (%12.9) ile "Dikkat Eksikliğinin Baskın Olduğu Tip"(%11.4) yaklaşık olarak aynı oranda saptanmıştır. Bu dağılımın da klinik çalışmalarla uyumlu olduğu düşünülmektedir (45, 105).

ICD-10, KGB'nu DB'nun hafif bir biçimi olarak kavramsallaştırmış olup; 10 yaşından büyük çocuklar için bu tanının ihtiyatla kullanılmasını önermektedir (115). Son zamanlardaki çalışmalarda, DEHB'nda komorbiditenin sıkça gözlendiği ve özellikle de KGB birlikteliğinin %30-95 arasında değiştiği belirtilmektedir. Çalışmamıza katılan çocukların, %62.9'unun DEHB ve %37.1'inin DEHB'na binişik KGB tanısı aldığı saptanmıştır. Bu bulgu kaynak verileriyle uyumludur. Çalışmamızdaki KGB binişiklik oranının, kaynaklarda belirtilen oranların alt sınırına yakın olmasının toplumsal farklılıklardan ve tanı kriterlerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (11, 16, 18, 25, 45, 61, 95, 117).

Etiyolojisinde çok çeşitli faktörlerin etkili olduğu düşünülen DEHB'nun KGB ile sık olarak birlikte görülmesi, bu iki bozukluğun benzer etiyolojik faktörlerden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Çocukların kliniğe başvuruları ile komorbidite arasındaki ilişkinin önemli olduğu bilinmektedir. Ayrıca, birden fazla bozukluğu olan bireylerin, yalnızca bir bozukluğu olanlara göre daha fazla yardım isteme arayışı içinde olduğu belirtilmektedir. Klinik tabloda birden fazla bozukluk bir arada oldukça sorunun ciddiyeti artmaktadır. Kliniğe başvuran hastalarda bu nedenle binişiklik oranlarının yüksek olabileceği de ifade edilmektedir (25, 33, 117).

Epidemiyolojik çalışmalarda DEHB, KGB ve DB'nun binişiklik oranları büyüktür. İzleme çalışmalarında, DEHB'nun KGB ve DB gibi bozuklukların gelişiminde büyük risk oluşturduğu ortaya konulmaktadır (18, 38, 81, 115). Yıkıcı davranış bozukluklarının bir spektrum oluşturduğu; bu spektrumun bir ucunda yalnız DEHB, diğer ucunda DEHB+DB'nin bulunduğu ve arada ise, orta şiddette DEHB+KGB olgularının yer aldığı şeklindeki görüşlerle, çalışmamıza katılan çocukların alt tanı gruplarına ilişkin oranları uyum göstermektedir.

KGB ile DEHB birlikteliğinin görülme oranı, klinik ve teorik yönden önem taşımaya karşın, bunu ortaya koymak kolay değildir. Konuyla ilgili çalışmalarda kavram ve yöntem farklılıkları olabilmektedir. Örneklemenin özellikleri, kullanılan sınıflandırma sistemleri, kullanılan değerlendirme ölçekleri, taranan toplumun yaşı, kesim noktaları, veri kaynakları ve veri toplama yöntemleri, görülme oranını etkileyen faktörlerdir. Sonuç olarak görülme oranlarının geniş bir aralık içinde değişkenlik gösterdiği de belirtilmektedir (60, 117).

Tablo II incelendiğinde, araştırmaya katılan annelerin yaş ortalamasının 33.2 ± 5.9 yıl, babaların yaş ortalamasının ise 36.4 ± 6.0 yıl olduğu görülmektedir. DEHB olan çocukların ailelerinin eğitim durumuna baktığımızda, anneler ve babalar arasında eğitim düzeylerinde farklılıklar görmekteyiz. Annelerin %61.4'ü lise ve daha üstü eğitim almışken, bu oran babalarda %84.2'ye kadar çıkmaktadır. Sonuçlarımız kaynaklardaki çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir (78). Türkiye geneline baktığımızda ise, 1999 Devlet İstatistikleri Enstitüsü (DİE) Hane Halkı İş Gücü Anket Sonuç Verilerine göre; evli kadınların lise ve üstü eğitim oranları %16.2'dir (108). Bu da araştırmamıza katılan annelerin ülke genelinin üstünde olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin çoğu (%61.4) çalışmayan (ev hanımı) ve %38.6'sı çalışan kişilerdir. Türkiye genelinde 2000 DİE verilerine göre şehirlerde çalışan kadınların oranı %15.7'dir (108). Çalışmamıza katılan anne grubu, bu anlamda da ülke genelindeki kadın özelliklerinin üstündedir.

Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalaması 9.8 ± 2.2 yıldır. Bu sonuç, DEHB olan çocukların yaş ortalamasına ilişkin kaynak verileriyle uyumludur. DEHB'nun başlangıcı, genellikle 3 yaşından önce olmakla birlikte, kesin tanı için ilkokul yılları en uygun zamandır. Bu yıllarda eğitim ve öğrenim için dikkatin toparlanmasına ve yoğunlaşmaya gereksinim duyulmaktadır. Belirtiler 7 yaşından önce başlamasına karşın, tanı konulabilmesi için gözlenen belirtilerin ev ve okul gibi iki farklı ortamda bulunması gerektiği belirtilmektedir (9). Çalışmalarda DEHB'nun 6-10 yaş arasında en yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (85, 104).

Cinsiyet ile DEHB ve DEHB+KGB grupları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak sınırda anlamlılığı olan bir fark bulunmuştur ($p=0.05$). Çalışmamızdaki DEHB olan kızlarda KGB binişiklik oranı % 66.7 iken, DEHB olan erkeklerde KGB binişiklik oranı % 32.8'dir (Tablo III). Bu veriler binişiklik oranının, kızlarda erkeklerden iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Bazı çalışmalarda DEHB ile KGB birlikteliğinin, erkeklerde kızlardan daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (18, 25, 38, 103, 104). Bununla birlikte bu konuda bir farklılığın olmadığını söyleyenler (25, 38, 104) olduğu gibi, kızlarda daha fazla olduğunu söyleyenler de mevcuttur (120). Bizim çalışmamızdaki veriler de DEHB olan kızlarda daha fazla KGB binişiklik görülme oranı gösteren kaynak verilerini desteklemektedir. Ancak çalışmaya alınan kız oranının düşük olmasının da bu sonucu etkilediği düşünülebilir.

Anne-baba yaşı, çocukların yaşı ve kardeş sayısı ile DEHB ve DEHB+KGB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo III). Araştırmaya katılan anne-babaların yaşı ile çocuğun gösterdiği karşı gelme, aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkatsizlik puanları arasında da fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kaynaklarda anne-babaların yaşı, çocukların yaşı ve kardeş sayısı bakımından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadığını belirten çalışmalar vardır ve bizim çalışmamız da bu çalışmalarla uyumludur (19, 25). Bununla birlikte

DEHB ile KGB'nun çocuğun yaşına bağlı olarak bazı değişik görünümsergileyebileceği de bazı kaynaklarda belirtilmektedir (38, 103).

Anne-baba mesleği ve eğitimi ile DEHB ve DEHB+KGB grupları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo III). Bununla birlikte DEHB olan çocuğun doğup büyüdüğü çevreyle ilişkilerin, etkileşim içinde olduğu kişilerin eğitim düzeyinin ve ailenin sosyoekonomik durumunun çocukları etkilediği belirtilmektedir (5, 20).

IV.2. Empati Ölçekleri ile İlgili Tartışma

Tablo IV incelendiğinde, anne ile babanın EBÖ puanları açısından benzerlik olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bu benzerlik eşlerin birbirinden etkilendiğini gösterebilir: aynı ortamda bulunan eşlerin model alma yöntemi ile birbirinden etkilenmiş ve öğrenmiş olabileceği düşünülmektedir. Kaynaklarda da, empatinin öğrenilebilir bir yetenek olduğu bildirilmektedir. Empatik varoluş şeklinin empatik kimselerden öğrenilebildiği, doğru empati kurabilme yeteneğinin eğitim yoluyla geliştirilebileceği ve en hızlı da empatik ortamda öğrenildiği ifade edilmektedir. Çalışmamızda da eşlerin empatik beceriyi birbirlerinden öğrenebilecekleri düşünülmekte ve bu da kaynak verileriyle uyumluluk göstermektedir (3, 17, 34, 40, 42).

Çalışmamızda, anne ile babaların puanları benzerlik göstermekle birlikte puan ortalamalarına baktığımızda; babaların EBÖ puan ortalamalarının annelerden daha yüksek olduğu, annelerin ise EEÖ puanları yönünden babalardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo IV). Ceyhan çalışmasında, annelerin empatik eğilim düzeyini babalardan daha yüksek bulduğunu; ancak erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek empati kurma becerisinin olduğunu belirtmiştir (34). Bunun aksini düşünen çalışmalar da mevcuttur (13). Bizim çalışmamız ise Ceyhan'ın çalışması ile uyumludur. Annelerin empati eğilim düzeyinin hafif yüksek oluşu; annelik yönleri, cinsiyete özel belirlenmiş rol kalıplarında davranmalarından, hassas duygulanımlarından ve sosyal duyarlılıklarından kaynaklanabilir.

Tablo V'te anne-babaların eğitim düzeyi ile empati puanları karşılaştırılmıştır. Yüksek okul mezunu annelerin empati puanlarının ilköğretim düzeyinde eğitim alan annelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yüksek okul mezunu anneler ile ilköğretim mezunu annelerin empatik beceri ve eğilim puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu da annelerin eğitim düzeyinin empatik beceri ve eğilim üzerinde ne kadar yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, annelerin EBÖ ve EEÖ düzeyleri eğitimden etkilenirken, babalarda böyle bir etki görülmemektedir. Kaynaklarda, eğitim dışında da çok sayıda değişken ile empatik beceri ve eğilim arasında ilişki bulunduğu belirtilmektedir. Bu nedenler babayı etkilerken, anneleri etkilemeyebilir. Yapılan çeşitli araştırmalarda, kişilerin empati düzeylerinin çeşitli karakteristik özelliklerden (yaş, cinsiyet, zeka, kişilik özelliği, aile ortamı, evlilik durumu, ebeveyn tutumları, eğitim düzeyi, yaşanan yer, çalışma alanı, çalışma yılı vs.) etkilendiği belirtilmektedir (13, 34, 37, 41, 79, 120).

Bu çalışmada, anne ve baba yaşı ile empati beceri ve eğilim puanları karşılaştırıldığında; aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş açısından da incelendiğinde kaynak verileriyle uyumluluk göstermemektedir. Bunun nedeni empatiyi etkileyen başka faktörlerin de olması ile açıklanabilir.

Yine empati düzeyini etkileyen önemli faktörlerden bazıları, ebeveynlerin çalışma durumu, çalışma alanı ve çalışma yılı olarak belirtilmektedir (13, 34, 37, 41). Bunlardan özellikle insanla etkileşim içinde bulunan meslek üyelerinin empati yeteneklerinin; ilişkide bulundukları kişilerdeki bireysel farklılıkları anlamalarına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bilişsel ve duygusal empati ile kişilik özellikleri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. İnsanlarla doğrudan ilişkileri olan ve mesleki eğilimleri sırasında karşısındaki kişinin rolünü alabilmeyi kolaylaştıran mesleklerin diğerlerine oranla empatik becerileri daha yüksek bulunmuştur (79). Çalışmamızda aktif olarak ücretli bir işte çalışan anneler ile ev-hanımı olan annelerin EBÖ ve EEÖ düzeyleri karşılaştırılmıştır. Empati beceri düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaz iken, aktif olarak ücretli bir işte çalışan annelerin empati eğilim puanlarının, ev hanımlarına oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo VI). Çalışan annelerin mesleki dağılımları incelendiğinde %59,2'si öğretmen ve hemşirelerden oluştuğu görülmektedir ve bu grupların EEÖ puanları da yüksek düzeyde bulunmuştur.

Empatik eğilim, bireyin günlük yaşamda empatik iletişim kurma potansiyeli olarak tanımlanmaktadır. Empatik beceri duygusal ve bilişsel alanları içerirken, empatik eğilimin daha çok duygusal öğeleri içerdiği görülmektedir. Günlük yaşamdaki ilişkilerinde yardım etme isteği fazla olan kişilerin, bireysel farklılıklar göstermesine rağmen, empatik eğilimlerinin fazla olduğu görülmüştür (4, 37, 41, 42, 79).

Tablo VII incelendiğinde, DEHB olan çocukların anne babalarının empati düzeylerinin KGB binişikliğine doğrudan etkisi olmadığı saptanmıştır. Bununla beraber, anne-babaların EEÖ puanlarının, DEHB olan çocukta KGB binişiklik olma durumunu etkileyen ADÖ'de sağlıksızlık yarattığı düşünülmektedir. Aynı zamanda annelerin EEÖ puanlarının düşük olması çocuğun DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçeği "Dikkat Eksikliği" puanlarını olumsuz yönde etkilemektedir ($p<0.05$) (Tablo XVIII).

Empati anlayışının olmadığı ortamlarda yetişen çocukların yaklaşık % 40'ında saldırgan davranışların görüldüğü ve bu çocukların ergenlik döneminde antisosyal davranışlar geliştirdiği belirtilmektedir (5, 75, 87, 103, 109). DEHB çocuğu olan annelerin çocukları ile daha fazla çatışma içinde oldukları ve daha sinirli davrandıkları ve genel olarak olumsuz iletişime sahip oldukları belirtilmektedir.

Anne-babaya ait empati ile çocuklara sağlanan bakım arasındaki pozitif bir ilişkiden söz edilmektedir. Ceyhan, empati düzeyi yüksek olan çocukların, düşük empati düzeyine sahip olan çocuklara göre daha az saldırgan olduğunu görmüştür (34). Bu literatürün ışığında, empatinin öğrenildiği hesaba katıldığında aile ortamında empati atmosferini yaşayan çocukların daha empatik ve uyumlu olacağı söylenebilir. Eroğlu, empatik eğilim düzeyi yüksek annelerin çocuklarının "Genel Uyum" düzeyleri ile "Kişisel Uyum Düzeyleri"ni yüksek olarak bulmuştur (48). Wyman ve arkadaşları, stres altındaki çocukların aile özelliklerini inceleyen epidemiyolojik çalışmasında; anneleri tarafından anlaşılan çocukların stresten etkilenme durumunun az olduğunu söylemektedir (116).

IV.3. Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği ile ilgili Tartışma

Bu bölümde aile işlevlerindeki bozukluğun DEHB/DEHB+KGB etyolojisindeki rolünü belirlemek ya da bu bozuklukların aile işlevleri üzerine etkisini incelemek amacıyla, ailelere uygulanan ADÖ'ne ilişkin sonuçlar görülmektedir.

“Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgii Gösterebilme, Davranış Kontrolü, Genel Fonksiyonlar” alt ölçeklerinden oluşan ADÖ, aileyi en iyi değerlendirebilecek olan, anne ve babalara uygulanmıştır.

Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeğinin bütün alt basamak puanları yönünden, anne ile babaların puanları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yani anne ve babalar, aile fonksiyonlarını değerlendirirken aynı yönde bildirimde bulunmuşlardır. Bu da aynı aileden ayrı kişilerden alınan bilgiler ile ilgili olarak, ailenin fikir birliğini göstermekte olup, elde edilen verilerin güvenilirlik ve geçerlilik anlamında birbirlerini desteklediğini düşündürmektedir (Tablo VIII).

Aile sistemi içinde üyeler her biri diğerlerine ilişkiler yoluyla bağlıdır. Dolayısıyla sistem içinde oluşacak herhangi bir bozukluk diğer parçaları da etkilemektedir. Ailede sorunlu bir bireyin bulunmasının, aile işlevlerinde bazı bozulmalara neden olabileceği ve diğer aile üyelerini de olumsuz yönde etkileyeceği belirtilmektedir (2, 27, 29, 30).

Çalışmamızda, anne-baba eğitim düzeyi ile ADÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak kaynaklarda anne-babaların eğitim düzeyi yükseldikçe, çocukta olumlu davranışlar ve sağlıklı bir benlik geliştirebilecek sözel ödüllendirme ve cezalandırma yöntemlerinin daha çok kullanıldığı belirtilmektedir (34). Eğitim düzeyinin önemli bir faktör olmakla birlikte aile işlevlerinin üzerine doğrudan bir ilişkisi olmadığı düşünülmektedir.

Ailedeki çocuk sayısı ile ADÖ puanları karşılaştırıldığında da, çocuk sayısı arttıkça ailede “Roller” alanında sağlıksızlık bildirimi artmaktadır. Roller; ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Bu konularda işlevsel bir aile çocukların ve ebeveynin bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş ailelerdir (5, 29, 30). Çalışmamızda belirlenen iki ve daha fazla çocuğu olan ailelerin, tek çocuklu ailelere göre daha fazla sorun yaşaması bulgusu, ailelerin DEHB olan çocuğa ilgi ve dikkatlerini daha yoğun bir şekilde verebilmeleri ve ortaya çıkan sorunlarla daha kolay baş edebilmeleri ile açıklanabilir. Öte yandan DEHB’nun, kardeşlerde görülme oranının da yüksek olması bu sonucu etkilemiş olabilir (103). Bu bulgu anne-babaların çocuklarına karşı tutumlarının, ailedeki çocuk sayısı, tarafından

etkilediğini belirten kaynak verileriyle uyumludur (34). Aile de çocuk sayısı arttıkça “roller” alanında sorun bildiriminin de artmış olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklarda, psikiyatrik bozuklukların oluşumu açısından ailenin işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirebilmesi incelendiğinde, aile işlevleri sağlıklı olan ailelerde, psikiyatrik bir bozukluğun ortaya çıkma olasılığının, bu işlevleri sağlıklı bir biçimde yerine getirebilen ailelere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (64). Ancak, ailede hasta bir kişinin bulunmasının aile işlevlerinde bozulmalara neden olabileceği de ele alınan önemli bir konudur (2, 27, 30, 64, 112). Dolayısıyla aile işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getiremeyen ailelerde, DEHB'nun ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olabileceği ya da DEHB olan bir çocuğun bulunduğu ailelerde de işlevlerin tam olarak yerine getirebilmesi güç olacağından aile işlevlerinde bozulmalara yol açabileceği düşünülmektedir.

Tablo IX ve Şekil I'de KGB binişikçi olan ya da olmayan bütün DEHB olan çocukların anne-babalarının aile işlevlerinde sağlıksızlık bildirme durumuna baktığımızda; sırasıyla “Gereken İlgiyi Gösterebilme” daha sonra “Roller”, ardından da “Duygusal Tepki Verebilme” alanlarında olmak üzere ve aile işlevlerinin altı boyutunu da kapsayacak şekilde bilgi veren “Genel Fonksiyonlar” alanında sağlıksızlık ifade etme oranları yüksek olarak saptanmıştır.

Kaynaklarda olumsuz aile işlevlerini yüksek riskli çocuklarda, psikopatoloji ve fonksiyon bozukluğu gelişmesinde önemli bir çatı oluşturduğu belirtilmektedir (62). Ayrıca, DEHB olan çocukları normal kontrol grubu karşılaştıran çalışmalarda, bu çocukların olumsuz aile faktörlerine ve kendi çocukluk deneyimlerine sahip olduğu belirtilmektedir. Bunların bir uyum bozukluğuna ve psikiyatrik, bilişsel, fonksiyonel bozukluklara yol açtığı vurgulanmaktadır (1:20, 62).

DEHB olan ailelerin, işlevlerini sağlıklı olarak yerine getirebilme durumuna bakıldığında; araştırmamıza katılan bütün DEHB olan çocuklara sahip anne-babaların “Gereken İlgiyi Gösterebilme” anındaki puan ortalaması ve oranları sağlıksızlığı göstermektedir (Tablo VIII, IX). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu, KGB binişikliği olsun ya da olmasın bütün DEHB'ü olan çocukların ailelerinin bu alanda sorunları olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, aile işlevlerinde bu alanda sorun olmasının DEHB'nun etiyolojisinde rol oynayıp oynamadığı sorusunu akla getirmektedir. Öte yandan DEHB olan çoğu olan ailelerde daha sonradan bu

sorunların başladığı da düşünülebilir. Normal işlevsel olan bir ailenin bu konuda sağlıklı olması beklenmektedir (2, 18, 20, 62).

Tablo X incelendiğinde babalar, annelere göre "Problem Çözme" basamağında daha fazla sorun bildirmişlerdir. Annelerin ise "Davranış Kontrolü", "Gereken ilgiyi gösterebilme", "Duygusal Tepki Verebilme", alt basamaklarında daha fazla oranda sağlıksızlık ifade ettikleri görülmüştür. Bu bulgular, annelerin çocuklarına sınır koyamaması, babaların otoriter ve babanın anneyi bu konuda suçlaması ile açıklanabilir (111).

DEHB+KGB ile yalnızca DEHB'na sahip çocuğu olan ailelerin işlevleri karşılaştırılmıştır. Komorbid KGB oluşuna göre anneler temel problemin "Davranış kontrolü"nde olduğunu belirtmişler (Tablo XI). Babalar ise ana sorunun "gereken ilgiyi gösterme" ile ilişkili olduğunu belirttikleri gözlenmiştir (Tablo XII). Anne-baba ADÖ ölçek puan ortalamaları alınıp aile bildirim karşılaştırıldığında KGB oluşunda temel etmen olarak "davranış kontrolü"ndeki sağlıksızlık ortaya çıkmaktadır (Tablo XIII).

Davranış kontrolü, aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Kontrolün esnek, katı, sebest ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekte ele alınmaktadır. Otoriter, ilgisiz, tutarsız, aşırı hoşgörölü anne-baba tutumlarının ve sosyoekonomik düzey düşüklüğü gibi faktörlerin bu bozukluklara neden olabileceği konusunda çalışmalar bulunmaktadır (1, 5,16, 19, 38, 55, 103, 110). Lewis-Abney, anne-baba yeterliliği ve çocukları kontrol etebilme yönünden bu ailelerin işlevlerinde bozukluk bulduklarını belirtmiştir (68). Bu sonuç bizim çalışmamızda da ortaya çıkan "Davranış Kontrolü" alanında sorun bildirimine uyumludur.

Kaynaklarda, KGB'nun çocuğa karşı çokça katı tutum izleyen anne-babaya bir tepki olarak ortaya çıktığı varsayılmaktadır Davranışçı görüşe göre karşı gelme öğrenilmiş bir davranış olup, çocuğun otorite figürleri üzerinde kontrol koyma çabası sonucu gelişir. KGB gösteren çocukta prognoz ise, büyük ölçüde anne-baba işlevlerinin hangi düzeyde olduğundan ve başka bozukluğun olup olmamasından etkilenmektedir (55).

"Gereken ilgiyi göstermeme" anne-babanın ilgisizlik veya aşırı koruyuculuk-müdahalecilik tarzında kendini göstermektedir. İlgisizlik durumunda çocuğun olumsuz davranışlarının düzeltilmesinde ve özdeşim süreci olunmakta eksiklikler söz konusu

olacaktır. Bu durum çocuğun davranışlarını nasıl ayarlayacağı konusunda eğitim eksikliği anlamına gelir ki sorun davranışların nedeni olarak açıklanabilir. Aynı şekilde aşırı ilgi anlamında kullanılan aşırı koruyuculuk-müdahalecilik anne-baba-çocuk ilişkilerinde sınır problemine ve tepkiselliğe neden olacaktır. Çalışmamızda babalar aileyi temel problem olarak bu alanda suçlamaktadır (Tablo XII). Yapılan bir çalışmada annenin sıkıntısının fazlalığının, şefkat eksikliğinin ve eleştirisinin çocuklardaki DEHB ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (19).

Ayrıca, DEHB olan olgularda anne-baba ve çocuk ilişki sorunlarının KGB binişikliğinden kaynaklanabileceği ya da tersine bu tür ilişki sorunlarının çocukta sonradan KGB'na yol açabileceği öne sürülmektedir (18, 61). Ancak bizim çalışmamızda KGB olan ya da olmayan, DEHB gruplarda "iletişim" alt basamağında sorun ifade edilmemiştir. Pekcanlar ise DEHB olan grupta binişik yıkıcı davranış bozukluklarının %13-76 gibi yüksek oranlarda bulmasına karşın, iletişim sorunlarının düşük oranlarda olduğunu belirtmektedir (85). Bizim çalışmamızda DEHB ve DEHB+KGB olan olgularda ADÖ'nün "iletişim" alanında bu ailelerin sorununun olmaması Pekcanlar'ın çalışması ile uyumludur.

Ayrıca empati puanlarının gruplar arasında farklı bulunmamasının bir nedeni olarak "iletişim" alanında sağlıksızlık göstermemesi olduğu düşünülebilir.

IV.4. Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçek (YDBÖ) Puanları ile ilgili Tartışma

Tablo XIV'de DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin (YDBÖ) alt basamakları, binişik KGB tanısı alan ve almayan DEHB olan çocuklarla karşılaştırıldığında; DEHB+KGB tanısı konan çocuklarda aşırı hareketlilik-dürtüsellik ve karşı gelme toplam puanları DEHB grubuna oranla önemli derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hem öğretmen hem de anneler tarafından DEHB/KGB olan çocukların "Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellik" ve "Karşı Gelme" puanlarının toplamalarının yalnızca DEHB olan gruba göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı yükseklik dikkat eksikliği puanlarında görülmemektedir. Bu durum, bu alanların gözlenebilir davranışların daha kolaylıkla tanınmasını gösterdiği gibi kaynaklarda KGB binişiklik gelişmesinin DEHB

olan çocuklarda bozukluğun şiddetini artıran önemli bir etken olduğu belirtilen kaynak verileriyle uyumluluk göstermektedir (12, 15, 33, 40, 88, 103).

Tablo XV’de anneler ile öğretmenler, YDBÖ değerlendirmeleri açısından karşılaştırıldığında, YDBÖ’nin alt basamağı olan “Dikkat Eksikliği Puan Toplamı” ve “Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellik Puan Toplamı” arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ancak aynı korelasyon “Karşı Gelme Puan Toplamı” arasında bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durum, çocuklarda kolaylıkla fark edilebilen akademik başarı ve aşırı hareketlilik-ataklık belirtilerinin hem anne hem de öğretmen tarafından kolay izlenmesiyle açıklanabilir.

Kaynaklarda, çocuğun anne ve öğretmen ile geçirdiği sürenin farklı olması, sınıftaki kişi sayısının eve göre fazla olması, çocuğun bulunduğu ortamda kendisini rahat hissedip hissetmemesi, annenin ve öğretmenin kişilik yapısı, hoşgörüsü ve annenin bu belirtilerin kendi çocuğunda olmasını kabullenememesi gibi faktörlerin anne ve öğretmenin puanlama tarzını değiştirebileceği belirtilmektedir (45, 111).

Bazı araştırmalarda DEHB olan çocuğun ev dışında bir ortamda daha fazla söz dinlediğini ve hiperaktivite belirtilerini daha az sergilediğini belirtmektedir. Bu açıdan baktığımız da okul ortamında karşı gelme belirtilerini bu nedenlerden dolayı farklı sergilenmesi doğaldır (111).

Tablo XVI’da Anne/ Öğretmen Bildirimine Göre Yıkıcı Davranış Bozuklukları Ölçeği Değerlendirildiğinde, “Dikkat Eksikliği”, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik”, “Karşı Gelme” puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kaynaklarda bozukluk belirtilerinin çoğunlukla birlikte görüldüğü belirtilmektedir (44, 46, 69, 86, 91, 103, 105).

Tablo VI’da, YDBÖ’nden aldıkları puanlar ile annelerin çalışma durumu karşılaştırıldığında, çalışan annelerin çocuklarında, ev hanımlarının çocuklarına oranla DEHB puanlar daha yüksek bulunmuştur. Ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ev hanımı annelerin çocuklarının DEHB puanlarının daha düşük olarak bulunmasında, bu annelerin çocuklarının bakım ve büyümesinde bizzat rol alması, çocuklarına daha kolay ulaşabilmeleri ve onlara fazla zaman ayırabilmeleri, bu arada da çocuklarını daha iyi gözleyebilmeleri etken olmuş olabilir.

IV.5. Ölçeklerin Birbirleri ile Korelasyonları ile İlgili Tartışma

Tablo XVII'de anne ve babaların empati ölçekleri puanları ile ADÖ'nin puanları karşılaştırıldığında, anne empati becerisi ile aile işlevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak anne empati eğilimi ile "Duygusal Tepki Verebilme" arasında ters ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Baba empati eğilimi incelendiğinde ise "Problem Çözme" alanında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$), diğer "İletişim", "Roller", "Duygusal Tepki Verebilme", "Gereken İlgiyi Gösterebilme", "Davranış Kontrolü", "Genel Fonksiyonlar" alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak ters ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Annenin empati eğilim düzeyinin düşmesi ile aile işlevlerinden "Duygusal Tepki Verebilme" alanında sağlıksızlık puanlarında bir artış saptanmıştır. "Duygusal Tepki Verebilmenin", aile üyelerinin her türlü uyaranlar karşısında en uygun tepkiyi göstermesi ve her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle ve hareketle ifade edebilmesi anlamına geldiği belirtilmektedir. Dökmen, empati eğilimi düşük bireylerin, genelde insanlara olumsuz tutum besleyen, çatışmaya uygun kişilik yapısına sahip bireyler olduğu ve egosentrik iletişime girme eğilimlerinin yüksek olduğunu belirtmektedir (40).

Kaynaklarda, "Empatik Eğilim" sosyal duyarlılık olarak da tanımlanmaktadır. Sosyal duyarlılığın ise bir kişilik özelliği olduğu ve herkeste bulunmadığı, sosyal duyarlılığa sahip bireylerin daha fazla empatik olabilecekleri ve empatiyi kolayca öğrenebilecekleri belirtilmiştir (37, 40, 41, 79).

Bu bilgilerden yola çıkarak, empati eğiliminin aile işlevlerini etkileyeceği açıktır. Ancak neden babanın empati eğiliminin düşük düzeyde olması ADÖ'nin hemen her alanında sorun ortaya çıkarırken aynı durum annelerin empati eğiliminin düşük olmasında görülüyor sorusunu akla getirmektedir. Bunun nedeni aile reisi olarak toplumumuzda babaların baskın bir rol almasıyla açıklanabilir. Vanlı, ailede babanın baskın olmasını, onun fiziksel olarak güçlü ve aileyi disipline eden kişi rolüyle açıklamaktadır (111).

Tablo XVIII'de empati ölçekleri ile çocuğun DEHB belirtilerini değerlendirme arasındaki ilişkiler karşılaştırıldığında; Anne EEÖ puanı ile çocuğun "Dikkat Eksikliği" arasında ters ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p>0.05$). Diğer parametreler arasında

anlamalı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda YDBÖ puanlarına göre, DEHB olan çocukların annelerinin empati eğilim düzeyi düştükçe, çocuklarda dikkat eksikliği puanında artış olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgu EEÖ puanı düşük annelerin sosyal duyarlılığının az, kendisi dışındaki insanlara olumsuz tutum besleyen, egosentrik, çatışmaya uygun kişilikte olmalarıyla açıklanabilir (37, 40, 41, 79).

Anne-babanın empati puanları ile ADÖ puanlarının birlikte ele alınarak DHB+KGB üzerindeki belirleyici rolü araştırıldığında, EBÖ ve EEÖ değerlerinin etki dışarıda bırakıldığında, "Davranış Kontrolü" ($p<0.005$) ve "Genel Fonksiyonlar" ($p\leq 0.050$) alt ölçeklerinde sağlıksızlık olmasının DEHB+KGB binişikliğinin göstergesi olduğu söylenebilir.



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. Araştırmaya Katılan Çocuklar ve Anne-Babalarının Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Sonuçlar

- Çalışmaya katılan DEHB olan çocukların yaklaşık 2/3'si erkektir (Tablo I).
 - DEHB tanısı konmuş çocukların çoğunun bir kardeşi olduğu görülmüştür.
 - Tüm çocukların yaş ortalaması 9.8 yıldır. DEHB olan grubun yaş ortalaması 10.0 yıl iken, DEHB+KGB grubunun yaş ortalaması 9.5 yıldır.
 - Çalışmaya katılan çocuklarda en fazla görülen DEHB tipi, "Birleşik tip"tir.
 - DEHB çocukların %37.1'i komorbid KGB tanısı almıştır (Tablo I).
 - DEHB olan kızların 2/3'ünde komorbidite olarak KGB tanısı mevcut iken; erkeklerin 1/3'i komorbid KGB tanısı almıştır. Cinsiyetler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak sınırda önemli bir fark bulunmuştur ($p \leq 0.05$), (Tablo III).
 - Çocukların ve anne-babanın yaşı, kardeş sayısı, anne-baba eğitimi ve mesleği açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (Tablo III).

IV.1.2. Empati Ölçekleri ile İlgili Sonuçlar

- Anne ile babaların EBÖ düzeyleri açısından benzerlik mevcut olup babaların EBÖ puanları annelere oranla daha yüksek bulunmuştur (Tablo IV).
- Anne ile babaların EEÖ düzeyleri arasında önemli bir ilişki bulunamamış olmakla birlikte annelerin EEÖ puanları babalara oranla daha yüksek bulunmuştur (Tablo IV).
- Anne ve baba yaşı ile empati beceri ve eğilim puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır.
- EBÖ ile EEÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır.

- Aktif olarak ücretli bir işte çalışan annelerin EEÖ puanları, çalışmayan annelere oranla daha yüksek bulunmuştur (Tablo VI).
- Aktif olarak ücretli bir işte çalışan annelerin çocuklarında DEHB belirtileri, çalışmayan annelerin çocuklarına oranla daha yüksek olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (Tablo VI).
- DEHB olan çocuklara sahip anne-babalar ile DEHB+KGB çocukları olan anne babaların empati puanları arasında bir fark bulunmamıştır (Tablo VII).

IV.1.3. Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği ile ilgili Sonuçlar

Araştırmaya katılan ailelerin işlevlerini incelemek amacıyla ADÖ'nin "Problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar" alt ölçekleri değerlendirilmiştir.

- Araştırmaya katılan anne ile babaların, aile işlevleri değerlendirme ölçeğinin bütün alt ölçek puanları yönünden, anne ile babaların puanları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo VIII).
- Anne-baba eğitim düzeyi ile ADÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır.
- Ailelerdeki çocuk sayısı arttıkça anne/aile bildirimi ADÖ'den "Roller" ve "Duygusal Tepki Verebilme" puanları sağlıksızlık yönünde artış göstermiştir.
- Araştırmaya katılan ailelerin tamamında "Gerekten İlgiyi Gösterebilme" alanındaki puan ortalaması sağlıksızlığı göstermektedir (Tablo VIII).
- Bütün grubun aile işlevlerinde sağlıksızlık bildirme durumuna göre; ilk sırayı "Gerekten İlgiyi Gösterebilme" daha sonra "Roller", ardından da "Duygusal Tepki Verebilme" alanlarında ve aile işlevlerinin altı boyutunu da kapsayacak şekilde bilgi toplayan "Genel Fonksiyonlar" alanında sağlıksızlık saptanmıştır (Tablo IX, Şekil 1).
- ADÖ'nde sağlıksızlık bildirme durumuna göre; babaların, "Problem Çözme" alt basamağında; annelerin ise "Duygusal Tepki Verebilme", "Davranış Kontrolü" alt basamaklarında daha fazla oranda sağlıksızlık ifade ettikleri görülmüştür (Tablo X).

- DEHB ve DEHB+KGB olma durumuna göre; DEHB+KGB olan grubun aileleri (anne-baba) “Gereken İlgiyi Gösterme” ve “Davranış Kontrolü” alanlarında, DEHB grubuna göre daha fazla sağlıksızlık bildirmişlerdir (Tablo XI,XII,XIII).

IV.1.4. Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçek (YDBÖ)

Puanları ile İlgili Sonuçlar

- DEHB+KGB tanısı konmuş çocukların YDBÖ alt ölçeklerinden olan aşırı hareketlilik-dürtüsellik ve karşı gelme toplam puanları DEHB grubuna oranla önemli derecede yüksek bulunmuştur(Tablo XIV).
- Anneler ile öğretmenlerin YDBÖ'nin alt ölçeklerinden “Dikkat Eksikliği Puan Toplamı” ve “Aşırı Hareketlilik-Dürtüsellik Puan Toplamı” arasında ilişki bulunurken “Karşı Gelme Puan Toplamı” arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (Tablo XV).
- Araştırmaya alınan çocukların YDBÖ değerlendirildiğinde, “Dikkat Eksikliği”, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik” ve “Karşı Gelme” puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo XVI).

IV.1.5. Ölçeklerin Birbirleri ile Korelasyonları ile İlgili Sonuçlar

- Anne ve babaların empati ölçekleri ile ADÖ'nin alt basamakları karşılaştırıldığında, anne-babaların EBÖ puanları ile ADÖ puanları arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, annenin EEÖ düzeyi düştükçe ADÖ'nin “Duygusal Tepki Verebilme” alanında sağlıksızlığın arttığı saptanmıştır (Tablo XVII).
- Babanın EEÖ düzeyi düştükçe ADÖ'nin “Problem Çözme” dışında bütün ADÖ alanında sağlıksızlığın arttığı saptanmıştır (Tablo XVII).
- Annenin EEÖ düzeyi düştükçe çocuğun dikkat eksikliği sorunlarının arttığı saptanmıştır (Tablo XVIII).
- Aile işlevleri ve anne-babaların empati düzeylerinin, DEHB ile DEHB+KGB olan gruplar üzerindeki belirleyici etkisine baktığımızda; DEHB+KGB olan grubun anne-babalarının, ADÖ'nin “Davranış Kontrolü” deki sağlıksızlığın belirleyici rol oynadığı gözlenmektedir.

IV.2.ÖNERİLER

1. Hemşireler, eğitim yıllarından itibaren DEHB ve komorbid gelişebilecek davranış sorunlarının çocuk, aile ve toplum üzerine olan etkisini bilmelidir. Hemşirelerin çalıştıkları her alanda (okul sağlığı, çocuk sağlığı, halk sağlığı ve psikiyatri hemşireliği) DEHB yönünden çocukta gözledikleri davranışları değerlendirerek uygun sağlık bakım merkezlerine yönlendirmelidir. Bu amaçla hemşirelerin eğitim, danışmanlık becerilerini geliştirecek çeşitli sertifika ve hizmet içi eğitim programları sağlanmalıdır.

2. Hemşirelerin çocuk ve ailelere yapacağı eğitim ve danışmanlık hizmetinin, DEHB olan çocuklarda olabilecek problemleri azaltmada, yıkıcı davranış sorunlarını önleme açısından önemli olabileceği düşünülmektedir.

3. DEHB'nun hemşirelik bakımının temeli, ailenin desteklenmesine yöneliktir. Bireysel ve grup çalışmaları yapılarak, ailelerin çocuğunun tedavisine etkin katılımı sağlanmalı, çocuğun olumsuz, davranışları ile baş etme yöntemleri geliştirilmeli ve sağlıklı aile iletişimini devam ettirebilmelerinde yardımcı olunmalıdır. Uzman hemşireler tarafından DEHB olan çocukların ailelerine yapılan ev ziyaretlerinin çocuğun uyumunu ve başarısını artırma yönünden yararlı olacağı düşünülmektedir.

5. Çocukların ve genel olarak ailenin sağlığına olan olumsuz etkileri düşünüldüğünde bu alanda daha fazla sayıda ve farklı gruplarda daha ileri araştırmaların yapılmasının yararlı olacağı değerlendirilmektedir.

Toplumda DEHB olan çocuk ve aileler ile yapılan çalışmalarda, bu bozukluğun etiyolojik nedenlerine, seyrine, çocuk ve ailenin biyo-psikososyal yaşamına etkisi, gidişi, aile, çocuk ve hastalığın sonuçlarına yönelik ileri epidemiyolojik araştırmalar yapılabilir. DEHB ile ilişkili komorbidite oluşma nedenlerinin ve diğer değişkenlerin belirlenmesi, çocuk ve ailelere verilecek hemşirelik hizmetlerini olumlu yönde etkileyecektir.

DEHB tedavisinde psikososyal yaklaşımlar kullanılarak, izleme çalışmaları yapılmalıdır. Bu çalışma sonunda oluşan değişimi 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 bilimsel araştırmalar faydalı olabilir.



V. ÖZET

Bu çalışma, GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran DEHB tanısı konan çocukların anne-babalarının empati düzeyi ve aile işlevlerine ilişkin özellikleri tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır. Bu araştırma çerçevesinde, DEHB olan çocuklar ile KGB komorbid tanısı alan çocukların anne-babalarının empati düzeyleri ve aile işlevleri değerlendirilerek karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya DSM-IV kriterlerine göre DEHB tanısı konan 7-15 yaş arası 70 çocuk ve onların ebeveynleri alınmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan bilgi toplama formu, anne-babalara uygulanan Aile Değerlendirme Ölçeği, Empati Beceri ve Empati Eğilim Ölçeği ve klinisyen tarafından anne ve öğretmene uygulanan DSM-IV'e dayalı "Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği" ile toplanmıştır. DEHB olgu grubu bütünü aile işlevleri ve empati yönünden değerlendirildikten sonra, olgular komorbid KGB tanısı alıp almamalarına göre iki gruba ayrılarak aile işlevleri ve empati yönünden incelenmiştir.

DEHB olan çocukların %37.1'i komorbid KGB tanısı konmuştur. Araştırmayı oluşturan DEHB tanısı konan çocuklara sahip ailelerin, aile işlevlerinde sağlıksızlık bildirme durumuna göre; ilk sırayı "Gereken İlgiyi Gösterebilme" daha sonra "Roller", ardından da "Duygusal Tepki Verebilme" ve "Genel Fonksiyonlar" alanlarında sağlıksızlık saptanmıştır. Ailenin sosyo-demografik özelliklerinden ailelerdeki çocuk sayısı arttıkça "Roller" ve "Duygusal Tepki Verebilme" puanları sağlıksızlık yönünde artış göstermiştir. DEHB+KGB olan grupta "Gereken İlgiyi Gösterme" ve "Davranış Kontrolü" alanlarında, DEHB grubuna göre daha fazla sağlıksızlık saptanmıştır.

DEHB ile DEHB+KGB tanısı almış çocukların anne babaları empati puanları açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Ancak annenin empati eğilim düzeyinin düşmesine paralel olarak aile işlevlerinden "Duygusal Tepki Verebilme" alanında sağlıksızlığın arttığı saptanmıştır. Babanın empati eğilim düzeyinin düşmesi ile aile işlevlerinde problem çözme dışında diğer alanlarda sağlıksızlığın arttığı görülmüştür. Ayrıca anne empati eğilim puanı düştükçe çocuğun dikkat eksikliği sorunlarının da arttığı saptanmıştır.

VI. SUMMARY

In this study, the empathic skills and tendencies of parents and the family functions for the children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) were assessed in the Child Psychiatry and Mental Health outpatient clinic of Gülhane Military Medical Academy. This study was designed as descriptive.

In this research, the family functions and empathic levels of parents of the children with ADHD and of the parents of the children with ADHD / co-occurrence of ODD were evaluated and compared to each other. 70 children who were 7-to-15 years old and had ADHD according to DSM IV criteria and their parents were selected for this research. The data were collected through the information sheet formed by the researcher; the Family Assessment Device; Empathic Skill and Tendency Scales for the parents; The Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale for the mothers and the teachers in order to evaluate the children. ADHD was assessed in terms of family functions and empathic levels. Then, this main group was divided into two according to co-occurrence of ODD and compared considering the family functions and empathic levels. Two groups of the children included in this study; subjects with “pure” ADHD (n=44) and ADHD/co-occurrence of ODD (n=26). The data were evaluated through computer.

37.1% of the children had been diagnosed as ODD before the research. According to the parents' (n=70) informing about the abnormalities in the family functions, “Affective involvement”, “Roles” and “Affective responsiveness” were respectively found abnormal. The more children number increases in the family, the more “abnormal roles” and “abnormal affective responsiveness” increase.

For the parents of the group with ADHD+ODD, more abnormalities were found in “Behavior control” and “Affective involvement” when compared to the group with pure ADHD group. When Empathic levels of the parents of the group with pure ADHD and of the group with ADHD+ODD were compared, there was no significance. However, the abnormalities in the function of “Affective responsiveness” were increased in parallel with the decrease in the empathic tendency of the mother. And, as the empathic tendency of the father decreased, abnormalities in all functions except “Problem solving” increased. Also it was found that “Attention deficit” of the children increased found when the empathic tendency of the mother decreased.

KAYNAKLAR

- 1 Abacı,R.: Demokratik, Otoriter ve İlgisiz Olarak Algılanan Ana-Baba Tutumlarının Çocuğun Kaygı Düzeyi ile İlişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1986.
- 2 Ackerman,N.W: The Psychotherapies of Marital Disharmony. The Free Press, USA, 1965.
- 3 Akkoyun,F.: Empatik Anlayış Üzerine, A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, XV. 2:62-69, 1982.
- 4 Akkoyun,F.: Empatik Eğilim ve Ahlaki Yargı, Psikoloji Dergisi, 6, 21:91-97, 1987.
- 5 Alver,B.: Bireylerin Uyum Düzeyleri İle Empatik Becerileri Arasındaki İlişkiler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum,1998.
- 6 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition (DSM II), Washington DC, APA, 1968.
- 7 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM III), Washington DC, APA,1980.
- 8 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM III-R), Washington DC, APA,1987.
- 9 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed (DSM IV), Washington DC, APA, 1994.
- 10 Anderson,J.C., Williams,S., McGee,R., Silva,P.A.: DSM III Disorders in Preadolescent Children, Prevalence in a Large Sample From the General Population, Arch Gen Psychiatry, 44:69-77, 1987.
- 11 Angold,A., Costello,E.J.: Toward Establishing an Empirical Basis for the Diagnosis Oppositional Defiant Disorder, J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:1205-1212, 1996.
- 12 August,G.J., Realmuto,G.M., Joyce,T., Hektner,J.M.: Persistence and Resistance of Oppositional Defiant Disorder in a Community Sample of Children with ADHD J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:1262-1270, 1999.
- 13 Aydın,A.: Empatik Becerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Fae Üniversitesi Sosyal Bilimleri

Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, 1996.

- 14 Aydoğmuş,K., Baltaş,A., Baltaş,Z., Davaslıgil,Ü., Güngörmüş,O., Konuk,E., Korkmazlar,Ü., Köknel,Ö., Navaro,L., Oktay,A., Razon,N., Yavuzer,H.: Ana-Baba Okulu, Remzi Kitabevi, 5. basım, İstanbul, 1995.
- 15 Barkley,R.A., Anastopulos,A.D., Geuvremont,D.C., Fletcher,K.E.: Adolescents with ADHD: Patterns of Behavioral Adjustment, Academic Functioning and Treatment Utilization, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 30:752-761, 1991.
- 16 Barkley,R.A., Fischer,M., Edelbrock,C.S., Smallish,L.: The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: An 8-Year Prospective Follow-Up Study" J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29:546-557, 1990.
- 17 Bayam,G., Şimşek,E.U., Dilbaz,N.: Üç Farklı Meslek Grubunda Empatik Beceri Düzeylerinin Karşılaştırılması, Kriz Dergisi, 3(1-2):205-207, 1995.
- 18 Biederman,J., Newcorn,J., Sprich,S.: Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders, Am J Psychiatry, 148:564-577, 1991.
- 19 Biederman,J., Milberger,S., Faraone,S.V., Kiely,K., Guite,J., Mick,E., Ablon,JS., Warburton,R., Reed,E., Davis,S.G., Impact of Adversity on Functioning and Comorbidity in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34(11):1495-1503, 1995.
- 20 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.
- 21 Biederman,J., Faraone,S., Milberger,S., Guite,J., Mick,E., Chen,L., Menin,D., Mars,A., Ouellette,C., Moore,P., Spencer,T., Norman,D., Wilens,T., Kraus,I., Perin,J.: A Prospective 4-Year Follow-up Study of Attention-Deficit Hyperactivity and Related Disorders, Arch Gen Psychiatry, 53:437-446, 1996.
- 22 Biederman,J., Faraone,S.V., Milberger,S., Jeton,J.G., Chen,L., Mick,E., Grene,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.

- 23 Biederman,J., Faraone,S.V., Taylor,A.: Diagnostic Contiuity Between Child and Adolescent ADHD: Findings from a Longitudinal Clinical Sample, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37:305-313, 1998.
- 24 Bilal,G.: Demokratik ve Otoriter Olarak Algılanan Ana-Baba Tutumlarının Çocuklarının Uyum Düzeylerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1984.
- 25 Bird,H.R., Gould,M., Staghezza,B.: Patterns of Diagnostic Comorbidity in a Community Sample of Children Aged 9 Through 16 Years, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32:361-368, 1993.
- 26 Book,H.: Empathy: Misconceptions and Misuses in Psychotherapy, Am J Psychiatry 145(4):420-424, 1988
- 27 Bosh,M.: Aile Terapisinde Grup, Grup Psikoterapileri Kongre ve Sempozyum Bildirileri Kitabı, Aşama Matbaacılık Sanayi, Ankara, 1988.
- 28 Braaten,E.B., Rosen,L.A.: Self-Regulation of Affect in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) and Non-ADHD Boys: Differences in Empathic Responding, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68:313-321, 2000.
- 29 Bulut,I.: Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı, Özgüzel Matbaası, Ankara, 1990.
- 30 Bulut,I.: Ruh Hastalığının Aile İşlevleri Etkisi, TC Başbakanlık Kadın Ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Kılıçaslan Matbaacılık San Tic Ltd Şti, Ankara, 1993.
- 31 Burgess,A.W.: Psychiatric Nursing, Appleton&Lange Stamford, Connecticut, 1997.
- 32 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.
- 33 Caron,C., Rutter,M.: Comorbidity in Child Psychopathology: Concepts, Issues and Research Strategies, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32:1063-1080, 1991.

- 34 Ceyhan,A.A.: Ana-Babaların Empatik Eğilim Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; Eylül 1993.
- 35 Clark,T., Feehan,C., Tinline,C., Vostanis,P.: Autistic Symptoms in Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder, *European Child&Adolescent Psychiatry* 8:50-55, 1999.
- 36 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.
- 37 Çıtak,G.: Hemşirelik Yüksek Okulu Öğretim Elemanlarının Empatik Beceri Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; Ekim 1998.
- 38 Demir,T., Demir,D., Aklaş,L., Kayaalp,L.: Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğunda Klinik, Gelişimsel ve Ailesel Özellikler, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37(2):97-103, 2000.
- 39 Dennis,P., Cantwell,M.D.: Attention Deficit Disorder: A Review of The Past 10 Years, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:978-987, 1996.
- 40 Dökmen,Ü.: Empatinin Yeni Bir Modele Dayanılarak Ölçülmesi ve Psikodrama İle Geliştirilmesi, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 21(1-2):155-168, 1988.
- 41 Dökmen,Ü.: Empati Kurma Becerisi İle Sosyometrik Statü Arasındaki İlişki *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1-2 (21):155-190, 1988.
- 42 Dökmen,Ü.: İletişim Çatışmaları ve Empati, Sistem Yayıncılık AŞ, İstanbul, 1994.
- 43 DuPaul,G.J., McGoey,K.E., Eckert,T.L., VanBrakle,J.: Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder:Impairments in Behavioral, Social And School Functioning, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(5):508-515, 2001.
- 44 Düzen,N.E.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Otomatik ve Kontrollü Dikkat Bileşenlerinin Roller, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1996.
- 45 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.

- 46 Ercan,E.S., Aydın,C.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Gendaş A.Ş., İstanbul, 2000.
- 47 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.
- 48 Eroğlu,N.: Empatik Eğilim Düzeyleri Farklı Annelerin Çocuklarının Uyum ve Başarı Düzeyleri, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1995.
- 49 Faraone,S.V., Biederman,J., Jeton,J.G., Tsuang,M.T.: Attention Deficit Disorder and Conduct Disorder: Longitudinal Evidence for a Familial Subtype, Psychological Medicine, 27:291-300, 1997.
- 50 Fisman,S., Wolf,L.C., Noh,S.: Marital Intimacy in Parents of Exceptional Children, Canadian Journal of Psychiatry, 34:519-525, 1989.
- 51 Fortinash,K.M.: Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders, Psychiatric Nursing Care Plans, Third Edition, Mosby, New york, p:151-160, 1999.
- 52 George,J.B.: Nursing Theories, Fourth Edition, Appleton &Large, Norwalk, Connecticut, 1995.
- 53 Gittelman,R., Mannuzza,S., Shenker,R., Bonagura,N.: Hyperactive Boys Almost Grow-up: I. Psychiatric Status, Arch Gen Psychiatry, 42:937-947,1985.
- 54 Goldman,L.S., Genel,M., Bezman,R.J., Slanetz P.J.: Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, JAMA, 279(14):1100-1107, 1998.
- 55 Güleç,C., Köroğlu,E. (Derleyenler): Psikiyatri Temel Kitabı. Canat,S.: Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998.
- 56 Gülseren,Ş.: Eşduyum (empati): Tanımı ve Kullanımı Üzerine Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(2):133-145, 2001.
- 57 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.

- 58 Hughes,C., White,A., Sharpen,J., Dunn,J.: Antisocial, Angry, and Unsympathetic: Hard-to-manage Preschoolers' Peer Problems and Possible Cognitive Influences, *J Child Psychiatr*, 41: 169-179, 2000.
- 59 Işcan,C.: Kendilik Ruhbilimi, Compos Mentis Yayınları, Ankara, 1995
- 60 Jadad,A.R., Booker,L., Gaulg,M., Ritsuko,K., Boyle,M., Cunningham,C.E., Kim,M., Schachar,R.: The Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: An Annotated Bibliography and Critical Appraisal of Published Systematic Reviews and Metaanalyses, *Can J Psychiatry*, 44(10):1025-1035, 1999
- 61 Kaplan,H.I., Sadock,B.J., Grebb,J.A.: Synopsis of Psychyatr, William and Wilkins, Baltimore, 1994.
- 62 Keller,M.B., Beardslee,W.R., Dorer,D.J., Lavori,P.W., Samuelson,H., Klerman,G.R.: Impact of Severity and Chronicity of Parental Affective Illness on Adaptive Functioning and Psychopathologyin Children, *Arch Gen Psychiatry*, 43:930-937, 1986.
- 63 Klein,R.G., Mannuzza,S.: Long-Term Outcome of Hyperactive Children: A Review, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:383-387, 1991.
- 64 Kongar,E.: İzmir'de Kentsel Aile, Türk Sosyal Bilimsel Derneği Yayınları, Ankara, 1972.
- 65 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.
- 66 Lahey,B.B., Loeber,R., Quay,H.C., Frick,P.J., Grimm,J.: Oppositional Defiant and Conduct Disorder: Issues to be Resolved for DSM-IV, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(3):539-546, 1992.
- 67 Leckmman,J.L., Mayes,L.C.: Understanding Developmental Psychopathology: How Useful Are Evolutionary Accounts, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:1011-1021, 1998.
- 68 Lewis-Abney,K.: Correlates of Family Functioning When A Child Has Attention Deficit Disorder, *Comprehensive Pediatric Nursing*, 16(3):175-190, 1993
- 69 Loeber,R.: Antisocial Behavior: More Enduring Than Changeable?, *J Am Acad*

Child Adolesc Psychiatry 30:393-397, 1991.

- 70 Lutenbacher,M., Hall,L.A.: The Effects of Maternal Psychosocial Factors on Parenting Attitudes of Low-Income, Single Mothers With Young Children, Nursing Research, 47(1):25,34, 1998.
- 71 Macdonald,V.M., Achenbach,T.M.: Attention Problems Versus Conduct Problems as Six-Year Predictors of Problem Scores in A National Sample, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:1237-1246, 1996.
- 72 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.
- 73 O'Connell,K.L.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Pediatric Nursing, 22(1):30-33, 1996.
- 74 Ocakcı,A.: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik Forumu, 4(4-5):57-61, 2001.
- 75 Offord,D.R., Bennett,K.J.: Conduct Disorder: Long-Term Outcomes and Intervention Effectiveness, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:1069-1078, 1994.
- 76 Öktem,F.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Türk Psikiyatri Dergisi, 2:113-119, 1993.
- 77 Öner,N.: Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1997.
- 78 Öner,Ö.: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalında Haziran 1996-1998 Arasında görülen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarla ilgili bir değerlendirme. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, (Derleyen) Soykan-Aysev, A. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2001, 241-248.
- 79 Öz,F.: Hemşirelerin Empatik İletişim Becerisi Ve Eğilimine Eğitimin Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 1992.
- 80 Öz,F.: Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilimleri, Empatik Becerileri İle Akademik Başarıları Arasındaki İlişki, Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi, 2(2):32-38, 1998.

- 81 Özden,A., Canat,S.: Davranım Bozukluğunda Tanı ve Etiyoloji: Bir Gözden Geçirme, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi,1(1), s:40-50, 1994.
- 82 Öztürk,O.: Psikoanaliz ve Psikoterapi, Evrim Kitabevi, İstanbul, 1990.
- 83 Öztürk,O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Dördüncü Basım, Ankara, 1992.
- 84 Pearson,A., Vaughan,B., Fitzgerald,M.: Nursing Models for Practice, Second Edition, Reed Educational and Professional Publishing Ltd., 2000.
- 85 Pekcanlar,A.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Komorbidite, DSM-IV Belirti Sıklığı ve Aile İşlevleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, İzmir, 1998.
- 86 Pekcanlar,A., Turgay,A., Miral,S.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Komorbidite. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, (Derleyen) Soykan-Aysev,A. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2001, 201-212.
- 87 Pridham,K.F., Pascoe,J.: The Quality of Mothers' Solutions To Child-Rearing Problems: What Difference Does Setting Internal Or External To The Family Make?, Journal of Advanced Nursing, 30(1):211-219, 1999.
- 88 Rey,J.M.: Oppositional Defiant Disorder, Am J Psychiatry, 150:1769-1778, 1993.
- 89 Rutter,M., Cox,A., Tupling,C., Berger,M., Yule,W.: Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas 1: The Prevalance of Psychiatric Disorder, British J Psychiatr, 126:493-509, 1975.
- 90 Satterfield,J.H., Hoppe,C.M., Schell,A.M.: A Prospective Study of Delinquency in 110 Adolescent Boys with Attention Deficit Disorder and 88 Normal Adolescent Boys, Am J Psychiatry, 139(6):795-798, 1982.
- 91 Selçuk,Z.: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar, Pegem A Yayınları, Ankara, 2000.
- 92 Sharon,V.: Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder, The Nurse Practitioner, 26(9):14-27, 2001.
- 93 Soykan-Aysev,A.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesi ve Tanı Koyma. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, (Derleyen) Soykan-Aysev,A. Ankara Üniversitesi

Basımevi, Ankara, 2001,1-7.

- 94 Söhmen,T.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Komorbiditenin Genel Olarak Gözden Geçirilmesi ve DEHB'nun Madde Kullanım Bozukluğu İle Komorbiditesi. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, (Derleyen) Soykan-Aysev,A. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2001, 71-85.
- 95 Speltz,M.L., McClellan,J., DeKlyen,M., Jones,K.: Preschool Boys with Oppositional Defiant Disorder: Clinical Presentation and Diagnostic Change, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:838-845, 1999.
- 96 Spencer,T., Biederman,J., Wilens,T., Harding,M., O'donnell,D., Griffin,S.: Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Across The Life Cycle, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35(4): 409-432, 1996.
- 97 Tanrıdağ,Ş.R.: Ankara'daki Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Çalışan Personelin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1992.
- 98 Taylor,E., Chadwick,O., Heptinstall,E., Danckaerts,M.: Hyperactivity and Conduct Problems as Risk Factors for Adolescent Development, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:1213-1226, 1996.
- 99 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.
- 100 Tomey,A.M., Alligood,M.R.: Nursing Theorists and Their Work, Fourth Edition, Mosby-Year Book, Inc, 1998.
- 101 Treuting,J.J., Hinshaw S.P.: Depression and Self-Estem in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Associations with Comorbid Aggression and Explanatory Attributional Mechanisms, Journal of Abnormal Child Psychology 29:23-39, 2001.
- 102 Tuğlu,C., Abay,E.: Erişkinlerde Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Öykü, Tanı Ve Ruhsal Durum Bakımından Gözden Geçirilmesi", 3P Dergisi,

5(1):19-28,1997.

- 103 Turgay,A.: Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Boyu Değişim. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, (Derleyen) Soykan-Aysev,A. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2001, 111-132.
- 104 Turgay,A., Erman,Ö., Öncü,B., Urdarivci,V., Schwarz,M., Ansari,R., David,N., Singerman,S., Playford,R., Fledderus,S., Blanchard,J., Gouday,J., Fiona,C., Labovitz,G.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Komorbidite: Yaş ve Cinsiyet. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, (Derleyen) Soykan-Aysev,A. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2001, 213-219.
- 105 Turgay,A., Erman,Ö., Öncü,B., Urdarivci,V., Schwarz,M., Ansari,R., David,N., Singerman,S., Playford,R., Fledderus,S., Blanchard,J., Gouday,J., Fiona,C., Labovitz,G.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Alt Tipler ve Komorbid Yıkıcı Davranım Bozuklukları. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, (Derleyen) Soykan-Aysev,A. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2001, 221-225.
- 106 Turgay,A.: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Bozukluğunda Anne Baba ve Öğretmenlerle Çalışma. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü, (Derleyen) Soykan-Aysev,A. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2001, 179-184.
- 107 Turgay,A.: Yıkıcı Davranım Bozukluğu Ölçeğinin Geçerlilik Güvenirlik Çalışması, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2002 .
- 108 Türkiye’de Kadın 2001, TC. Başbakanlık Kadının Statü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2001.
- 109 Uluğtekin,S.: Çocuk Yetiştirme Yöntemleri Açısından Ana-Baba Çocuk İlişkileri, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1976.
- 110 Uz,Ç.: Aile İçindeki Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1989.
- 111 Vanlı,L.: Hiperaktif Çocuklar Tanı ve Tedavi, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.

- 112 Wasserman,G.A., Miller,L.S., Pinner,E., Jaramillo,B.: Parenting Predictors of Early Conduct Problems in Urban, High-Risk Boys, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:1227-1236, 1996.
- 113 Weeks,A., Laver-Bradbury,C.: Behaviour Modification in Hyperactive Children, Nursing Times 93:56-58, 1997
- 114 Weiss,G., Minde,K., Werry,J.S., Douglas,V., Nemeth,E.: Studies on the Hyperactive Child: VIII. Five-Year Follow-Up, Arch Gen Psychiatry, 19:9-16, 1971.
- 115 World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization: Geneva, 1992.
- 116 Wyman,P.A., Cowen,E.L., Work,W.C.: Interviews with Children who Experienced Major Life Stres: Family and Child Attributes That Predict Resilient Outcomes, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31:904-911, 1992.
- 117 Yavaş,İ.: Davranım Bozukluğu Olan Çocuk Ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları Birlikteliği, GATA Yayınlanmamış Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, Ankara, 1995.
- 118 Yavuzer,H.: Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, 20.basım, İstanbul, 2001.
- 119 Yıldırım,İ.: Psikolojik Danışma ve Rehberlik Programı Öğrencileri ile Psikoloji Programı Öğrencilerinin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeyleri, AÜ Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1992.
- 120 Zoccolillo,M.: Gender and The Development of Conduct Disorder, Dev Psychopathol, 5:65-97, 1993.

EKLER

EK-1

HASTA BİLGİ FORMU

1. Adı Soyadı:
2. Doğum yılı:
3. Cinsiyeti:
4. Okulu :
5. Sınıfı:
6. Baba adı: Yaşı: Eğitimi: İş:
7. Anne adı: Yaşı: Eğitimi: İş:
8. Kaç kardeşi var:
9. Ailede patoloji:
10. Aile tipi a. Çekirdek b. Geniş c A.B.Ayrı d. Boşanmış
11. A.B. üvey:
12. A.B. ölü:
13. Çocuğa bakan:
14. Beden sağlığı:
15. Tanı:
16. Alışkanlıkları ve diğer problemleri:
 - a. Karşı gelme:
17. Ailedeki psikolojik problemler:

Yakınması:

Adres:

Tel:

EMPATİ BECERİ ÖLÇEĞİ

Burada 6 farklı birey, problemini dile getirmektedir. Her bireyin problemine verebileceğiniz 12 olası yanıt, problemlerin altına sıralanmıştır. Aşağıda yazılı olan 12 cümleden; 1 tanesi ise bu problemle hiç ilgili değildir. O cümleye rastladığınız da yanına işaret koyunuz. Bu işlem bittikten sonra, 11 cümle arasından sizin söyleyebileceğiniz 4 tanesini daire içine alınız.

1. Kişi (Ev hanımı):

“Yemek, çamaşır, temizlik, dikiş, alış-veriş, çocuklar... Bütün gün tek başıma koşturuyorum; yine de yetişemiyorum. Kendime ayıracak beş dakikam yok. Kendimi mutfakla banyo arasına hapsolmuş hissediyorum”.

1. Ev işlerine yardım edecek bir yardımcı kadın tutmayı düşündün mü ?
2. Bütün bu işler günde kaç saatini alıyor ?
3. Eşin hiç yardım ediyor mu ?
4. Anladığım kadarıyla ev işleri sana çok ağır geliyor.
5. Ev işlerini yapan, dünya da tek sen değilsin; bu durumu böyle mesele yapmak doğru değil.
6. Haklısın, bu kadar iş insanı gerçekten bunalır.
7. Bence senin problemin, işleri becerememen değil, işlerin çok olması.
8. Senin yerinde olsam, ben de bunalırdım.
9. Sanırım bunca iş karşısında , kendini çaresiz ve yalnız hissediyorsun.
10. Sana katılıyorum, ev işleri gerçekten kolaydır.
11. Annem de (ya da bir başka yakınınız), senin gibi sürekli ev işi yapmaktan bunalıyor.
12. Sanırım, bu kadar çok işi tek başına yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.

2. Kişi (Bir arkadaşınız):

“Bir miras meselesi yüzünden babamla amcam kavga ettiler. Aslında ben ikisini de severim. Aralarını bulmaya çalıştım; daha da kötü oldu. Babam dün “bir daha o adamla konuşmayacaksın” dedi. Gerçi, miras konusunda babam haklı gibi geliyor ama, amcamdan da vazgeçemem ki. Bunca yıl bize ikinci baba oldu. Üç kuruş için, bu çektiğimize değer mi ?

1. Her aile de böyle problemler olabilir; kardeş kardeşin ne öldüğünü ister, ne güldüğünü.
2. Çok zor bir durum, sıkılmakta haklısın.
3. Anladığım kadarıyla bu kavga seni çok üzmüş.
4. Senin yerinde olsam, ben de üzülürdüm.
5. Kendini iki sevdiğin kişinin arasında kalmış hissediyorsun; bu da seni çaresizliğe itiyor.
6. İki kardeşin problemi anlaşılarak çözmelerine sevindim.
7. Bence güvenilir bir hukukçu bulup onun hakemliğine başvurmalsınız.
8. İki sevdiğin kişi arasında seçim yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.
9. Parayla mutluluk olmaz, dostluk her şeyden önemlidir.
10. Eğer babanın tarafını tutarsan amcana karşı haksızlık ettiğini düşüneceksin.
11. Baban “amcanla konuşma” sözünü geçici bir öfke anında söylemiş olabilir.
12. Bu kavganın sebebi, aslında para değil, babanla amcanın ailede üstünlük kurma istekleri olabilir.

3. Kişi (Bir dostunuz):

“Son günlerde canım sıkılıyor. Belli bir sebebi yok ama, içimin daraldığını hissediyorum. Canım hiçbir şey yapmak istemiyor; amaçsız dolaşıyorum. Üstelik bu sıkıntıyı kimse ile paylaşmıyorum.”

1. Sıkıntının nedenini araştırdın mı ?
2. Senin böyle sıkılıyor olmana üzüldüm.
3. Bence kendini meşgul edecek bir hobi bulmalısın.
4. İçinde tanımlayamadığın bir heyecan hissediyorsun ve kötü bir şey olacakmış gibi geliyor.
5. Bazen ben de, senin gibi sebepsiz sıkıntı hissederim.
6. Sanırım kendini şu sıralarda yalnız hissediyorsun.
7. Herhalde bilinç altındaki bir takım duygular böyle hissetmene yol açıyordur.
8. Sebebini bilmediğin yoğun bir sıkıntı içindesin.
9. Geceleri sıkıntılı rüyalar gördüğün de oluyor mu ?
10. Kendini böyle bırakman doğru değil.
11. Dünya da öyle büyük dertleri olan insanlar var ki, senin bu sebepsiz sıkıntılarını dertten saymazlar.
12. Son günlerde istediğini elde etmen beni sevindirdi.

4. Kişi (Bir genç):

“Başımın yan tarafında bir tutam saç var, ne yapsam yatıramıyorum. İslatıyorum olmuyor, bağlıyorum olmuyor. Ne zaman aynaya baksam neşem kaçıyor.”

1. Bu önemli bir problem değil; kafanı takma.
2. Kafanın dışı değil, içi önemlidir; sen kişiliğini geliştirmeye çalış.
3. Saçının yatmaması seni üzüyor.
4. Saçının dökülmesi beni üzdü.
5. Berber ne diyor ?
6. Başkalarının yanında her zaman derli-toplu gözükmek istiyorsun.
7. Her zaman kusursuz bir insan olmak istiyorsun
8. Saçınla bu kadar uğraşmak zorunda kalmak seni sinirlendiriyor.
9. Bence bu önemli bir sorun değil ama, bu işin seni rahatsız etmesine üzüldüm.
10. Bunu, sakın arkadaşlarına söyleme; çünkü seninle dalga geçebilirler, sen de üzülürsün.
11. Küçük bir için bile olsa, başkaları tarafından eleştirilmek seni üzüyor.
12. Bence seni asıl kızdıran, saçının yatmaması değil, bu işe çok zaman harcıyor olman.

5. Kişi (Bir kız arkadaşınız):

“ Annem geçen hafta doğum günümde, bana nefis bir atkı hediye etti. Verirken de “ sana özel bir şey bulabilmek için şehrin altını üstüne getirdim ” dedi. Dün ne öğrensem beğenirsin ? başka şehirde oturan bir ablam var. Annem bana aldığıının aynısını üç ay önce ona da almış. Bunu öğrenince perişan oldum. Şu anda, son derece kendimi kötü hissediyorum.”

1. Annene niçin böyle davrandığını sordun mu ?
2. Annen hem sana, hem de ablana “özel “ bir hediye alabilir; çünkü ikinizi de seviyordur. Bence olaya bu açıdan bakmalısın.
3. Bence bu konuda bencillik ediyorsun.
4. Bu olaya üzülmekte haklısın.
5. Bu olay karşısında, sanırım kendini aldatılmış hissetmişsin.
6. Galiba ablanı biraz kıskanıyorsun.
7. İki atkının tamamen benzer olduğuna emin misin ?
8. Annenin, sana, senin sandığın kadar değer verip vermediğini merak ediyorsun.
9. Senin yerinde olsam bende üzüldürdüm.
10. Annenin gözünde özel bir yerin olmasına sevinmiştin; şimdi bu sevincinin yerini üzüntü aldı.
11. Annen ablanı her zaman böyle eleştirir mi ?
12. Annene oldukça öfkелisin.

6. Kişi (Bir öğrenci):

“Son zamanlarda hiç ders çalışmıyorum. Sürekli kahvedeyim. Kağıt oynamak zevk veriyor, ama kahveden çıkarken, her seferinde derin bir pişmanlık duyuyorum. Böyle giderse okulu bitiremeyeceğim. Bitiremezsem halim ne olur? ne iş yaparım? sonra anama-babama, konu-komşuya ne derim ?

1. Bu durumu ailen öğrenirse, her halde çok üzürlürler.
2. Sınıfınızda senin durumunda olan, başka arkadaşların da var mı ?
3. Hayatta başarılı olmanın tek yolu okulu bitirmek değildir. Okulu bitirmemiş nice insan vardır.
4. İçinde bulunduğun durum seni çok sıkıyor, kaygılanmana yol açıyor.
5. Çalışmak istediğin halde çalışmıyorsun; kendi kendine söz geçiremiyor olman seni huzursuz ediyor.
6. Bence rahatlamak için bir psikologa başvurmalsın.
7. Konu komşunun ne düşüneceklerini kafana takma, kendini derslerine ver.
8. Bu problemin beni üzdü.
9. Hem gelecekte iyi bir yaşantı elde edememekten, hem de ana-babanı incitmekten korkuyorsun.
10. Hiçbir derse mi çalışmıyorsun, yoksa bazı derslere mi ?
11. Bence kendine fazla yükleniyorsun; telaşın ve sıkıntın bu yüzden.
12. Çok çalıştığın halde dersleri başaramaman üzücü.

EMPATİK EĞİLİM ÖLÇEĞİ (EEÖ)

	Tamamen aykırı	Oldukça aykırı	Kararsızım	Oldukça uygun	Tamamen uygun
1. Çok sayıda dostum var					
2. Film seyrederken bazen gözlerim yaşarır					
3. Sıklıkla kendimi yalnız hissedirim					
4. Bana dertlerini anlatanlar, yanımdan ferahlamış olarak ayrılırlar					
5. Başkalarının problemleri, beni kendi problemlerim kadar ilgilendirir.					
6. Duygularımı başkalarına iletmede güçlük çekerim					
7. İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gider					
8. Birisiyle tartışırken bazen, dikkatim, onun söylediklerinden çok vereceğim cevap üzerinde yoğunlaşır.					
9. Çevremde çok sevilen bir insanım.					
10. Televizyondaki filmler mutlu sona ulaşınca rahatlarım.					
11. Düşüncelerimi başkalarına iletmede güçlük çektiğim olur.					
12. İnsanların çoğu bencildir					
13. Sinirli bir insanım					
14. Genelde insanlara güvenirim					
15. İnsanlar beni tam olarak anlamıyorlar					
16. Girişken bir insanım					
17. Bir yakınıma derdimi anlatmak beni rahatlatır					
18. Genellikle hayatımdan memnunum					
19. Yakınlarım bana sık, sık dertlerini anlatırlar					
Genellikle keyfim yerindedir					

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**Açıklama:**

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

Her cümle için 4 seçenek söz konusudur.

Aynen katılıyorum:

Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz

Büyük ölçüde katılıyorum:

Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz

Biraz katılıyorum :

Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz

Hiç katılmıyorum:

Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz

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

Adı Soyadı :

Tarih :

AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER

	Aynen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Biraz katılıyorum	Hiç katılmıyorum
1- Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2- Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
3- Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
4- Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5- Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6- Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7- Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.				
8- Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9- Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularınızı açığa vurmaktan kaçınınız.				
10- Gerekliğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11- Evde dertlerinizi, üzüntülerinizi birbirimize söylemeyiz.				
12- Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uyguluyoruz.				
13- Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylendiğimizde sizi dinlerler.				
14- Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15- Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16- Ailemiz üyeleri birbirlerine hoşgörülü davranır.				
17- Evde herkes başına buyruktur.				
18- Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19- Ailede bazılarımız, duygularınızı belli etmeyiz.				
20- Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21- Ailecek, korkularımızın ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.				
22- Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularınızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23- Gelirimiz (ücret,maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24- Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				

CÜMLELER

	Aynen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Biraz katılıyorum	Hiç katılıyorum
25- Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26- Duygularımızı açıkça birbirimize söyleyebiliriz.				
27- Evimizde banyo tuvalet (yüznumara) bir türlü temiz durmaz.				
28- Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29- Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30- Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31- Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.				
32- Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33- Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34- Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35- Evde genellikle söylediklerimizle söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36- Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranmayız.				
37- Evde birbirimize ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.				
38- Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39- Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40- Evde işlerin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41- Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42- Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.				
43- Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44- Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45-Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.				
46- Aile içinde herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47- Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48- Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.				
49- Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50- Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51- Evde birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.				
52- Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53- Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez, çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54- Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışırız.				
55- Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56- Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57- Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58- İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekeriz.				
59- Aile içinde birisi hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60- Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				