



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İLE HERHANGİ BİR PSİKİYATRİK TANISI
OLMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIKLARININ, EVLİLİK UYUMLARININ VE AİLE HAYATI
TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Hatice ÇİFTÇİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Semra BARİPOĞLU**

İstanbul, 2021

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İLE HERHANGİ BİR PSİKİYATRİK TANISI
OLMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIKLARININ, EVLİLİK UYUMLARININ VE AİLE HAYATI
TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hatice ÇİFTÇİ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Semra BARIPOĞLU

İstanbul, 2021

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Ebeveynleri ile Herhangi Bir Psikiyatrik Tanısı Olmayan Çocukların Ebeveynlerinin Psikolojik Sağlımlıklarının, Evlilik Uyumlarının Ve Aile Hayatı Tutumlarının Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

16.04.2021

Hatice ÇİFTÇİ

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamı sŸrdŸrŸrken değerli desteklerini ve bilgilerini eksik etmeyen danıőman hocam Yrd. Doç. Dr. Semra BARİPOğLU'na,

Hayatımın her alanında varlığını ve desteğini hissettiğim değerli eşim Burak ÇİFTCİ'ye,

Tez yazım sŸrecimin minik yol arkadaőı, canımın parçası oğlum Metehan ÇİFTCİ'ye,

Maddi ve manevi desteklerini her daim hissettiğim, Annelerim Pınar TOPKARAOğLU ve MŸzeyyen ÇİFTCİ'ye,

Babalarım Mehmet Ali TOPKARAOğLU ve İbrahim ÇİFTCİ'ye,

Uzmanlık sŸrecimde maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen dostlarıma,

Araştırmama gŸnŸllŸ olarak katılan tŸm katılımcılara,

En içten teőekkŸrlerimi sunarım.

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İLE HERHANGİ BİR PSİKİYATRİK TANISI
OLMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIKLARININ, EVLİLİK UYUMLARININ VE AİLE HAYATI
TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Bu çalışmada DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlımlıkları, evlilik uyumları ve aile hayatı tutumları karşılaştırılmak istenmiştir. Çalışma çocuğunda DEHB tanısı olan ve çocuğunda herhangi bir psikiyatrik tanı olmayan eşit sayıda ebeveyn ile Türkiye genelinde yapılmış olup araştırma 2020-2021 yıllarını içermektedir. Bu çalışmada amaç çocukta görülen DEHB tanısının ebeveyndeki psikolojik sağlamlığa, aile hayatı tutumlarına ve evlilik uyumuna yansımalarını ortaya koymaktır. Bu bağlamda ebeveynlerin ve ailelerin yaşadıkları problemler ve destekleyici yaklaşımların önemlerinden bahsedilmiştir. Araştırmada Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişkisi bulunamamışken, Aile Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından “Problem çözme”, “iletişim”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “gereken ilgiyi gösterme”, “davranış kontrolü”, “genel işlevler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ve çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanları; Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği alt boyutlarından “Evlilikte doyum”, “evlilikte iletişim”, “evlilikte empati”, “kök aileler ile ilişkiler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ve bu alt boyutların hepsinin puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Psikolojik Sağlamlık, Aile Hayatı Tutumu, Evlilik Uyum

**A COMPARISON OF PARENTS' RESILIENCES, MARITAL ADJUSTMENTS
AND FAMILY LIFE ATTITUDES WHOSE CHILDREN IDENTIFIED
ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY WITH
PARENT'S WHOSE CHILDREN HAVE NOT ANY PSYCHIATRIC
DIAGNOSES**

ABSTRACT

Attention Deficit Disorder With Hyperactivity is one of the most frequent psychiatric disorder between children. In this study, will be that a comparison of parents' resiliences, marital adjustments and family life attitudes whose children identified attention deficit disorder with hyperactivity with parent's whose children have not any psychiatric diagnoses. This study has done with equal number of parents whose children identified ADHD with whose children have not any psychiatric diagnoses and across Turkey at the year of 2020-2021. In this study the goal is clarifying the effects of ADHD which seen at children on parents' resiliences, family life attitudes and marital adjustments. In this sense, mentioned the importance of parents' and families' problems and supportive attitudes.

In this study there is no any significant relationship between Brief Resilience Scale and the other variables. Family Assessment Device's subscales which are problem solving ability, communication, roles, emotional reactions, showing interest, controlling behaviors and general functions' points have statistically significant difference from whose children identified with ADHD and whose children have not any psychiatric disorder and whose children have not any psychiatric disorder has higher scores than whose children identified with ADHD. Family Life Child Rearing Attitudes Scale's subscales which is helicopter parents scores and Near East Marital Adjustment Scale's subscales which are marital adjustments, marital satisfaction, marital communication, marital empathy, relationship with extended families scores have statistically significant difference from whose children identified with ADHD and whose children have not any psychiatric disorder and whose children have not any psychiatric disorder has lower scores than whose children identified with ADHD.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Resilience, Family Life Attitude, Marital Adjustment

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ŞEKİL DİZİNİ	xii
BÖLÜM I	1
GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	1
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Varsayımlar.....	3
1.5. Sınırlılıklar	3
1.6. Tanımlar.....	3
BÖLÜM II.....	5
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	5
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	7
2.1.1. Klinik Özellikleri	7
2.1.1.1. Dikkat Eksikliği.....	8
2.1.1.2. Hiperaktivite.....	8
2.1.1.3. Dürtüsellik	9
2.1.1.4. DSM-V DEHB Tanı Kriterleri Tablosu	10
2.1.2. Etiyolojisi.....	13
2.1.2.1. Genetik Aktarım	13
2.1.2.2. Çevresel Etmenler	13

2.1.2.3. Cinsiyet Etkisi	14
2.1.2.4. DEHB’li Bireyin Olumlu Özellikleri	14
2.1.2.5. DEHB Olan Meşhur Kişiler	14
2.1.2.6. DEHB Tanı Yöntemleri.....	14
2.1.3. Yaşam Döneminde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	16
2.1.3.1. Bebeklik Dönemi.....	16
2.1.3.2. Okul Öncesi Dönem	17
2.1.3.3. Okul Çağı Dönemi.....	17
2.1.3.4. Ergenlik Dönemi	18
2.1.3.5. Erişkinlik Dönemi	19
2.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar	19
2.1.4.1. Özgül Öğrenme Güçlüğü.....	20
2.1.4.2. Zihinsel Yetersizlikler	21
2.1.4.3. Üstün Yeteneklilik.....	22
2.1.4.4. Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu	22
2.1.4.5. Kaygı Bozukluğu.....	23
2.1.4.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk	24
2.1.4.7. Okul Reddi	24
2.1.4.8. Depresyon.....	25
2.1.4.9. Öfke Problemleri/ Empati ve Duygu Güçlükleri.....	26
2.1.4.10. Suça Yatkınlık ve Riskli Davranışlar	27
2.1.4.11. Uyku Bozuklukları	27
2.1.4.12. Davranışsal Bozukluklar	28
2.1.4.13. Madde Bağımlılıkları	28
2.1.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Uygulanan Tedavi ve Terapi Yöntemleri	29
2.1.5.1. İlaç Tedavileri.....	29

2.1.5.2. Oyun Terapisi	31
2.1.5.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Koçluğu	32
2.1.5.4. Ergoterapi	32
2.1.5.5. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaklaşımı.....	33
2.1.5.6. Beslenmenin Düzenlenmesi	33
2.1.5.7. Aile Eğitimi	34
2.1.5.8. Sosyal Beceri ve Davranış Eğitimi.....	34
2.1.5.9. Okul ve Öğretmen Desteği Uygulamaları	35
2.1.5.10. Bilinçli Farkındalık Eğitimi.....	36
2.1.5.11. Psikodrama	36
2.1.5.12. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR).....	37
2.1.5.13. DEHB Tedavi Edilmezse Ne Olur?.....	37
2.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Toplumsal Bakış.....	38
2.1.6.1. Ekonomik Boyutlar	38
2.1.6.2. Ailelerde Görülen Güçlükler	39
2.1.6.3. Okulda ve Sınıf İçerisinde Görülen Güçlükler	39
2.1.6.4. Ortam ve Mekânsal Düzenlemenin Etkisi.....	40
2.2. Psikolojik Sağlamlık	41
2.2.1. Psikolojik Sağlamlık Nedir?	41
2.2.2. Psikolojik Sağlamlık Risk Faktörleri Nelerdir?	42
2.2.3. Psikolojik Sağlamlık Koruyucu Faktörleri Nelerdir?	42
2.3. Evlilik Uyumu	43
2.3.1. Evlilik Uyumu ve Çocuk Yetiştirme Tutumları İlişkisi.....	43
2.4. Aile Hayatı Tutumları.....	44
2.4.1. Aile Hayatını ve Türünü Etkileyen Faktörler	45
2.4.2. Çocukta Görülen Psikiyatrik Tanının Aile Hayatına Etkileri	47
BÖLÜM III.....	49

YÖNTEM.....	49
3.1. Araştırmanın Etik Yönü.....	49
3.2. Araştırma Modeli.....	49
3.3. Araştırmanın Örnekleme	49
3.4. Veri Toplama Araçları.....	49
3.4.1. Sosyo-demografik Veri Formu	50
3.4.2. Aile Değerlendirme Ölçeği	50
3.4.3. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği.....	51
3.4.4. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	52
3.4.5. Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği.....	52
3.5. Araştırmanın Uygulanması.....	53
BÖLÜM IV	54
BULGULAR.....	54
4.1 İstatistiksel Analiz	54
4.2 Örneklem Büyüklüğü ve Güç Analizi	54
4.3. Örneklemin İncelenmesi.....	55
4.4. Ölçeklerin İncelenmesi	56
4.5. Araştırma Değişkenlerinin İlişkisinin İncelenmesine Dair Bulgular.....	57
4.6. Araştırma Değişkenleri İle Hiperaktivite Varlığına İlişkin Bulgular	61
BÖLÜM V.....	64
TARTIŞMA.....	64
5.1. Çocuklarında DEHB Tanısı olan ve Herhangi Bir Psikiyatrik Tanısı Olmayan Ailelerin Karşılaştırılması.....	64
5.1.1. Çocuklarında DEHB Tanısı olan ve Herhangi Bir Psikiyatrik Tanısı Olmayan Ailelerin Karşılaştırılması	65
5.1.2. DEHB Tanısının Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi.....	67

5.1.3. DEHB Tanısının Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi.....	68
5.1.4. DEHB Tanısının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi.....	69
5.2. Çocuklarında DEHB Tanısı Olan Ebeveynlerin Psikolojik Sağlık Düzeyleri ile Evlilik Uyumları ve Aile Hayatlarının Değerlendirilmesi.....	70
BÖLÜM VI	72
SONUÇ	72
BÖLÜM VII	74
ÖNERİLER	74
KAYNAKLAR.....	75
EKLER	80
ÖZGEÇMİŞ.....	93

TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1. DEHB'nin Tanı Ölçütlerinin Zaman İçerisindeki Dönüşümü.....	6
Tablo 2.2. DSM-V DEHB Tanı Kriterleri Tablosu.....	10
Tablo 4.1 Katılımcılara Ait Sosyodemografik Veriler.....	57
Tablo 4.2. Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler.....	58
Tablo 4.3. DEHB Tanılı Çocuk Sahibi Ebeveynlere Uygulanan Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara İlişkin Korelasyon Sonuçları.....	59
Tablo 4.4. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çocuğunda DEHB Tanısı Varlığı Açısından Karşılaştırılması.....	62

KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

AHÇYTÖ: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği

KPSÖ: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

YDEUÖ: Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği

ÖÖG: Özgül-Özel Öğrenme Güçlüğü

EMDR: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Örneklem Büyüklüğü ve Güç Analizi.....	55
---	----



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı

Bu çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynleri ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlımlıklarının, evlilik uyumlarının ve aile hayatı tutumlarının karşılaştırılması yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dünya genelinde %3,4-7,2 oranında yaygın olan psikiyatrik bir bozukluktur (Öztürk ve Başgöl, 2020). Bununla birlikte tüm dünyada benzer sıklıkla görülmekte ve nörolojik bozuklukların başında gelmektedir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM5), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Nörogelişimsel Bozukluklar arasında yer almaktadır.

DEHB; Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellikten oluşan üç bileşeni içermektedir (Acar ve ark., 2019). Bu üç bileşenin bir arada yer aldığı kişiler olmakla birlikte sadece dikkat eksikliğinin ya da sadece aşırı hareketliliğin bulunduğu kişiler de vardır. Araştırmalar, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna bağlı aşırı hareketliliğin okul öncesi çağlarda, dikkat problemlerinin ise okul çağıyla birlikte başladığını göstermektedir (Acar ve ark., 2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanı algoritmaları incelendiğinde erkek çocukların kız çocuklara göre daha fazla tanı aldığı, erkek çocukların hareketlilik ve dürtüsellik problemleri baskınken, kız çocuklarda dikkat problemlerinin baskın olduğu görülmüştür (Öztürk ve Başgöl, 2020).

Araştırmalar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda çeşitli eş tanıların görüldüğünü göstermektedir. Gerek Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna dair gerekse eş tanıların sebep olduğu problemler nedeniyle, çocukların akademik ve sosyal yaşamları içerisinde olumsuz etkilendiklerini görülmektedir.

Yapılan çalışma Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve çeşitli eş tanıları sebebiyle olumsuz etkilenen çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlımlıklarını, evlilik uyumlarını ve aile hayatı tutumlarını incelemeye aynı zamanda herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan çocukların ebeveynleri ile karşılaştırma yapmaya yönelik bir araştırmadır.

Psikolojik sağlamliğın ebeveynlik ve eř ilişkileri üzerindeki etkisini saptamak hedeflenmektedir. Psikolojik sağlamliğın, Dikkat Eksikliđi ve Hiperaktivite tanısı almış çocuğa karşı olumlu tutuma sebep olacağı dūřunılmaktadır. Ayrıca psikolojik sağlamliğa sahip bireylerin ebeveynlik ilişkilerinin yanı sıra daha sağlıklı eř ilişkileri de yūritebildikleri, birbirlerine karşı olumlu tutum ve davranışlar sergiledikleri dūřunılmaktadır.

Nōrogeleřimsel ve Psikiyatrik bir tanı olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu değerlendirilmesinde kullanılacak olan Aile Değerlendirme Őleđi, bütüncül bir yaklaşım sağlayacaktır. ADÖ ile tespit edilen sorunların, aile terapisi ile özölmesinin çocuklardaki olumsuz belirtileri hafifleteceğini Abalı ve arkadaşları (2006) ifade etmişlerdir. Ayrıca Sümer, Aktürk ve Helvacı'nın (2010) "Anne Baba Tutum ve Davranışlarının Psikolojik Etkileri" isimli araştırmalarında yapmış oldukları Türkiye'de yapılan araştırmalara toplu bakışta da görölldüğu gibi; Aile Hayatı ve ocuk Yetiştirme Tutum Őleđi, ebeveynlerin ocuk yetiştirme tutumları ve çocuklarında görülen psikolojik uyum, saldırganlık, karşıt olma karşıt gelme problemleri gibi DEHB'nin eş tanıları hakkında bilgi vermektedir.

Acar ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları bir başka araştırmada ise DEHB'nin alt tiplerinin bilinmesinin ve tanınmasının ayrıca eş tanılara müdahale edilmesinin çocukların aile içerisindeki yaşamlarına olumlu katkılar sağladığı, bu müdahalelerin ebeveynlerin çocuklarına karşı ve birbirlerine karşı olan tutumlarında değişikliklere sebep olduğu görölmüştür. Çalışma aynı zamanda araştırmaya katılan ebeveynlerin Connors Anne Baba Değerlendirme ölçeği sonuçlarından yararlanarak DEHB'nin alt tiplerinin aile işlevselliğini nasıl etkilediğine dair, yine aynı çalışmada kullanılan ADÖ (Aile Değerlendirme Őleđi) ile ailelerin problem çözme becerileri, duygusal ve davranışsal tutumları hakkında bilgiler vermektedir.

Literatürde kaynaklara bakıldığında DEHB'li çocukların ebeveynlerine, psikolojik sağlamlıklarına ve kendi eş ilişkilerinin bu bağlamda nasıl etkilendiğine dair çalışmaların yetersizliği görölmektedir. Bütün bu bilgiler ışığında DEHB'li çocukların ebeveynleri ve çocuğunda herhangi bir psikiyatrik tanı olmayan ebeveynlerin karşılaştırılması ile yapılacak olan bu çalışma ile literatürdeki boşluğun kapatılmasına yönelik veriler elde edilmesine katkılar sağlanması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan ve olmayan ebeveynlerin evlilik uyumları, psikolojik sağamlıkları ve aile hayatları arasında farklılık vardır.
2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağamlık düzeyleri ile evlilik uyumları ve aile hayatları arasında ilişki vardır.

1.4. Varsayımlar

- Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir oldukları varsayılmaktadır.
- Araştırmaya katılan ebeveynlerin, araştırmanın doğruluğunu sağlamak adına samimi ve gönüllü davranmış oldukları varsayılmaktadır.
- Araştırmada kullanılan ölçeklerin katılımcılar tarafından iyi anlaşıldığı varsayılmaktadır.
- Araştırma için seçilen konunun ebeveynlerin ilgisini çekecek bir konu olduğu varsayılmaktadır.

1.5. Sınırlılıklar

- Araştırma Türkiye genelinde bulunan çocuk-ebeveyn ve aileler ile sınırlanmıştır.
- Araştırma 2020-2021 yılını kapsamaktadır.
- Karşılaştırma araştırmaya katılan ebeveynlerin cevapları doğrultusunda yapılmıştır.

1.6. Tanımlar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM5), Nörogelişimsel Bozukluklar arasında yer alan ve dünya genelinde %3,4-7,2 oranında yaygın olan bir bozukluktur (Öztürk ve Başgöl, 2020).

Psikolojik Sağamlık: Bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları zorluklar, problemler ve örseleyici yaşam olayları karşısında kendini toparlama ve hızlı bir şekilde normal yaşantılarına dönme güçleri, pozitif psikoloji yaklaşımında, psikolojik sağamlık kavramıyla açıklanmaktadır (Doğan, 2015)

Evlilik: Evlilik, iki yetişkinin birlikte yaşamak üzere dini, hukuki veya toplumsal sözleşmeler ile bir araya gelmesidir. Çoğu kültürde evlilik toplumsal olarak değerlidir ve evlilik üzerine çok sayıda araştırma yapılmıştır.



BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 5.baskısı olan DSM-V'te "Nörogelişimsel Bozukluklar" bölümünde yer alan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı özellikle çocuk psikiyatrisi alanında sıklıkla karşılaşılan bir sendromdur.

Modern yaşantının bir getirisi olduğu düşünülen ve apartman çağı bozukluğu diye adlandırılan DEHB'ye ait bilgilere ilk olarak on sekizinci yüzyılda rastlanılmıştır. On sekizinci yüzyıl İngiliz tıp kaynaklarında "kötü çocuklar" tanımlamasıyla DEHB'ye ait belirtilerden bahsedilmiştir. On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde ise Frankfurt'taki ilk akıl hastanesini kuran Alman Doktor Heinrich Hoffman, "Dağınık Saçlı Peter" isimli hikâye kitabı ile aşırı hareketli olan Peter'in özelliklerini DEHB tanısı koyulabilecek şekilde kitabında bahsetmiştir. Yine aynı kitabın içerisinde yer alan "Havaya Bakan Johnny" öyküsü dikkat eksikliği belirtilerini, Zalim Fridirh öyküsü ise anti sosyal davranışların özelliklerini anlatmaktadır.

Kavramsallaşma sürecinde çeşitli isim değişiklikleri yaşayan DEHB, daha sonraki araştırmalarda eşlik eden tanımlar ile de anılmış, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 1.baskısında (DSM-I) hakkında yeterli veriye sahip olunmadığı için psikiyatrik hastalıklar arasında yer almamıştır. Nihayetinde DEHB, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 2.baskısında (DSM-II) "Hiperkinetik Sendrom" olarak yer almıştır.

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 3.baskısında (DSM-III) Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB), hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz olarak ayrılmış, DSM III-R'de alt tiplere ayrılmamış şekilde tekrar düzenlenmiş, DSM Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 4.baskısında (DSM IV) "Yıkıcı Davranım Bozuklukları" genel başlığı altında üç alt tipe ayrılmıştır. Bu alt tipler; hiperaktivite/dürtüsellik önde geldiği tip, dikkat eksikliğinin önde geldiği tip ve birleşik alt tip şeklindedir.

1902'de George Still tarafından ilk kez tanımlanan DEHB'nin, 1990'lar ve 2000'li yıllardan sonra yapılmaya başlanan hayvan ve model çalışmaları ile beyinde prefrontal korteksteki bozulmadan kaynaklandığı belirtilmiş, DEHB'li çocuklarda dikkat ve yönetici işlev bozukluklarının rol oynadığı sonucuna varılmıştır. Oldukça heterojen bir

bozukluk olan DEHB’yi açıklamak için farklı araştırmalar yapılmış özellikle eş tanılardan ayırmak üzere çalışmalar srdrlmştir.

Son olarak Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.baskısında (DSM V) “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında yer alan DEHB, üzerinde araştırmaların ve çalışmaların devam ettiği bir bozukluktur.

Tablo 2.1. DEHB’nin Tanı lştlerinin Zaman İçerisindeki Dönüşümü

TANI LşT KİTABI	YIL	ÖZELLİKLER VE BELİRLEYİCİ LşTLER
DSM-II	1968	Hiperkinetik Sendrom
ICD 9	1978	ocukluğun Hiperkinetik Sendromu
DSM-III	1980	Dikkat Eksikliği Bozukluğu, hiperaktiviteli Dikkat Eksikliği Bozukluğu, hiperaktivitesiz
DSM-III-R	1987	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DSM-III’ten farklı olarak alt tiplere ayrılmamış türde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) F90: Hiperkinetik bozukluk, dikkat eksikliği bozukluğu, aşırı hareketlilik belirtilerinin 6 yaşından önce başlaması ve uzun dönemli olması. Kaygı bozukluğu, duygu durum bozuklukları, atipik otizm dışlanmış olmalı.
ICD 10	1992	F90.0 Aktivite ve dikkatte bozulma. Hiperaktivite olmadan DEHB’yi ve bağlantılı özellikleri kapsayan DEHB F90.1 Hiperkinetik bozukluk DEHB ve davranım bozukluğu lştleri karşılandığında kullanılır F90.8 teki hiperkinetik bozukluk F90.9 Başka türlü adlandırılmayan hiperkinetik bozukluk DEHB üç alt tip DEHB-HD: Hiperaktivite/dürtüselliğin nde geldiği alt tip
DSM-IV	1994	DEHB-DE: Dikkat eksikliğinin nde geldiği alt tip DEHB-B: Bileşik alt tip Başka türlü adlandırılmayan DEHB
DSM-IV-R	2000	Tanı lştlerinde ve alt tiplerinde belirgin bir değişiklik olmadı

		Başka türlü adlandırılmayan DEHB belirtileri için başlangıç yaşının 7 olmasına karar verildi.
		Yavaş bilişsel hız belirtileri tanımlandı
		3 görünümlü DEHB
DSM-V	2013	Bir bozulmanın belirtisi olarak değil, kendisi olarak DEHB'nin varlığı
		Başlangıç yaşının 12'den önce olması
		Erişkin tanısı için gerekli belirtilerin tanımlanması
		Dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu
ICD-10	2017	Belirtilerin 7 yaşından önce başlamış olması
CM		Dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik, bileşik alt tip, başka türlü adlandırılmayan DEHB, öteki DEHB

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile görülen üç temel belirti kümesinden oluşan nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB'li bireyde bu üç belirti kümesinden en az biri kişinin yaşamını ve işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Bu tanıyı alan kişilerde bu belirtiler tanı almayanlara göre daha şiddetli ve daha sık görülmektedir. Araştırmalar, DEHB tanısı olan çocukların beyin gelişiminin sağlıklı çocuklardan farklı olduğunu göstermektedir.

2.1.1. Klinik Özellikleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) tanımına göre, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), erken çocukluk döneminde başlayan, sıklıkla ergenlik ve yetişkinlikte de devam eden, bireyin işlevselliğini bozan, gelişime uygun olmayan dikkat süresi ve yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik ve dürtüsel davranışların (kişinin aklına geleni hemen, düşünmeden yapması) eşlik ettiği bir bozukluktur. Dikkatsizlik, hareketlilik ya da dürtüsellik herkeste zaman zaman görülebilen durumlardır. Ama DEHB tanısını alan kişilerde bu belirtilerin sıklığı daha fazla ve daha şiddetlidir. Bu belirtiler kişinin yaşamını olumsuz etkiler. Bu sebeple kişide DEHB'ye eşlik eden durumlar olarak sosyal hayatında, aile yaşantısında ve kişiler arası ilişkilerinde de problemler görülebilmektedir (Sürücü, 2019).

2.1.1.1. Dikkat Eksikliği

Dikkat Eksikliği, gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplumsal/akademik görevleri olumsuz etkileyen belirtilerle kendisini gösterir. Bu belirtiler; unutkanlık, organize olmakta güçlük, planlama ve zamanlama problemleri, ödevleri ve görevleri yetiştirememe, ödev ve görevlerde basit hatalar yapma, yönergeleri takip edememe, çabuk sıkılma, başlanılan işi bitirememe, bir görevde normalden fazla zaman kaybetme ya da ödevi/görevi erteleme şeklindedir (Öztürk ve Başgöl, 2015).

Dikkat eksikliği olan çocukların ebeveynleri ve öğretmenleri bu çocuklar hakkında genellikle söyledikleri şeylerin bir kulağından girip diğer kulağından çıktığını, unutkan olduklarını, eşyaları kaybettiklerini, dersi dinlemediklerini, dikkatsizce hatalar yaptıklarını ve yavaş olduklarını söylerler. Ancak dikkati sürdürmemeye ve odaklanma problemleri dikkat eksikliği tanısı almış çocuk ve yetişkinlerde yaşamın her alanında görülmemektedir. Zevk alınan, eğlenceli bulunan ve zihinsel çaba harcamayı gerektirmeyen olay ve durumlarda bireyler sıkılmadan odaklanabilmekte ve dikkatini sürdürebilmektedir (Öztürk ve Başgöl, 2015).

Dikkat eksikliği ve odaklanma sorunu olan bireylerde esas problemler; dikkat gerektiren durumlarda çevreden gelen uyaranlardan fazla etkilenmeleri, ilgilerini çekmeyen şeylere odaklanamamaları, bir işle meşgulken akıllarından geçen farklı düşünceleri durduramamaları ve aynı anda birçok şeye odaklanmaya çalışmalarıdır. Bu problemlerde bireyin dikkatini sürdürmesi gereken görevlerde odaklanamamalarına sebep olmaktadır.

2.1.1.2. Hiperaktivite

Hiperaktivite belirtileri aşırı hareketlilik ile öne çıkan davranışlardır. Bu davranışlar; elin ayağın kıpır kıpır olması, oturuşta duramama, gereksiz yere sağa sola koşturma, eşyalara tırmanma, zıplama, atlama, sakince oynamakta güçlük çekme, sürekli hareket halinde olma, çok konuşma şeklindedir. Hiperaktivite belirtileri kişinin yaşamını olumsuz etkileyecek kadar şiddetli ve sık olmakla birlikte, yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan davranışlardır. Belirtilerin hepsi aynı anda görülmez ama kişi bu belirtilerinden birkaçından olumsuz olarak etkilenmektedir (Sürücü, 2019).

Hiperaktif çocukların ebeveynleri ve öğretmenleri bu çocuklar hakkında genellikle eli dursa ayağı durmuyor, sürekli hareket ediyor, düz duvara tırmanıyor, kıpır kıpır gibi tanımlamalar yaparlar. Öyle ki bu çocuklar uykularında bile normal çocuklara

göre daha hareketlidirler. Ayrıca hiperaktif çocuklar normal çocuklara göre daha çok konuşurlar ve soru sorarlar.

Hiperaktif çocuklar sosyal hayatın içerisinde aşırı hareketli oldukları için fark edilmektedirler. Aşırı hareketliliğe bağlı olarak gerçekleşen kazalar, zarar verme durumları ebeveynlerin zorluk yaşamalarına sebep olmaktadır. DEHB tedavi ve terapisinde ebeveynlere verilen psikoeğitimler ile bu çocukların özellikleri ebeveynlere öğretilmekte ve çocuklarını daha iyi anlamaları sağlanmaktadır.

2.1.1.3. Dürtüsellik

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun üçüncü belirti kümesi olan dürtüsellik çocuklarda, sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme, düşünmeden davranma, sıra beklemekte güçlük yaşama, başkalarının sözünü kesme, oyunlarda aralara girme davranışlarıyla görülmektedir. Dürtüsellik sorunu yaşayan çocuklar akıllarına gelen şeyi hemen yaparlar, sonrasında ise o davranışın doğru olup olmadığını görürler. Davranışlarını ortama göre düzenleme zorluğu yaşarlar, kontrolsüz davranırlar (Sürücü, 2019).

Dürtüsel çocukların ebeveynleri ve öğretmenleri bu çocuklar hakkında düşünmeden hareket eder, freni yok, sabırsız, kontrolsüz, aklına geleni hemen yapıyor gibi tanımlamalarda bulunurlar. Yürütücü işlev bozukluğu olan DEHB beyinde davranışlarımızı düzenleyip kontrol etmemizden sorumlu olan prefrontal kortekste bozulma ile görülmektedir. Dikkatin dağılmasına sebep olan sistem aynı zamanda davranışları düzenlemeye de engel olmaktadır. Böylelikle davranış düzenleme eksikliği dürtüsel davranışları doğurmaktadır.

Dürtüsellik, çocuğun kendisini frenleyememesi sorunudur. Beynimizin önemli bir işlevi olan davranış kontrolü bazı çocuklarda doğuştan yetersizdir. Bu çocuklar kendilerini frenleyememeleri sebebiyle gerçekleştirdikleri davranışlar yüzünden sürekli uyarı alan çocuklardır. Ayrıca aslında bu davranışı yapmak istemediklerini ya da yapmamaları gerektiğini unuttuklarını söylerler. Sonunu düşünmeden hareket etme problemi olan dürtüsellik, çocukların ve yetişkinlerin sürekli otorite ile çatışma yaşamalarına, sosyal ortamlarda problemlerle karşılaşmalarına, sürekli uyarılmalarına sebep olmaktadır (Öztürk ve Başgül, 2015).

2.1.1.4. DSM-V DEHB Tam Kriterleri Tablosu

Tablo 2.2. DSM-V DEHB Tam Kriterleri Tablosu

- A. Aşağıdakilerden (1) ve/veya (2) ile karakterize, işlevselliği ya da gelişimi engelleyen süregiden bir dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik örüntüsü:
- 1. Dikkatsizlik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve akademik/mesleki ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıdaki 6 (ya da daha çok belirti) en az altı aydır sürmektedir.
- Not:** Belirtiler, yalnızca, karşıt olma davranışının, karşı gelmenin, düşmanlı tutumların ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Daha ileri yaştaki gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti gereklidir.
- a.** Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar (örneğin ayrıntıları atlar ya da kaçıır, yaptığı işi yanlış yapar).
- b.** Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkati sürdürmede güçlük çeker (örneğin, dersler, konuşmalar ya da uzun okumalar sırasında odaklanmış kalmakta güçlük çeker).
- c.** Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinleliyormuş gibi görünür (örneğin, dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde görünür).
- d.** Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, günlük işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (örneğin, işe başlar ancak hızla odağını yitirir ve kolayca erteler).
- e.** Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker (örneğin, ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker, düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür, zaman sınırlamasına uymakta başarısızdır).
- f.** Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir (örneğin, okulda verilen görevler ya da ödevler; daha ileri yaştaki gençlerde ve erişkinlerde rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

- g.** Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin, okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).
- h.** Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır (daha ileri yaştaki gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
- i.** Günlük etkinliklerde çoğu zaman unuttandır (örneğin, günlük işlerini yaparken, getir-götür işlerini yaparken, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevulara uymakta).

2. Hiperaktivite/dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve akademik/mesleki ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıdaki 6 (ya da daha çok belirti) en az altı aydır sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olma davranışının, karşı gelmenin, düşmancıl tutumların ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Daha ileri yaştaki gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti gereklidir.

- a.** Çoğu zaman elleri veya ayaklarını oynatır ya da vurur ya da oturduğu yerde kıpırdanır.
- b.** Çoğu zaman oturması beklenen durumlarda oturduğu yerden kalkar (örneğin, sınıfta, ofiste ya da iş yerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
- c.** Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturur ya da tırmanır (Not: Ergenlerde ya da yetişkinlerde huzursuz hissetme ile sınırlı olabilir).
- d.** Çoğu zaman sakin bir biçimde serbest zaman etkinliklerine katılamaz ya da oyun oynayamaz.
- e.** Çoğu zaman “hareket halindedir” ya da bir “motor tarafından sürülüyormuş” gibi davranır (örneğin, restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre hareketsiz duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur, başkalarının yerinde duramayan ya da ayak uydurulması zor kişiler olarak görülebilirler).
- f.** Çoğu zaman çok konuşur.
- g.** Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını söyleyiverir (örneğin, insanların cümlelerini tamamlar, konuşma sırasında sırasını bekleyemez).
- h.** Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır (örneğin, kuyrukta beklerken).

- i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örneğin, konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; ergenlerde ve erişkinlerde başkalarının yaptığının arasına girebilir ya da yaptığını devralabilir.
- B. Çeşitli dikkatsizlik ya da hiperaktivite-dürtüsellik belirtileri 12 yaşından önce mevcuttur.
- C. Çeşitli dikkatsizlik ya da hiperaktivite-dürtüsellik belirtileri iki veya daha fazla ortamda mevcuttur (örneğin evde, okulda ya da işte; arkadaşlarla ya da akrabalarla, diğer etkinliklerde).
- D. Belirtilerin toplumsal, akademik ya da mesleki işlevselliği engellediğine ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne dair açık kanıt vardır.
- E. Bu belirtiler sadece bir şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin, duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu, disosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu, madde intoksikasyonu ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

314.01 (F90.2) Bileşik görünüm: Son altı ay içinde hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (hiperaktivite/dürtüsellik) tanı ölçütlerini karşılanmıştır.

312.00 (F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 (hiperaktivite/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 (F90.1) Hiperaktivite-dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içerisinde A2 (hiperaktivite/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Kısmi Remisyon: Daha önceden tüm tanı ölçütleri karşılanırken, son altı ay içinde tüm tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler halen toplumsal, akademik ya da mesleki işlevsellikte bozulma ile sonuçlanmaktadır.

Mevcut ciddiyeti belirtiniz:

Ağır Olmayan: Tanı koymak için gerekli olanı aşan, eğer varsa, birkaç belirti mevcuttur ve belirtiler toplumsal ya da mesleki işlevsellikte hafif bozulmadan daha fazlasına neden olmamaktadır.

Orta Derecede: Belirtiler ya da işlevsellikteki bozulma hafif ile ağır arasında yer alır.

Ağır: Tanı koymak için gerekli olanı aşan birçok belirti mevcuttur ya da özellikle şiddetli birkaç belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olmaktadır.

Tanı ve Sınıflandırma El Kitabı 5.Baskı

2.1.2. Etiyolojisi

18.yüzyıldan günümüze kadar süregelen araştırmalar DEHB'nin sebebini tam olarak ortaya çıkaramamıştır. Model ve hayvan çalışmaları beyinde prefrontal kortekse bağlı bir bozukluk olduğunu ortaya çıkarmış olsa da araştırmalar devam etmekte, genetik, hamilelik, doğum anı ve çevresel etmenler de göz önünde bulundurulmaktadır.

2.1.2.1. Genetik Aktarım

Araştırmalar DEHB'li çocukların ebeveynlerinde DEHB riskinin genel topluma göre 2-8 kat, kardeşlerinde ise 2-3 kat fazla olduğunu göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde benzer hastalığın görülme oranı %80-90 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %30'lara düşmektedir.

2.1.2.2. Çevresel Etmenler

Araştırmalar DEHB'ye sebep olabilen çevresel faktörler olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu faktörler; doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası olmakla birlikte DEHB'ye genetik olarak yatkın olan bireylerde DEHB görülme oranını arttırmaktadır.

Hamilelik esnasında annenin maruz kaldığı stres, hamile annenin kullanmış olduğu sigara, alkol ve maddeler doğum öncesi faktörler arasında yer almaktadır. Erken doğum, düşük ağırlıklı doğum ve doğum esnasında yaşanan komplikasyonlar doğum sırasındaki faktörler arasında yer alırken, kurşun gibi maddelere maruz kalmakta doğum sonrası faktörlerdir.

Sosyokültürel faktörler, ebeveyn tutumları, aile içi stres ve ekonomik durumlar DEHB'ye tek başına neden olmamakla birlikte, DEHB'ye eşlik eden karşı olma karşı gelme, hırçınlık, depresyon gibi tanıların ortaya çıkmasında ve DEHB'nin daha zor bir

hal almasında rol oynayabilmektedir. Bu sebeplerle DEHB tanı ve tedavisinde ebeveyn eğitimleri önemli paya sahiptir.

2.1.2.3. Cinsiyet Etkisi

DEHB erkeklerde kızlara göre daha yaygın olup erkek/kız oranı 2/1'den 9/1'e farklılık göstermektedir. İşlevsellikteki bozulma değerlendirildiğinde kız çocukların erkek çocuklarından daha fazla etkilendikleri görülmüştür.

2.1.2.4. DEHB'li Bireyin Olumlu Özellikleri

Ailelerin DEHB'li çocuğun olumsuz özelliklerine aşırı odaklanmasından dolayı bu çocukların olumlu özellikleri genellikle fark edilmez. Bununla birlikte sürekli eleştirilen DEHB'li çocuklar da kendilerinin olumlu özelliklerinin farkında değildirler.

DEHB'li çocuklar; enerjik, yaratıcı, sıcakkanlı, cana yakın, kolay ilişki kurabilen, hoşgörülü, mizahi anlayışları olan, risk alabilen çocuklardır ve bu yönleriyle olumlu özelliklere sahiplerdir.

Psikoterapide DEHB'li çocuk ve bireylerin bu özellikleri vurgulanarak özgüvenleri ve kendilerine dair pozitif anlayışı geliştirmeleri sağlanmaktadır. Ayrıca ebeveyn eğitimlerinde ebeveynlere çocuklarının sahip oldukları bu olumlu özellikleri fark etmeleri sağlanmalı ve bu özellikler ile çocuğun beceriler edinmesine yardımcı olunmalıdır.

2.1.2.5. DEHB Olan Meşhur Kişiler

- Galileo Galilei
- W.A. Mozart
- Leonardo Da Vinci
- Albert Einstein
- W.E. "Walt" Disney
- John Lennon
- Winston Churchill
- Henry Ford
- Louis Pasteur
- Jules Verne
- Steve Jobs
- Sylvester Stallone
- Thomas A. Edison
- Agatha Christie
- John F. Kennedy
- Robin Williams
- Tom Cruise
- Galler Prensi Charles
- Ludwig W. Beethoven
- Magic Johnson
- A. Graham Bell

2.1.2.6. DEHB Tanı Yöntemleri

DEHB tanısı çocuk-ergen psikiyatri uzmanları tarafından belirli aşamalar ardından koyulmaktadır. Bu tanı konulmadan önce çocuğun ebeveynleri, öğretmenleri ile görüşmeler yapmak ve klinik ortamda çocuğun davranışlarını gözlemlemek ve DEHB ile karıştırılması mümkün olan psikiyatrik ya da tıbbi durumların elenmesi gerekmektedir.

Tiroid hastalıkları, kansızlık, kan şekeri düşmesi ya da yükselmesi, epilepsi, kurşun zehirlenmesi, uyku problemleri gibi tıbbi rahatsızlıklar; aile içi disiplin problemleri, cinsel istismar, akran zorbalığı, travma, kaygı bozuklukları, öğrenme güçlüğü gibi psikiyatrik ve psikolojik problemler DEHB tanısı konulmadan önce ayırıcı tanıları ile değerlendirilmelidir.

DEHB belirtileri erken çocukluk döneminde ortaya çıkmaya başlasa da kliniklere başvuru genellikle 6-7 yaş civarında okula başlamayla beraber olmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan akademik ve sosyal ilişkilerde yaşanan güçlükler aileleri kliniklere başvurmaya iter. Aynı zamanda öğretmen ve okul yönlendirmeleri de ailelerin çocuklarını kliniklere götürmelerinde etkilidir.

Belirtiler değerlendirilirken çocuğun birden fazla ortamda bu sorunları yaşıyor olması önemlidir. DEHB işlevselliği birden fazla ortamda bozmakta ve etkilemektedir. Bunun dışında görme-ışitme kusurları, gelişimsel sorunlar, fiziksel rahatsızlıklar, sosyokültürel yetersizlikler, yanlış ebeveyn ve öğretmen tutumları DEHB tanısı konulmadan önce değerlendirilmeli ve elenmelidir.

Çocuğun davranışları farklı ortamlarda değişebilecektir. Normalde çok uyumlu olan çocuk muayene esnasında sorun çıkarabileceği gibi aşırı hareketli çocukta muayenede uyumlu davranabilir. Bu gibi sebeplerle gelişimsel öykü aileden detaylıca dinlenmeli, gerekli ölçekler aile ve öğretmen tarafından doldurulmalıdır. Bu ölçekler arasında Connors Öğretmen ve Ebeveyn Ölçeği, Çocuk Davranış Listesi Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi yer alabilmektedir.

Ebeveyn ve öğretmenlerin doldurdukları ölçeklerin sonuçları ayrıca bu belirtilerin 12 yaştan önce başlamış olması, süregelen olması, birden fazla ortamda görülüyor ve çocuğu etkiliyor olması, işlevsellikte bozulmaya sebep olması ve davranış düzenleme teknikleri ile düzelmemesi gibi kriterlerce de değerlendirilmektedir.

Ayrıca klinik ortamda çocuğa WISC-4 zekâ testinin belirli alt testleri, bilgisayar başında uygulanan MOXO Dikkat Testi gibi testlerle de çocuğun gözlemlenmesi ve son olarak bütün belirtilerin bir araya getirilerek tanı konulması gerekmektedir. Bütün psikiyatrik tanılarda olduğu gibi DEHB tanısının da sadece psikiyatristler tarafından konulduğu unutulmamalıdır.

2.1.3. Yaşam Döneminde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri yaşamın ilk yılları itibariyle hissedilmeye başlanmaktadır. Ancak gelişim dönemlerinin farklı özelliklerde olması sebebiyle DEHB belirtileri de farklı yaşlarda farklı görünümde karşımıza çıkmaktadır. DEHB'yi daha iyi anlayabilmek için farklı yaş dönemlerinde nasıl belirtilere sebep olduğunu bilmek ve geniş çerçeveden bakmak gerekmektedir.

2.1.3.1. Bebeklik Dönemi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu bilinildiği gibi doğuştan gelen nörogelişimsel bir bozukluktur. Gebelik döneminde yaşanan bazı risk faktörleri DEHB oluşumunda rol oynamaktadır. Annenin biyolojik, fizyolojik ve psikolojik durumu anne karnındaki bebekte risk oluşturmakla birlikte, riskli gebelik faktörü de DEHB oluşumuna sebep olabilmektedir. Araştırmalara göre hamilelik dönemi risk faktörleri doğum sonrasında nörogelişimsel sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunların %50'si motor ve hareket problemleri, bilişsel sorunlar, dikkat veya gelişimsel sorunlar gibi nörogelişimsel bozukluklardır.

DEHB doğuştan gelen, nörogelişimsel bir bozukluk olduğu için, bebeklerde doğdukları an itibariyle hatta bazen hamilelik döneminde belirtiler ortaya çıkmaya başlayabilir. Hamilelik döneminde bebeğin anne karnında aşırı hareketli olması, doğumdan sonra; uyku azlığı, ışık, ses, ısı gibi uyaranlara aşırı hassasiyet göstermesi, kucakta ayakta durulmasını istemesi, huzursuzluk ve gerginlik, zor sakinleşme, kolay ağlama, oyun ve oyuncaklara odaklanma sağlayamama belirtileri görülebilmektedir. Bu sebeplerle doktora başvuru yapılan bebeklerin durumu genellikle anlaşılmadığı için gaz problemi olarak açıklansa da ilerleyen yıllarda DEHB belirtileri kendisini göstermeye devam etmektedir.

Çocuğuna DEHB tanısı konulan anneler, çocuklarının daha karnında iken kıpır kıpır olduğunu, kısa uyuduklarını, kolay uyandıklarını, kucakta durmak istediklerini, emzirirken bile hareketli olduklarını söylemektedirler. Bu belirtilere sahip olan bebeklerin tamamının ileride DEHB tanısı alacakları düşünülmemeli başka fizyolojik problemlerinde bu sorunlara sebep olabileceği unutulmamalıdır. Bu belirtilere sahip olan bebekler bir çocuk hekimi tarafından değerlendirilmeli, fizyolojik bir problem yoksa ebeveyn eğitimi ile bakım, bağlanma ve iletişim becerileri desteklenmeli aile ve ev ortamları düzenlenmelidir.

Ayrıca gelişimsel sürece bağlı belirtilerin de değerlendirilmesinde fayda vardır. Konuşma öncesi görülebilen tutturma, ağlama ve öfke problemleri ile “terrible two” olarak bilinen 2-3 yaş dönemi sendromları ile karıştırılmamalıdır. Yine bu dönemde görülen belirtiler ebeveyn eğitimi ve doğru ebeveyn tutumları ile desteklenmelidir.

2.1.3.2. Okul Öncesi Dönem

Okul öncesi dönemde DEHB, daha çok aşırı hareketlilik, dürtüsellik, davranış problemleri, öfke ve sinirlilik nöbetleri, inatlaşma gibi belirtilerle kendisini göstermektedir. Bu çocuklar hayatlarında ilk kez sosyalleşmeye başladıkları kreş, okul öncesi kurumu, park gibi sosyal alanlarda kurallara uymakta zorluklar yaşamakta, arkadaş ilişkilerini kurma ve sürdürmede sorunlar görülmektedir. Ayrıca aşırı hareketliliğe bağlı olarak kaza ve yaralanma gibi durumlarda okul öncesi dönemde sıklıkla karşılaşılan durumlardır.

Bu dönemde DEHB’li çocuğu ebeveynleri, devamlı hareket halinde, koltuk tepelerinde geziyor, çok konuşuyor, ilgi odağı olmayı seviyor, gürültücü, sakar, sık düşüyor, oyuncaklardan çabuk vazgeçiyor, ilgi süresi kısa gibi özelliklerle tanımlarken; kreşte öğretmenleri ise, kurallara uyamıyor, sıra bekleyemiyor, gruplardan dışlanıyor, sakince yerinde duramıyor, el becerileri zayıf, resim ve boyama gibi masa başı aktivitelerden hoşlanmıyor gibi özelliklerle tanımlarlar.

Bu çocuklar genellikle koşan, zıplayan, atlamayı seven çocuklardır. Pencereden sarkma, ateşle oynama, yüksek yerlerden atlama gibi riskli davranışlara yeltenebilirler. Ev kazaları sonucu hastanelerin acil servislerine başvuruda bulunabilirler. Bununla birlikte kalem tutma, kesme, boyama yapma gibi akademik becerilerde çabuk sıkılır ya da yapmayı reddederler. Bu dönemde kız çocuklarında dikkat problemleri, erkek çocuklarında ise aşırı hareketlilik dikkat çekmektedir.

2.1.3.3. Okul Çağı Dönemi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri bebeklik döneminden başlayarak, üç yaş itibariyle sıklıkla fark edilmeye başlar. Ancak sosyal ve akademik sıkıntılar okul dönemiyle birlikte ortaya çıkmaya başlaması sebebiyle kliniklere başvuru oranı sıklıkla okul çağında görülmektedir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulurken, dikkat ve hareketliliğin yaşa uyumlu olup olmadığı değerlendirilir. Okul çağı döneminde yaşa uygun olmayan yetersiz dikkat süresi ve yine yaşa uygun olmayan hareketlilik çocuğun

sosyal ve akademik beceriler edinmesini olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte DEHB’li çocuklar yürütücü işlevlere bağlı; kuralları sürdürmemeye, yerinde duramama, sırasını bekleyememe, dikkatini sürdürmemeye davranışları yüzünden, akranlarıyla ve otorite figürleriyle olan ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır.

Okul çağı döneminde DEHB’li olan çocuklar yerinde duramama, sırasını sallama, sık sık yerinden kalkma, sınıfta dolaşma, ödevi yarıda bırakma ya da yapamama, sınıf içerisinde diğerlerinin de dikkatlerini dağıtma, teneffüslerde koşuşturma, öğretmenin sözünü dinlememe, derste odaklanamama, arkadaşları tarafından dışlanma, ilişki sorunları yaşama, kendisi gibi hareketli çocuklarla arkadaşlık kurma, ödevleri ve eşyalarını unutma, eşyaları kaybetme gibi özellikleriyle dikkat çekerler.

Okul öncesi ve okul çağı çocuklarında DEHB tanısı konulduktan sonra yapılacak ilk müdahale ebeveyn eğitimidir. Ebeveynlerin DEHB hakkında bilinçlendirilmesi, öğretmen ile iş birliği yapılması çocuğun yaşam kalitesini arttıracak DEHB’ye bağlı yaşanabilecek problemleri azaltacaktır.

2.1.3.4. Ergenlik Dönemi

Okul çağı ile başlayan belirtiler ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde değişmektedir. Ergenlik döneminde, dürtü kontrolü, odaklanma, dikkati sürdürebilme, duygu düzenleme becerileri, planlama, sebat etme davranışı gibi yürütücü işlevleri kapsayan yeteneklerde zayıflık görülmekle birlikte; bunlara bağlı olarak akademik başarıda da düşüş görülmektedir. Bazı çocuklarda dürtüselliğin sebep olduğu davranış sorunları devam etmekte, bazı çocuklarda ise bu sorunlar azalmaktadır. Davranış problemleri azalan çocuklarda devam eden dikkat problemleri ise akademik düşüşle beraber özgüven problemleri, sosyal iletişim sorunları ve sorumluluk almada güçlüğüne neden olmaktadır. Ergenlerin kendi öz değerlendirmelerini içeren “Ergen Öz Bildirim Ölçekleri” tanı ve tedavide kullanılabilir (Kaner, Büyüköztürk, İşeri, 2012).

Ağır şiddetli belirtiler yaşayan vakaların tedavi edilmemesi durumunda, ilerleyen yıllarda anti sosyal davranışlar, madde kullanımı ve kişilik patolojisi görülmeye başlanır. Araştırmalar ergenlerde görülen alkol, madde kullanımı, internet ve aşırı ve kontrolsüz cinsellik gibi bağımlılıklar ile DEHB arasında doğru orantı olduğunu göstermektedir. Ayrıca DEHB’nin bir özelliği olarak yaşanan duygusal düzenleme güçlüğü ergenlerde riskli davranışlara, saldırganlığa, kazalara ve intihara sebep olabilmektedir. Buna bağlı olarak DEHB’li ergenler normal akranlarına oranla akran ilişkileri ve sosyalleşmede daha çok problem yaşarlar.

Okul öncesi, okul çağı ve ergenlik döneminde tanı alan DEHB’li çocukların tedavisinde gerekli durumlarda psikofarmakolojik tedavinin yanı sıra oyun terapisi, psikososyal yaklaşımlar, ebeveyn eğitim programları, ebeveyn-çocuk etkileşim ve bağlanma terapisi, DEHB koçluğu ve özel eğitim etkili olarak kullanılabilir. Bütüncül yaklaşım yani (gerekli durumlarda) ilaç tedavisi, ebeveyn eğitimi, çocuk için bireysel terapi ve okul-öğretmen iş birliği en etkili tedavi yöntemidir.

2.1.3.5. Erişkinlik Dönemi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu sadece çocukluk çağı bozukluğu değil erişkinlik döneminde de problemlerin devam ettiği bir bozukluktur. Yakın zamana kadar DEHB’nin erişkinlik döneminde kaybolduğu düşünülse de araştırmalar çocuklukta tanı alan ve tedavi edilmeyen kişilerde belirtilerin farklı şekillerde devam ettiğini göstermiştir (Sürücü, 2019).

DEHB’li çocukların %60’ında erişkinlik döneminde sosyal, akademik ve mesleki sorunlar sürmektedir. DEHB’li erişkinlerde akademik ve mesleki başarısızlıklar, riskli davranışlarda artış, alkol ve madde kullanımı, trafik ve ev kazaları, yasal problemler görülebilmektedir. Ayrıca günlük işlerde dikkatsizlik, çok fazla hata yapmak ya da hata yapmamak için çok yavaş çalışmak, işleri bitirmekte zorluklar yaşamak, eşyaları kaybetmek, görev ve etkinlikleri sürdürmekte ve sonlandırmakta güçlükler yaşamak, dikkatin çabuk dağılması, huzursuz hissetmek, otururken diz ya da bacak sallamak, çok konuşmak, sıra beklemekte güçlük çekmek gibi problemler yetişkinlik DEHB’sinde sıklıkla karşılaşılan sorunlardır.

Yetişkinlerde DEHB tedavisi alanında uzmanlaşmış bir psikiyatrist eşliğinde gerçekleştirilmeli, eş tanılara ve günlük hayatı zora sokan durumlara karşı psikolojik destek alınmalıdır.

2.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili yapılan araştırmalar, DEHB’ye eşlik eden başka psikiyatrik tanılar olduğunu göstermektedir. Eşlik eden tanılar ise, DEHB tedavisinin sürecini değiştirebilmekte, çocuğun sosyal ve akademik hayatını olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple klinik gözlem yapan uzmanın dikkatli davranması ve terapi planlaması yaparken eşlik eden diğer psikiyatrik tanılar göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

DEHB'ye eşlik eden tanılar arasında; Özgül Öğrenme Güçlüğü, Zihinsel Yetersizlikler, Üstün Yeteneklilik, Karşı Olma Karşı Gelme ve Davranım Bozukluğu, Kaygı Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Okul Reddi, Depresyon, Öfke Problemleri, Akran Zorbalığı, Suça Yatkınlık, Riskli Davranışlar, Empati ve Duygu Güçlükleri, Uyku Bozuklukları, Davranışsal Bağımlılıklar, Madde Bağımlılıkları yer almaktadır.

2.1.4.1. Özgül Öğrenme Güçlüğü

Özgül-Özel Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG), çocuğun zekasının normal ya da normalin üstünde olmasına rağmen, okuma yazma, konuşma, akıl yürütme ya da matematik becerilerinde yaşına göre beklenen becerileri sağlayamaması problemidir. Özgül Öğrenme Güçlüğü olan çocuklar bu becerilerde yaşına ve eğitim düzeyine göre beklenenin altında başarı gösterirler. Bu becerilerin kazanılması süresinde yaşanan güçlükler, eğitim, bireysel, ailesel ve çevresel güçlükler ile karşılaşılmasına da zemin hazırlamaktadır.

Özgül Öğrenme Güçlüğü de tıpkı DEHB gibi DSM-V'te Nörogelişimsel Bozukluklar bölümünde yer almaktadır.

Disleksi: Okuma bozukluğu olarak tarif edilebilmektedir. Öğrenme güçlükleri altında yer alan disleksinin belirtileri arasında; okurken belirgin yanlışlıkların yapılması, çizim bakımından birbirlerine benzeyen harflerin karıştırılması, harf ya da satır atlayarak okuma yapılması, eksik okuma, kelime içerisinde harflerin yerlerini değiştirme, okurken sık sık yerini kaybetme, yavaş okuma, okumaya baştan değil sondan başlama, yer almaktadır.

Diskalkuli: Matematiksel beceri bozukluğu olarak tarif edilebilmektedir. Matematik beceri bozukluğu belirtileri arasında; sayı saymayı öğrenmede güçlük, matematiksel terim, sembol ve işaretleri öğrenmede güçlük, dört işlem yapma ve problem çözmede güçlük, geometrik şekilleri kavramada güçlük, yer almaktadır.

Disgrafi: Yazı yazma bozukluğu olarak tarif edilebilmektedir. Yazma bozukluğunun belirtileri arasında; birbirlerine benzeyen harfleri karıştırarak yazma, noktalı ve noktasız harfleri karıştırma, noktalama işaretleri kullanmama, çok karışık ve düzensiz yazma, paragraf ve satır başı kullanmama, bakarak yazma konusunda problem yaşama, yer almaktadır.

Özgül Öğrenme Güçlüğü olan çocuklarda ayrıca okuma, yazma ya da matematik becerilerinin yanı sıra başka sorunlar da yaşanmaktadır. Bu sorunlar arasında yön

karıştırma (sağ-sol/ doğu-batı), saat ve gün karıştırma, zamanı söylemede güçlük yaşama (dün-yarın) yer almaktadır.

DEHB tanısı almış çocukların %20-35'inde özgül öğrenme güçlüğü de vardır. (Sürücü, 2019). Bu çocuklar genellikle yaşadıkları akademik problemler sebebiyle kliniklere getirilirler. Tedavi edilmeyen ve destek görmeyen çocuklarda aile ve okul çatışmaları başta olmak üzere, özgüven eksikliği, depresyon, davranış bozuklukları, ilgi kaybı, okul fobisi gelişmektedir. Yine tedavi edilmeyen bu çocuklar sıklıkla okula devam etmemekte, meslek edinmekte ve girdikleri işleri sürdürmede güçlükler yaşamaktadırlar.

DEHB'ye eşlik eden ÖÖG olduğunda ilaçlı tedavinin yanı sıra çocuğa eğitimsel destek çalışmaları, özel eğitim, öğrenme ve pekiştirme modelli terapiler uygulanmaktadır. Çocuğun ihtiyacı iyi anlaşılmalı ve ihtiyacı olan becerinin geliştirilmesinde psikiyatrist, psikolog, özel eğitim öğretmeni eş zamanlı çalışmalıdır. Ayrıca ailelere de eğitimler vererek hem DEHB'ye hem de ÖÖG'ye bağlı yaşanabilecek problemler ve çocuklarına nasıl destek olabilecekleri konusunda bilgiler aktarılmalıdır.

2.1.4.2. Zihinsel Yetersizlikler

DEHB belirtileri ile zekanın yüksek ya da düşük olması arasında bir bağlantı bulunmamaktadır. DEHB'li bireylerin çoğu normal zekaya sahipler bireylerdir. Ama bununla birlikte üstün zekalı ya da zekâ sorunu olan bireylerde de DEHB görülebilmektedir. Ayrıca DEHB ve Anlıksal Yeti yitimi (zihinsel yetersizlik) DSM-V'te aynı başlık altında (Nörogelişimsel Bozukluklar) yer almaktadır.

Zekâ; bireyin topluma uyum sağlama becerilerini yansıtır. Zihinsel Yetersizliği olan çocuk-ergen ya da yetişkin kısıtlı öğrenme becerisine sahiptir. Bununla birlikte öz bakım, sağlık, güvenlik, iletişim becerileri, eğitim-öğretim konularında da yaşlarına göre beklenen düzeyin altında becerilere sahip olurlar. Zihinsel yetersizlikleri olan bireylerin sınırlı bilişsel becerileri olması sebebiyle insan ilişkilerinde uyum ve iletişim becerilerinin zayıf olması onların baş etme becerilerinin de zayıf olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla zihinsel yetersizliğe sahip olan bireylerde başka psikiyatrik eş tanıya rastlanma olasılığı da yüksektir. Ama zihinsel yetersizliğin varlığı diğer psikiyatrik tanılarının değerlendirilmesi, araştırılması ve tanımlanmasını güçleştirmektedir. Bu sebeple zihinsel yetersizliğe eşlik eden tanıların tespiti zordur.

DEHB'nin eşlik ettiği zekâ geriliği vakalarında öğrenme ve beceri edinme yeteneği daha da düşmekte, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik yaşamın her alanında işlevselliği daha da bozmaktadır.

DEHB ve eş tanıli Zekâ geriliğinde, özel eğitim, ebeveyn eğitimi, ebeveyn destek programları ve gerekli durumlarda ilaç kullanımı gerekmektedir. Ayrıca Zekâ geriliği olan bireylerde başka psikiyatrik eş tanılarda görülebileceği için bu kişilerin sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik tedavilere dahil olmaları gerekmektedir.

2.1.4.3. Üstün Yeteneklilik

Üstün Yeteneklilik, zekâ, motivasyon, liderlik, yaratıcılık, akademik performans alanlarında yaşıtlara göre yüksek performans gösterilmesidir.

Yüksek IQ'ya sahip çocuk-ergen ya da yetişkinlerde eş tanı olarak DEHB görmek mümkündür. Bu kişiler; çabuk sıkılan, odaklanma problemi olabilen ve genellikle hareketli kişilerdir. Bu sebeple tanı koyarken yaşanan problemlerin üstün zekalılık ile mi yoksa DEHB ile ilgili mi olduğuna dikkat edilmelidir.

Üstün zekaya sahip ama DEHB belirtileri de olan çocuklar, öğrenme kapasiteleri iyi olduğu için ilk akademik yıllarda bilgileri edinebilirler hatta dikkate bağlı problemler bu sebeplerle yadsınabilir. Ancak ilerleyen yıllarda dersler zorlaştıkça ve sadece okulda dersi dinlemeleri yetmeyince, akademik zorlanmalar yaşayabilirler. Ayrıca bu çocuklarda gelişimin hızlı seyrinden dolayı akran ilişkilerinde problemler, öfke patlamaları, zarar verme davranışları, karşı olma karşı gelme ve inatlaşma problemleri de görülebilmektedir. Bu sebeple benlik saygısında düşme, benlik algısının bozulması, öfke problemleri gibi duygusal sorunlarda ortaya çıkabilmektedir. Bu çocukların öğrenme ihtiyaçları doyurulmadığında ve öğrenme hızlarına yönelik eğitim almadıklarında eğitim ortamından soğuyabilir, DEHB'li çocuklar gibi sıkılma, dersi dinlememe, unutkanlık gibi özellikler gösterebilirler.

DEHB ve eş tanıli Üstün Zekalılık terapisinde; bireysel psikoterapi, aile eğitimi, psikoeğitim ve DEHB için ilaç tedavisi kullanılabilir.

2.1.4.4. Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu

Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğunda erişkinlere, özellikle ebeveynlere karşı olma, inatçılık ve itaatsizlik davranışları görülmektedir. Davranışlarda ve sosyal ortamlarda uyumsuzluk, otoriteye karşı gelme, kural tanımama, sözel saldırganlık hali söz konusudur. Okul öncesi ve ergenlik dönemlerinde daha normal olarak kabul edilebilecek olan bu davranışlar, daha uzun süreli ve daha ciddi boyutta ise karşı olma karşı gelme bozukluğundan şüphe edilebilmektedir.

DEHB tanısına eşlik eden karşı olma karşı gelme bozukluğu sosyal geçimsizlik ve uyumsuzluk davranışlarıyla fark edilmektedir. Bu çocuklar aynı zamanda okul ve idareye karşı başkaldırı davranışları sergileyebilirler.

Tedavi edilmeyen karşı olma karşı gelme bozukluğu ilerleyen yaşlarda davranış problemlerine, depresyon ve bağımlılıkların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu sebeple erken yaşlarda fark edilen çocukların terapi planlamaları yapılmalı, ebeveynlere eğitimler verilerek çocukta görülen bu problem hakkında nasıl yaklaşımlar sergileyecekleri öğretilmelidir.

Davranım Bozukluğu olan çocuklarda ise toplumsal ve ahlaki değerlere, kurallara uymama vardır. Genellikle kendi davranışlarının farkında olmaz ya da bu davranışları sorun olarak görmezler. Bu çocuklar sosyal hayatta, kavga çıkaran, eşyalara ve çevreye zarar veren, kurallara uymayan çocuklar olarak görülürler.

DEHB'ye eşlik eden Karşı Olma Karşı Gelme ve Davranım Bozuklukları, hiperaktivite ve dürtüsellik verdiği risk alma davranışları ile bir araya geldiğinde, durup düşünme ve davranış frenleme mekanizmasına sahip olmayan çocuk daha riskli davranışlarda bulunabilecektir. Bu çocuklar kendilerine, ailelerine ve topluma ciddi zararlar verebilmektedirler. Bu sebeple erken tanı alan çocuklar farklı tedavi yöntemleri ile tedavi edilmelilerdir.

Davranış eğitimi, aile tedavisi, ebeveyn eğitim programları ve ilaçlı tedavi bu bozuklukta kullanılan tedavi yöntemleridir. Çocuklukta davranım bozukluğu sergileyen ve tedavi edilmeyen bireyler yetişkinlikte anti sosyal davranışlar gerçekleştirebilir ve Anti Sosyal Kişilik Bozukluğu geliştirirler.

2.1.4.5. Kaygı Bozukluğu

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 5.baskısı olan DSM-V'te, Kaygı Bozuklukları kategorisinin altında; ayrılık kaygısı, özgül fobiler, sosyal fobi, seçici konuşmazlık (selective mutizm), panik bozukluk, agorafobi, genelleşmiş kaygı bozukluğu yer almaktadır.

DEHB olan çocuk, ergen ve yetişkinlerde kaygı sorunları görülebilmektedir. Bu kişiler kolay endişelenir ve her şeyden tedirgin olurlar. Kaygı bozukluğu olan çocuklar ebeveynlerinden ayrılmak istemez, ayrı yatamaz, hatta bazıları okula gitmek için evden ayrılmak istemezler. Aşırı kaygı hali bu bireylerin uykusuzluğuna sebep olduğu gibi dikkati de olumsuz etkilemektedir. Kaygılı bireylerde; huzursuzluk, sinirlilik, dikkat problemleri, dikkate bağlı ortaya çıkan kazalara karşı tedirginlik görülebilmektedir.

DEHB ve Kaygı Bozukluğunun eşlik ettiği kişilerin günlük yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir.

DEHB’li çocuk ve ergenlerde sosyal fobi, ayrılık kaygısı ve genel kaygı bozukluğu görülebilmektedir. Bu birlikteliğin tedavisinde ilaçlı tedavi, psikoterapi uygulamaları eş zamanlı ilerlemelidir. Kaygı problemleri kontrol altına alındığında DEHB tedavisi de olumlu yönde etkilenecektir.

2.1.4.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) DSM-V’te; Obsesif Kompulsif Bozukluk, Beden Dismorfik Bozukluk, İstifleme Bozukluğu, Trikotilomani, Deri Yolma, İlaçlar ve Tıbbi durumların yol açtığı OKB başlıkları altında bir kategoriye toplanmıştır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk; takıntılı düşünce, görüntü ve dürtülerin (obsesyon) ve yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerin (kompulsiyon) oluşturduğu psikiyatrik bir bozukluktur. Obsesyonlar kişinin engel olamadığı düşünce, görüntü ve hayallerken; kompulsiyonlar ise obsesyonların neden olduğu huzursuzluğu ve sıkıntıyı ortadan kaldırmak için yapılan yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerdir.

Geller ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada DEHB’li olguların %8’inde OKB görülmüştür. Bununla birlikte DEHB’nin eşlik ettiği OKB tanılarının tedavisi kişinin işlevselliği açısından oldukça önemlidir.

Klinik görünümde DEHB ve OKB farklılıkları mevcuttur. DEHB’ye sahip dürtüsel bireyler yaptıkları davranışların sonunu düşünmezken, OKB’li bireyler yaptıkları davranışların sonuçlarını yoğun bir şekilde düşünürler. Dürtüsel bireyler ayrıca risk içeren davranışlar sergilemekten çekinmezken, OKB’li bireyler riskli davranışlardan kaçınırlar.

DEHB ve eş tanıılı OKB tedavisinde öncelik OKB’nin tedavisi olmalıdır. Böylelikle dikkatsizlik belirtileri de azalacak, kişide kaygıya neden olan takıntıların azalması dikkati olumlu etkileyecektir. İlaçlı tedavi, psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi bu bozukluklarda kullanılabilecek tedavi yöntemleridir. Ayrıca bu bozukluklara dair kişiye ve ailesine psikoeğitim verilmelidir.

2.1.4.7. Okul Reddi

Okula gitme isteksizliği, okulu sevmeme, sürekli devamsızlık yapma, okul hakkında yakınmalar, okula gitme zamanı geldiğinde görülen somatik belirtiler, okula gitme zamanında yoğun ağlama krizleri, uyku bozuklukları, huzursuzluk gibi belirtilere

sebeup olan okul reddi, ailenin ve okul idaresinin bilgisi dışında gerçekleşen okuldan kaçma davranışından ve okul ortamından korkmak olarak tanımlanan okul fobisinden farklı bir durumdur.

Okul reddi üzerine Kearney ve Silverman'ın 1993'te yaptıkları araştırmaya göre; okul reddi, okula gitmeyi reddetme ve okulda tüm günü geçirmeye yaşanan zorlukları kapsamaktadır. Okul reddi olan bireyler okuldan uzak kalma, gitmemek için çeşitli mazeretler üretme davranışlarına sahip olurlar.

Okul reddinin nedenleri arasında; yeni kardeş doğumu, okullar arası geçiş döneminde adaptasyon sorunu (ilkokul, ortaokul, lise), okul sınıf ya da öğretmen değişikliği, doğal afetler, ebeveynlerin boşanması, okulda verilen ağır ödevler, akran zorbalığı ve iletişim problemleri, şiddet ve istismar yer almaktadır.

DEHB sebebiyle yaşanan dikkat ve odaklanma problemlerinin sebep olduğu akademik başarısızlık, başa çıkma becerilerinin zayıflığı ve sosyal iletişim problemleri de bireyin okula gitmek istememesine sebep olabilmektedir. Okul Reddi tanısı konulmadan önce DEHB belirtileri değerlendirilmeli ve tedavi planlaması düzenlenmelidir.

Okul reddi ve DEHB birlikteliğinde gerekli durumlarda ilaç tedavisi, psikoöğitim, aile eğitimi, ebeveyn yaklaşımı, bireysel psikoterapi, sosyal ve akran ilişkileri üzerine çalışılmalıdır. Okul reddi yaşayan çocuğun yaşına göre oyun terapisi ve bilişsel davranışçı terapi okul reddinde etkili bir biçimde kullanılan terapi yöntemleridir.

2.1.4.8. Depresyon

Erken yaşlardan itibaren yaşanan ve DEHB'nin neden olduğu başarısızlık, yetersizlik, eleştirilme ve toplumdandan dışlanma gibi durumlar ocuk-ergen ve yetişkinlerde özgüven kaybı ve depresyona neden olabilmektedir. Araştırmalara göre de DEHB tanılı bireylerin %20 ila %30'unda depresyon görölmektedir.

Çocuklukta görölen depresyon belirtileri yetişkin depresyon belirtilerinden farklılık göstermektedir. Çocukluk ağı depresyonu sinirlilik, sosyal geri çekilme, karşı olma karşı gelme ve somatik belirtiler ile kendisini göstermektedir. Ayrıca DEHB ve depresyon eş tanılı çocuklarda görölen sinirlilik halinin davranım bozukluklarına, dürtüselliğin ise saldırganlığa da yol açtığı görölmüştür. Bu da ergenlik ve yetişkinlik döneminde işlevselliğin daha da bozulmasına neden olmaktadır. Ergenlikte depresyon geliştirme riski DEHB tanılı çocuklarda normal çocuklara oranla 5 kat daha yüksektir. Özellikle kız çocuklarında bu oran daha yüksek olmakla beraber, DEHB'li erişkinlerde depresyon nüks oranı da normal popölasyona göre daha yüksektir (Sürücü, 2019).

Depresyon belirtileri arasında; mutsuzluk, huzursuzluk, kolay sinirlenme, uyku problemleri, iştah problemleri, özgüvensizlik, öz değer kaybı, somatik belirtiler, konsantrasyon bozukluğu, başlanılan işi bitirememe, akademik başarıda düşüş, sosyal problemler yer almaktadır. Bu belirtilerin biri ya da birkaçı DEHB belirtileri ile karıştırılma ihtimali yüksek olan belirtilerdir. Bu sebeple tanı koyan uzmanın iyi bir değerlendirme yapması, terapi ve tedaviyi doğru tanıya göre planlaması gerekmektedir.

DEHB ve depresyon eş tanısına sahip bireylerde işlevselliğin olumsuz olarak etkilendiği ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinin olması travmatik olaylara maruz kalınmasına, intihar riskine, ailevi ve sosyal çatışmalara sebep olmaktadır.

Diğer tüm psikiyatrik tanılarda olduğu gibi DEHB'ye eşlik eden depresyonda da tedavi eş zamanlı olarak yürütülmelidir. İşlevselliği ve günlük hayatı bozacak düzeyde olan depresyon için öncelikli tedavi gerekmektedir. İlaç tedavisi, psikoeğitim ve bireysel terapi, bilişsel davranışçı terapi, eş tanılı DEHB ve depresyona yardımcı olmaktadır.

2.1.4.9. Öfke Problemleri/ Empati ve Duygu Güçlükleri

Öfke tehdit ve engellemelere bağlı bir uyarılma halidir. Öfkenin olumsuz sonuçları arasında saldırganlık ve şiddet yer almaktadır. Ayrıca öfkeli bireylerde, kişiler arası ilişkilerde problemler, kaygı, depresyon, madde kullanımı, tansiyon problemleri de görülmektedir.

DEHB tanısı almış bireylerde dürtüsellik ve duygu tanımada zayıflığa bağlı olarak öfke ve saldırgan davranışları kontrol etmede güçlükler görülmektedir. Buna bağlı olarak sosyal ilişkilerinde, okul hayatında problemler yaşarlar. Öfke problemi olan ve duygu düzenleme becerileri zayıf olan bu çocukların zayıf empati yetenekleri sebebiyle akran zorbalığı gerçekleştirmeleri mümkündür. Akranları üzerinde saldırganca tutum ve davranış sergilemekle tanımlanan akran zorbalığı daha çok aile öyküsünde de öfke problemi olan çocuklarda görülmektedir. Bu çocuklar akran zorbalığının da sebep olduğu sosyal kopukluk ile tekrar duygusal çıkmaza girer ve günlük hayatta, okulda ve arkadaşları arasında işlevselliklerini kaybederler.

Duygu düzenleme becerileri zayıf olan bireylerin tedavisinde; sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, ebeveyn eğitimi ve bilinçli farkındalık (mindfulness) eğitimleri etkili bir biçimde kullanılabilir.

2.1.4.10. Suça Yatkınlık ve Riskli Davranışlar

Yaşla ve gelişimsel düzeye bağlı olarak gelişen otokontrol DEHB’li çocuklarda dürtüselliğe bağlı olarak bazı problemleri doğurmaktadır. Bu sebeple içsel kontrolü geliştirmek üzere ebeveynler çocuklarına destek ve rol model olmalıdırlar. Böylelikle çocuklar empati sahibi ve başkalarına zarar vermeyen, temel sorumluluklarını edinmiş bireyler olurlar. Ailenin etkili olmadığı ya da DEHB hakkında bilinçli olmadığı durumlarda ise çocuklar içsel kontrolünü geliştirememekte ve davranışsal problemler ortaya çıkmaktadır.

DEHB’deki davranışsal sorunlar, dürtüsellik ve içsel kontrolün zayıflığı gibi faktörler bireyin suça eğilimli olmasına ve riskli davranışlar sergilemesine sebep olabilmektedir. Bu sebeple DEHB tedavisinde iç görü oluşturmaya yönelik çalışmalar, davranışçı terapiler, aile eğitimi, okul iş birliği, bireysel terapi ve gerekli durumlarda ilaç kullanımı gerekmektedir.

2.1.4.11. Uyku Bozuklukları

DEHB ile birlikte en sık görülen uyku problemleri arasında; uykuya geçmede güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, horlama, huzursuz bacak sendromu, gündüz uykulu olma, uyku apnesi ve gece terörü yer almaktadır.

DEHB olan bireyler aşırı hareketlilik ve dürtüselliğe bağlı olarak uykuya geçme konusunda güçlük yaşarlar. Ayrıca hareketli ve yorucu geçen bir günün ardından vücutlarının gevşeyememesi de uykuya geçişi geciktirmektedir.

Ayrıca DEHB’ye bağlı olarak yaşanan organizasyon ve planlama sorunları sebebiyle gün içerisinde yapılması gereken işleri ertelemelerinden dolayı akşam saatlerinde işi bitirmeye çalışır, geç saatlere kalan ödev ve çalışmaların yanı sıra uykuyu kaçırmak üzere tüketilen kafein içerikli içecekler sebebiyle yatağa geç saatte girer ve uykuya dalma problemleri yaşarlar.

Gece geç yatmaya ve günü planlayamamaya bağlı olarak DEHB’li bireyler genellikle sabah uyanamama, uyansa bile yataktan çıkacak enerjiyi bulamama problemleri yaşarlar. Buna bağlı olarak yataktan çıksalar bile günü uykulu bir şekilde geçirirler, esnerler, dikkat hataları yaparlar hatta kazalar yaşayabilirler.

DEHB’li çocuk ergen ve yetişkinlerde genellikle huzursuzluk görülmektedir. Hem uyku problemlerine hem de DEHB’ye bağlı olarak bu kişilerde Huzursuz Bacak Sendromu görülme oranı da yüksektir. Huzursuz Bacak Sendromu; özellikle geceleri

görülen bacaklarda yaşanan karıncalanma, uyuşukluk gibi hislere karşı bacağı hareket ettirme ihtiyacıdır.

Uyku sorunlarının tedavisinde, uyku konusunda uzman bir hekimden yardım alınmalıdır. Uyku bozukluğuna neden olabilecek organik problemler anlaşıldıktan ve elendikten sonra psikolojik problemler de değerlendirilmelidir. Tedavide uyku hijyeni sağlamak, bireysel psikoterapi, psikoeğitim, davranış planlama ve organizasyon çalışmaları yapılmaktadır.

2.1.4.12. Davranışsal Bozukluklar

Bağımlılık denildiğinde madde, alkol, sigara gibi maddeler akla gelse de internet, yemek yeme, kumar, alışveriş, cinsellik gibi davranışların uyumsuz olarak sık sergilenmesi de davranışsal bağımlılığı tanımlamaktadır. Özellikle iç kontrol mekanizmasının ve yürütücü işlevlere bağlı planlama ve organizasyon becerilerin zayıf olduğu DEHB’li bireylerde davranışsal bağımlılıklar ile sıklıkla karşılaşmaktadır.

DEHB’li bireylerde internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı, elektronik araçlara düşkünlük gibi problemler görülmektedir. Özellikle internetin yaygın ve kontrolsüz kullanımına bağlı olarak DEHB’li birey günün nasıl geçtiğini anlayamamakta, planlama ve organize etme güçlükleri yaşamaktadır.

İnternet bağımlılığına bağlı olarak; aile içi çatışmalar, sosyal içe çekilme, ilgi ve istek kaybı, akran ilişkilerinde zorlanmalar, akademik başarının düşmesi, uykusuz kalma, uyku problemleri, harici etkinliklerden uzaklaşma, sağlık problemleri, göz bozukluğu, omurgada eğrilik gibi problemler görülmektedir.

Davranışsal bağımlılıklar arasında yaşa ve normale uygun olmayan alışveriş yapma, yemek yeme, kumar oynama ve sekste girmektedir. Bu bağımlılık doğuran davranışlar kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, sosyal ve kişisel sorunlara sebep olmaktadır. Özellikle DEHB’nin eş tanı olarak görüldüğü davranışsal bağımlılık tedavisinde psikofarmakolojik yaklaşımlar, bilişsel davranışçı terapi, duygu durum tedavisi, aile hayatı ve sosyal iletişim desteği ve sosyal beceriler edinilme çalışmaları uygulanmalıdır.

2.1.4.13. Madde Bağımlılıkları

Bağımlılık bir maddeye, duruma ya da davranışa karşı tolerans geliştirme ve olumsuz etkilerine rağmen durdurulamama halidir. DEHB’li bireylerde görülen yürütücü

işlevlere dair bozukluklar ve iç kontrol mekanizmasında zayıflıklar madde kullanımına kaymaya sebep olabilmektedir.

DEHB ile alkol, madde ve sigara kullanımı arasında doğru orantı vardır. Madde kullanan kişilerde DEHB sıklığı daha yüksek olmakla beraber, DEHB olan kişilerde de maddeye eğilim daha fazladır. Özellikle DEHB'li bireylerde madde ile erken tanışma, hızlı bağımlılık geliştirme ve buna bağlı olarak daha uzun süre kullanım tedavi sürecini de zorlaştırmaktadır.

DEHB ve Madde Bağımlılığı eş tanısı ayrıca başka psikolojik ve psikiyatrik bozuklukların doğmasına da sebep olabilmektedir. Karşı olma karşı gelme davranışları, suça eğilim, akademik başarısızlıklar, sosyal ilişki güçlükleri, kaygı bozuklukları, depresyon bu problemler arasında yer almaktadır.

DEHB ve Madde Bağımlılığının eş zamanlı görüldüğü durumlarda psikofarmakolojik tedavi, aile eğitimi, bireysel psikoterapi, sosyal beceri eğitimi gerekmektedir.

2.1.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Uygulanan Tedavi ve Terapi Yöntemleri

Çocuk ve Ergen psikiyatrik bozuklukları arasında en sık karşılaşılan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu yaşam boyu devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur.

Dikkat, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile kendisini gösteren DEHB, tedavi edilmediğinde başka sorunlara sebep olmaktadır. Bu sorunlar arasında sosyal ilişki problemleri, akademik başarısızlık, aile çatışmaları ile depresyon, kaygı bozuklukları, davranışsal problemler gibi psikiyatrik sorunlarda yer almaktadır.

DEHB tedavisinde uygulanan tedavi ve terapi yöntemleri arasında; psikofarmakolojik tedavi, oyun terapisi, DEHB koçluğu, ergoterapi, fizyoterapi ve rehabilitasyon çalışmaları, beslenmenin düzenlenmesi, aile eğitimi, sosyal ve davranışsal beceriler eğitimi, okul ve öğretmen iş birliğine dayalı yaklaşım, bilinçli farkındalık (mindfulness), psikodrama, EMDR yer almaktadır.

2.1.5.1. İlaç Tedavileri

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde çok yönlü bir tedavi planı yapılmakta ve çeşitli yaklaşım ve yöntemlerden fayda sağlanmaktadır. İlaç tedavisi, psikoeğitim ve eğitsel müdahalelerin yanında DEHB tedavisinde oldukça önemli rol

oynamaktadır. Günümüzde DEHB ilaçları hakkında yapılan araştırmalar, ilaçların etkinliğinin kanıtlandığını göstermektedir. İlaçların kullanımı, tedaviye uyum ve devamlılığın sağlanması DEHB tedavisinde önemli yer tutmaktadır. İlaç tedavisinde uzman hekim gözetiminde, ilacı kullanacak olan çocuk ya da yetişkinin tıbbi sağlık geçmişi, başka ilaç kullanıp kullanmadığı, kişinin sağlık ölçümleri ve değerlendirilmesi, nabız, kan ve kalp damar sistemi değerlendirilmesi, yan etkilere karşı toleransı, işlevsellikte bozulma olup olmaması ve uygun dozun belirlenmesi sağlanarak ilerlenmektedir.

DEHB tedavisinde; psikostimulan (uyarıcı) ilaçlar, atomoksetin, antidepresan ilaçlar, antipsikotikler ve duygu durum düzenleyiciler, modafinil olmak üzere 5 grup ilaç seçeneği mevcuttur. Ülkemizde kullanılan en yaygın psikositimulan ilaçlar; ritalin, concerta ve medikinet'tir.

Uyarıcı ilaçlar; pek çok ilaca göre güvenilir ve yan etkileri az olan ilaçlar olmakla birlikte nadiren yan etkiler ile karşılaşılmaktadır. Bu yan etkiler arasında tikler, uyarıcı ilaç yoksunluğu, depresyon ve iče çekilme yer almaktadır.

Atomoksetin ilaçlar; 24 saat etki süresine sahip olmasından dolayı en uzun etkili ilaçtır. Duygu durum değişikliğine bağlı yan etki oluşması uyarıcı ilaçlara göre daha azdır. Mide ve bağırsak sistemine ilişkin yan etkileri mevcut olabilmektedir.

Antidepresanlar DEHB tedavisinde dikkati arttırmak ve davranışlar üzerinde kontrol sağlamak üzere kullanılmaktadır. Ülkemizde sadece imipramin (Tofranil) ve bupropion (Wellbutrin) bulunmaktadır.

Antipsikotik ilaçlar ve duygudurum düzenleyiciler; öncelikle psikotik bozukluk tedavisinde kullanılan bu ilaçların etkisi saldırganlık ve dürtüsellik davranışları üzerinde de görüldüğü için DEHB tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. Dürtüsel ve takıntılı davranışlar üzerinde etkili olmakla beraber iştah artışı, kilo alımı gibi yan etkileri de mevcuttur.

Modafinil; narkolepsi tedavisinde kullanılan bu ilaç uyanıklığı arttırmasından dolayı DEHB tedavisinde de ihtiyaca göre kullanılabilir.

İlaç tedavisine başlamadan önce gerekli durumlarda eğer ilaca başlayacak kişi çocuksa ebeveyne ve çocuğa; ilaca yetişkin başlayacak ise de kişinin kendisine ilaçlar ve etki mekanizmaları hakkında psikoeğitim verilmesinde fayda vardır. Bu psikoeğitim sayesinde ilaçların devamlılığını sağlamak daha kolaydır. Uzman hekim tarafından verilen psikoeğitimin içeriğinde; ilaçların etki mekanizmaları, güvenirliliği, olumlu ve olumsuz yönleri, ilacın başlama yaşı, devamlılığı, avantajları ve dezavantajları hakkında

bilgiler yer almaktadır. Böylelikle ilacın hangi süre ile ne kadar sıklıkta kullanılacağı, hekim izni olmadan bırakılmayacağı, fayda için uygun dozun takip edilmesi gerektiği ya da ilaçla tedavinin sınırlılıkları hakkında kullanan kişi bilgi sahibi olmuş olacaktır.

İlaç tedavisi DEHB’de oldukça önemli yer tutmakla beraber psikoeğitim ve eğitsel çalışmalar ile desteklendiğinde faydası da artacaktır. DEHB’nin tek bir tedavisinin olmadığı ve çok yönlü terapi ve tedavi süreci gerektirdiği unutulmamalıdır.

2.1.5.2. Oyun Terapisi

Günümüzde çocuk psikolojisinde birçok problemde etkili olarak kullanılan oyun terapisi DEHB tedavisinde de kullanılan bir yöntemdir. Sigmund Freud ile başlayan oyun terapisi süreci Melanie Klein, Anna Freud, Virginia Axline gibi isimlerle günümüze kadar gelmiştir.

Günümüzde oyun terapisini tanıtmak amaçlı “Kuşlar uçar, balıklar yüzer, çocuklar oynar.” Söylemi G. Landreth’a aittir. Yine “Oyun çocuğun dili, oyuncaklar ise kelimeleridir.” sözü ile oyunun terapötik gücü ifade edilmektedir.

Çocukların kendilerini ifade etmelerinin bir yolu olarak oyun, çocukların yaşadıkları duygu ve sorunlarını ifade etmelerini sağlamaktadır. Kendilerini ve duygularını sözel olarak ifade edemeyen çocuklar oyunun terapötik gücü ile bu duygu dışavurumunu sağlarlar. Doğru kurgulanmış bir oyun terapisi odasında bir yetişkin tarafından yönlendirilmeden yaklaşılan Çocuk Merkezli Oyun Terapisi seanslarında çocuk doğal olarak kendi kendini yönetmeyi, kontrol etmeyi, gerektiğinde durdurmayı ve yeniden başlamayı deneyimler.

Oyunun terapötik gücü sayesinde; iletişim, duygu düzenleme, stres yönetimi, sosyal ilişkiler, toplumsal ve ahlaki kurallar, hayata hazırlık, kendini gerçekleştirme gibi deneyimler ve kazanımlar gerçekleşmektedir. Çocukların özgürce oynadıkları ve kendilerini oyun yolu ile ifade ettikleri oyun terapisi seansları psikososyal gelişimlerini desteklemektedir.

DEHB akademik ve sosyal güçlülere sebep olan bir bozukluktur. Akademik olarak problem yaşayan çocukta depresyon, içe çekilme, okul reddi gibi durumlar söz konusu olabileceği gibi aşırı hareketlilik ve davranış yönetimine bağlı problemlerde akran zorbalığı, dışlanma, iletişim güçlüğü gibi sosyal problemlere sebep olmaktadır. Bu sebeplerle DEHB tedavisinde çocuklarla çalışırken oyun terapisinden faydalanılmaktadır. Tedavi sürecine eklenen oyun terapisi seansları ile çocuğun yaşadığı duygusal ve sosyal

problemlere odaklanılır; daha sağlıklı ilişkiler geliştirmesine, kendisini daha rahat ifade etmesine ve daha mutlu bir hayat sürmesine destek sağlanır.

2.1.5.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Koçluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Koçu, DEHB tanılı çocuk, ergen ya da yetişkini; unutkanlık, motivasyon, hedef belirleme ve hedef doğrultusunda çalışma, organizasyon ve zaman yönetimi konusunda destekleyen, yapılandırılmış bir program sunan, uzman hekim ve aile ile birlikte DEHB tanılı çocuk, ergen ya da bireye destek olan kişidir.

DEHB tanısı almış bireyde görülen organizasyon ve planlama güçlüklerinin sebep olduğu işe başlayamama, sürdürmemeye, koordine olamama gibi problemler DEHB Koçu tarafından planlanarak bu görevlerin sürdürülmesine, bu kişinin harekete geçmesine ve başladığı işi ya da görevi tamamlamasına yardımcı olunan yapılandırılmış çizelge ve kurallar ile belirlenir ve bu kişinin hedeflerine ulaşması amaçlanır.

Düzen kazandırmak, zaman yönetimi, sosyal beceriler kazandırmak, organizasyon ve öncelik belirleme, özgüven ve öz saygı gelişimi, kendini ifade etme becerisi kazandırmak, bağımsızlık, dikkat ve odaklanma becerilerini arttırmak, toplumsal hayatta karşılaşılabilecek sorunları yönetmek gibi becerileri edindirmek dikkat koçunun DEHB tanılı çocuk, ergen ya da yetişkin için yardımcı olacağı alanlardır.

2.1.5.4. Ergoterapi

Ergoterapi; bireylerin fiziksel, duyuşsal, bilişsel, psikososyal ve günlük yaşam becerilerine yönelik müdahale yaklaşımları içeren ve bütüncül çerçevede tedavi sağlayan bir sağlık mesleğidir. DEHB tanılı çocukların tedavisinde ergoterapi yaklaşımı etkili olarak yer almaktadır. DEHB'ye bağlı olarak yaşanan motor koordinasyon becerilerinin, sakarlık probleminin, yaşam aktivitelerinin, uyku sorunlarının, oyun ve sosyal ilişkilerin desteklenmesinde ergoterapi rol almaktadır.

DEHB tanılı çocuklarda destek amaçlı kullanılan ergoterapi seansları ile bu çocukların ev, okul ve toplumsal alanlarda günlük yaşam becerilerinde uyumu sağlamak, performanslarını desteklemek, yaşadıkları duyuşsal, bilişsel, algısal, fiziksel ve psikososyal sorunları azaltmak hedeflenmektedir.

Tek başına bir tedavi yöntemi olarak kullanılamamakla birlikte DEHB tedavisinde çok yönlü yaklaşımsal tedavi olarak ergoterapiyi de gerekli durumlarda dahil etmek tedaviden alınan faydayı arttıracaktır.

2.1.5.5. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaklaşımı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış bireylerin, ince ve kaba motor becerilerde problemler yaşadıkları görülmüştür. DEHB’li bireylerin yaşadıkları motor beceri problemlerinin beyinlerinin işlevlerinde farklılıklar olmasından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında DEHB’li bireylerde beyin motor işlevlerle ilgili bölgelerinde boyut farklılıkları ile karşılaşmıştır.

DEHB’li çocuk ya da bireyin iyi bir değerlendirmeden geçmesinin ardından ince ve kaba motor becerilerine yönelik fizyoterapi ve rehabilitasyon çalışmaları ile desteklenmeleri gerekebilmektedir. Denge ve koordinasyon çalışmaları hiperaktiviteye bağlı sakarlık sorunu üzerinde etkili olurken, ince motor becerilere yönelik çalışmalarda kalem tutma, boyama yapma, dökmeden yemek yeme gibi becerilere fayda sağlayacaktır.

DEHB’li çocuklarda rastlanılan sakarlık ve dikkatsizlik gibi problemler bazı çocukların çevresi tarafından alaya alınmasına ve akran zorbalığına maruz kalmasına, sosyal içe çekilmelerine ve akademik başarısızlıklarına sebep olabilmektedir. Bu yüzden tedavi planına eklenecek olan fizyoterapi çalışmaları ile bu problemler ile etkili bir şekilde çalışılması, DEHB’nin sebep olduğu ve genelde arka plana itilen duygusal ve sosyal problemlere de yardımcı olunmasına katkıda bulunur.

2.1.5.6. Beslenmenin Düzenlenmesi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu etiyolojisinde genetik, sosyal, çevresel, nörobiyolojik etmenler yer almaktadır. Bu sebeple tedavisinde de çok yönlü bir yaklaşım uygulanır. Psikofarmakolojik ilaçlar ve psikoterapi, sıklıkla uygulanan yöntemler arasında yer almakla beraber, kullanılan her ilaç çocukta ya da bireyde aynı etkiyi göstermemekte, çocuklar ve bireyler farklı etki ve farklı yan etkilere maruz kalabilmektedir.

DEHB’de ilaç tedavisinde ilaçların çocuklar üzerindeki etkileri konusunda endişe duyulmaktadır. İlaçların yol açtığı iştahsızlık, kilo kaybı, uyku problemleri, kan basıncı yüksekliği gibi yan etkiler sebebiyle ilaçlar dışında farklı tedavi alternatifleri araştırılmaktadır. Bu alternatif tedavilerden biri de beslenmenin düzenlenmesi üzerinedir.

Araştırmalar DEHB ile batı tarzı beslenme arasında ilişki olabileceği görüşündedir. Yüksek yağ, rafine şeker ve doymamış yağ asitleri içerikli beslenme tarzının ayrıca vitamin ve mineral eksikliğinin DEHB üzerinde rolü olduğu düşünülmektedir.

Beslenmenin düzenlenmesi DEHB tedavisinde kesin çözüm olamayacağı gibi, çok yönlü tedavi/terapi yaklaşımına DEHB'li çocuğa olumsuz etkisi bulunan besinler yönünde diyet uygulanması DEHB'nin olumsuz etkilerinin azalmasında faydalı olacaktır.

2.1.5.7. Aile Eğitimi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu sadece ilaçla tedavisi mümkün olmayan bütünsel yaklaşım gerektiren bir bozukluktur. DEHB'nin psikososyal tedavisinde aile ve ebeveyn eğitimi önemli yer tutmaktadır. Barkley tarafından geliştirilen 10 haftalık aile eğitim programının DEHB'li çocuklarda görülen davranışsal sorunlar üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu program doğrultusunda; DEHB'nin aileye tanıtılması, ebeveyn çocuk ilişkileri ve davranış kontrolü edindirme çalışmaları, olumlu davranışlara ilgi gösterme, olumlu davranışa yönelik yönergelerin verilmesi, ev içi ödül ve puan sistemi, çocuğun kendisiyle vakit geçirmesini öğrenmesi, sakin zaman uygulamaları, sosyal beceriler edindirme, okul konuları ve genel değerlendirme yer almaktadır.

Ayrıca DEHB'li çocukları olan ailelerin; ev içerisinde plan ve organizasyonu sağlamak, zaman yönetimi, sorumluluklar ve görevlerin dağılımı, ajanda tutmak, kurallarda esnekliğe uyum göstermek, ilaç kullanımında, okul ve öğretmen iş birliğinde ve sosyal becerilerde yardımcı olmak konularında çocuklarına destek olmaları gerekmektedir.

Çocuklarında DEHB tanısı olan ebeveynlerin; sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü olmak, olumlu davranışları görmek, eleştirel dili kullanmamak, çocuklarını cesaretlendirmek, onlara özgüvenlerini destekleyecek yaklaşımlar sergileyebilmek üzere kendilerinin de psikoeğitim ve gerekli durumlarda psikoterapi almalarında fayda görülmektedir.

Tüm psikiyatrik tanılarda olduğu gibi DEHB'de de ailenin bilinçli ve bilgili olması tedaviye yönelik olumlu seyirin görülmesine sebep olacaktır. Böylelikle çocuğunda terapiye uyumu artacaktır. Tedavinin olumlu ve uyumlu çerçevede ilerlemesi de riskli durum ve davranışların görülmesini azaltacak ve engelleyecektir.

2.1.5.8. Sosyal Beceri ve Davranış Eğitimi

Sosyal beceriler bireyin gelişimsel düzeyine göre gelişen, yıllar içerisinde edindikleri ve yaşam boyu devam eden becerileri içermektedir. Sosyal beceriler, sosyal

olarak kabul edilen davranışları seçip kabul edilmeyen davranışlardan kaçınma becerileridir.

Albert Bandura'nın Sosyal Öğrenme Teorisi ile açıklanan sosyal beceri edinimi için dikkat, belleğe kaydetme, davranışa döndürme ve motivasyona ihtiyaç vardır. Bu teoriye göre sosyal öğrenmenin gerekli olduğu ilk basamak olan "dikkat" DEHB'li çocukların ise başlıca problemleri arasında yer almaktadır. Ayrıca öğrenme teorisinin son basamağı olan motivasyon ise hiperaktivite ve dürtüselliğin sabote ettiği bir durumdur. Buradan yola çıkarak DEHB'li çocuklarda sosyal öğrenmenin ve sosyal beceriler edinmenin zor olduğu sonucu çıkarılmaktadır. Ayrıca yine hiperaktivite ve dürtüselliğe bağlı olarak gerçekleşen saldırgan ve zorba davranışlarda sosyal olarak kabul edilen davranışlara uymamaktadır.

DEHB tanısı alan çocukların davranışlara bağlı problemler yaşamaları ilk sosyalleşme basamağı olan kreş döneminde ortaya çıkmaktadır ve yaşla beraber güçleşmektedir. Erken tanı almayan ve tedavi edilmeyen durumlarda ise ergenlik ve yetişkinlikte farklı problemler ile karşılaşmaktadır.

Sosyal beceri eğitimi, bireylerin sosyal beceriler edinmesini destekleyen eğitim programlarıdır. Genellikle basitten karmaşığa doğru ilerleyen günlük hayat içerisinde kullanılan becerileri içermektedir. Hedef tanışma ile başlayıp grup içerisi uyumu sürdürmeye yönelik becerilerin edinilmesi ve grup içerisindeki uyumsuzlukların giderilmesidir. Model olma, canlandırma, rol yapma eğitimleri ile grup içi ve ev içi ortamlarda sergilenmesi gereken sosyal becerilerin edinimi sağlanmaktadır. DEHB tanılı çocukların bilişsel süreçleri göz önünde bulundurularak bu becerileri günlük hayata uygulamalarının zaman alacağı unutulmamalı, sabırla, aile eğitimleri ve psikoeğitim ile desteklenmeye devam edilmelidir.

Sosyal beceri eğitimi ile edinilecek beceriler bireyin olumsuz gelişimine sebep olan durumları ortadan kaldıracak ve özgüven gelişimine destek olacağı için tedavi ve terapi seyrinde oldukça yararlı olacaktır.

2.1.5.9. Okul ve Öğretmen Desteği Uygulamaları

Akademik başarının psikososyal nedenleri arasında öğrenci-öğretmen ilişkisi yer almaktadır. DEHB tanısı alan çocuklarda da destekleyici bir öğretmen ve okulun katkısı kaçınılmazdır. Olumlu bir öğrenci-öğretmen ilişkisi tüm öğrencilerin ihtiyacı olduğu gibi DEHB'li öğrencilerinde ihtiyacıdır. Öğretmeniyle iyi ilişki kuramamış çocuklarda okula ya da derse karşı soğukluk, okul reddi, akademik problemler görülebilmektedir.

DEHB’li çocukların bilişsel düzeylerinin farklı olduğunu bilen, DEHB’yi ve sebep olabileceği sorunları tanıyan öğretmenler bu çocukların sınıf içerisinde daha uyumlu olmalarına destek olabileceklerdir. DEHB’li çocukla iş birliği sağlayan öğretmenler; daha yaratıcı, esnek, kuralları esnetebilen, gelişime açık, eğlenceli, monoton olmayan, sınıf kurallarını sağlıklı bir şekilde çocuğa hatırlatabilen, dikkatini sürdürmek konusunda çocuklara yardımcı olabilen bireylerdir.

Pedagojik eğitimle beraber farklı çocukları tanıyan öğretmenler ayrıca okumalarla ve farklı eğitimlerle özel durumlu çocuklara nasıl yaklaşabileceklerini de öğrenebilirler. DEHB’li çocuğun ailesi kadar öğretmenin de DEHB’yi tanıyor olması çocuk için büyük şans olacaktır. Aynı zamanda DEHB’li çocuğun ailesi ve okul-öğretmen iş birliğinin de sağlanması çocuğun olumlu gelişimi için gerekmektedir.

DEHB’yi ve çocuklarda görülen farklı psikiyatrik durumları iyi bilen öğretmenlerin aileleri kliniklere yönlendirmeye olan katkısı da çocukların erken tanı alıp tedavi edilmesinde önemli yer tutmaktadır.

2.1.5.10. Bilinçli Farkındalık Eğitimi

Bilinçli Farkındalık (Mindfulness); bireyin mevcut an içerisinde deneyimlediklerini yargısız bir biçimde dikkat edip kabul etmesi, dikkatini ana göre düzenlemesi durumudur. Mevcut an içerisinde olmak, anda gerçekleşenleri yargısız kabul etmek ve dikkati sürdürmeyi kapsamaktadır. Bilinçli farkındalık aynı zamanda -mış gibi gerçekleştirme tutumu ile durumu ilk kez yaşıyormuş/ yapıyormuş/ değerlendiriyormuş merakı içermektedir.

DEHB ve bilinçli farkındalık birbirlerine zıt gibi görünen durumlardır. DEHB odaklanamama ve dikkati sürdürmemeye problemleri içerirken bilinçli farkındalık uygulamaları dikkati sürdürmeyi kapsamaktadır. Bilinçli farkındalık eğitimi alan DEHB’li çocuklar dikkatlerini sürdürebilme, anın farkında olma ve odaklanabilme becerileri kazanacaklardır. Böylelikle günlük hayat içerisinde yaşadıkları dikkat, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik sebep olduğu durumlar azalacak, çocuğun tedavi ve terapi sürecine bilinçli farkındalık eğitimleri olumlu etki sağlayacaktır.

2.1.5.11. Psikodrama

Psikodrama 1900’lerin başında Viyana’da J.L. Moreno tarafından “gerçeğin yöntem ile bilimsel olarak araştırılması” olarak tanımlanmıştır. Bireyler kendiliğindenlik yani spontane eylem ve yaratıcılık ile ilişkilerini, ilişkilerdeki çatışmalarını ve kendi iç

dünyalarını bir oyun içerisinde ele alıp değerlendirme fırsatı bulurlar. Böylece farkındalığa ulaşmalarının bir yolunu da bulmuş olurlar.

Psikodrama birçok perspektifte uygulanabilen terapi ve müdahale tekniğidir. Tanısı olan ya da tanısı olmayan bireylerde kullanılabilir. Araştırmalara göre DEHB tanısı almış çocuk ve bireylerde de psikodrama işlevsel olarak kullanılmaktadır.

Psikodrama yardımı ile öz yönetim, öz kontrol, deneyimleme, roller DEHB'li çocuk ya da bireyin yaşadıkları zorlukları değerlendirmesine fırsat bulmasına yardımcı olur. Ayrıca DEHB'nin eş olarak eşlik ettiği tanılara bağlı problemlerde, psikososyal zorluklarda da katkı sağlar.

Psikodrama başlı başına bir tedavi yöntemi olamayacağı gibi DEHB tanılı çocuk ve bireyin işlevselliğini arttırmak ve içsel rahatlamasını sağlamak üzere tedavi planına eklenebilir.

2.1.5.12. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisi; davranışçı, bilişsel davranışçı, gestalt, psikodinamik, psikodrama gibi pek çok psikoterapi yönteminin tekniklerini kullanan ama daha teorik ve uygulama yaklaşımı olan dünya genelinde 2 milyondan fazla kişide uygulanmış bir psikoterapi yaklaşımıdır. Özellikle travmatik olayların yol açtığı acıların tedavisinde etkili bir biçimde kullanılmaktadır.

DEHB tanılı çocuk ve bireyde yaşadıkları problemlerden dolayı travmatik anıların oluşması ve bu durumla baş etmekte güçlük yaşamaları olasıdır. Özellikle sosyal açıdan yaşadıkları dışlanma, hor görülme, özgüven eksikliği, kendisini gruba dahil edememe gibi sorunlar birey ya da çocukta depresyon gibi duygu durum bozukluklarına, yaşadıkları acı olaylar ise travma ve strese sebep olabilmektedir.

DEHB ve eşlik eden durumların tedavisinde etkili bir psikoterapist gerekli durumlarda EMDR yaklaşımı ile müdahale edebilir ve kişinin baş etme becerilerine yönelik çalışmalar yapabilir. Özellikle Kaynak Yerleştirme ve Gelecek Şablonu oluşturma çalışmaları, DEHB tedavisinde EMDR uygulanmasında fayda sağlayacaktır.

2.1.5.13. DEHB Tedavi Edilmezse Ne Olur?

DEHB erken yaşlarda fark edildiğinde olumsuz etkileri üzerine çalışılabilecek bir bozukluktur. DEHB'li çocuğun davranışlarına normal demek, çocuktur yapar yaklaşımı

ile görmezden gelmek ve tedavi planına uymamak çocuğun hayatında olumsuzluklara müsaade etmek demektir.

Tedavi edilmeyen DEHB yaşam boyu akademik başarısızlıklara, davranış bozukluklarına ve ruhsal problemlere sebep olacaktır. Özellikle dürtüsellik ve karşı olma karşı gelme bozukluğunun eşlik ettiği DEHB tanılı çocukların tedavi edilmediği durumlarda ileriki yaşlarda anti sosyal kişilik özellikleri göstermeleri olası bir problem olacaktır. Davranım bozuklukları, toplumsal, ahlaki ve hukuki kurallara uymama, yasalara aykırı suç içerikli davranışlar sergileme tedavi edilmeyen DEHB'nin sonuçları arasında yer almaktadır.

Anti Sosyal Kişilik özelliklerine bağlı olarak bu kişiler; sık sık kavga çıkarma, insanlara zarar verme, hayvanlara ve canlılara zarar verme, alkol-madde kullanımı, kumar bağımlılığı, kontrolsüz ilişkiler, öfke kontrol problemleri, sorumsuzluk, iş ve verilen görevleri yerine getirememe gibi birçok toplumsal ve davranışsal problemi sergilerler.

2.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Toplumsal Bakış

Çocukluk döneminin en sık görülen gelişimsel bozukluklarından olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, tedavi edilmediğinde ileriki yıllarda farklı sorunlara sebep açabilen bir bozukluktur. Bu sebeple uzman hekimler tarafınca tanı konulduktan sonra tedavide çok yönlü bir yaklaşım sergilenerek tedavi süreci başlatılmaktadır.

DEHB tedavisinde uygulanan çok yönlü yaklaşım ve DEHB'li çocuğun hayatında yaşadığı bazı zorluklar DEHB'nin toplumsal bir bakış ile değerlendirilmesini esas kılmıştır. Tedavi sürecinin ekonomik boyutu, DEHB'li çocuğu olan ailelerin yaşadıkları güçlükler, okul ve sınıf içerisinde gerek çocuğun gerekse öğretmenlerin yaşadıkları güçlükler, ortam ve mekanların düzenlenmesinin DEHB'li çocuk üzerindeki etkileri DEHB'yi daha iyi anlamak üzere değerlendirilmelidir.

2.1.6.1. Ekonomik Boyutlar

DEHB tanısı almış çocuklar ruh sağlığı ve sosyal destek almaları amacıyla özel eğitime yönlendirilmektedirler. Ülkemizde özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde raporlu olan çocuklar devlet yardımıyla özel eğitim desteğinden ücretsiz olarak yararlanabilmekle birlikte, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin eğitim içerikleri ne yazık ki sınırlı kalmaktadır.

DEHB farklı psikiyatrik eş tanıların eşlik ettiği bir bozukluk olmasından dolayı DEHB de tedavi ve terapinin çok yönlü ilerlemesi gerekmektedir. Gerek psikofarmakolojik ilaçlar gerekse diğer terapi yöntemlerinin eklenmesi DEHB'nin ekonomik yükünü arttıran etmenler arasında yer almaktadır.

DEHB çocuklukta başlayan ergenlik ve yetişkinlik döneminde de devam eden bir bozukluktur. Tedavi edilmemiş yetişkinlerde iş bulma ve iş hayatını sürdürebilmeye yönelik yaşadıkları problemleri de göz önünde bulundurduğumuzda bireyin ekonomik olarak yaşayacağı farklı zorluklarla karşılaşması muhtemel olacaktır.

DEHB'nin kişiler ve aileler üzerinde olumsuz ekonomik etkisini azaltmak amacıyla sağlık politikaları oluşturulması öngörülmektedir. Böylelikle tedavi maliyetini arttıran etmenler ve harcamalar azaldığında ailelerin ve bireylerin DEHB sebebiyle yaşadıkları ekonomik problemler de azalacaktır.

2.1.6.2. Ailelerde Görülen Güçlükler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmak çoğu zaman yorucudur. Aileler gerek uyum ve davranış problemleri gerek akademik zorluklar gerekse tedavinin ekonomik giderleri sebepleriyle yıpranırlar, enerjilerinin ve bütçelerinin çoğunu çocuklarına ayırırlar. Bu durum gerek sosyal ilişkilerini gerek diğer çocuklarıyla olan ilişkilerini gerekse karı-koca ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Böylelikle evde huzursuzluk, gerginlik, mutsuzluk giderek artar.

Aileler tükenme noktasına gelene kadar öncelikle durumu inkâr eder, öfkelenir, kendi ebeveynliklerinde suçluluk hisseder, geleceğe dair ümitsizlik, yalnızlık ve depresyon onlara eşlik eder. Çocuklarında DEHB olan ebeveynler çocuğunda tanı olmayan diğer ebeveynlere göre sürekli müdahale eder, daha çok uyarılarda bulunur, sürekli komutlar verirler. Bu durumlarda ebeveynlerin günlük hayatta tükenmelerine ve diğer ilişkilerinin bozulmasına sebep olur.

DEHB tedavisinde ailenin aldığı psikoeğitim önemli yer tutmaktadır. Hem ebeveynlerin çocukları ile olan iletişimlerinin düzelmesi ve güçlenmesi hem de ailenin diğer sosyal ilişkilerinin düzelmesi olumsuzlukları azaltacaktır.

2.1.6.3. Okulda ve Sınıf İçerisinde Görülen Güçlükler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, akademik, sosyal, iletişimsel ve davranışsal sorunlara sebep olabilen bir bozukluktur. DEHB tanısı almış çocuklarda davranışsal uyum bozukluklarının görülebilmesi muhtemeldir. Bu sebeple tanı almış

çocuklarda toplumsal yaşamı paylaşmaya yönelik okul, park, kurs gibi yerlerde uyum sorunları söz konusu olabilir. Uyumsuz davranışlara yönelik yaşanan problemlerde okulda, sınıf içerisinde, öğretmen ve akran ilişkilerinde zorluklara sebep olur.

Öğrenci ve öğretmen arasında olumlu bir ilişki olmadan başarının sağlanabilmesi mümkün değildir. Olumlu bir ilişki sadece DEHB’li çocuklar için değil tüm öğrenciler için gereklidir. Öğretmeniyle olumlu ilişki yakalayamamış çocukların o dersi sevmemesi sıkça karşılaştığımız üzücü bir durumdur. Öğretmenlerin gerek DEHB gerekse diğer psikiyatrik/psikolojik sorunları biliyor olması, çocuklara karşı yaklaşımını da etkileyecektir. Diğer çocuklardan farklı öğrenme hızı ve yeteneği olan çocuklara yönelik ek müdahale ve eğitim tarzı ile bu çocuklarda derslere adapte olabileceklerdir. Ayrıca öğretmen-aile ilişkisinin de olumlu olması, eş zamanlı takip sağlanması DEHB tanısı almış çocuk için önemlidir.

Okul içerisinde yaşanabilecek davranışsal problemlere karşı uyarı tabelaları, tenffüs ve ders saatinin ayarlanması, öğrenciye destek olacak akran ilişkilerinin geliştirilmesi, ders için gerekli olan malzemelerin ebeveynler tarafından hazır edilmesi ve kontrol edilmesi tanı almış çocuğun okul içerisindeki uyumunu arttıracaktır.

Yine tanı almış çocukların derste aktifliklerini sağlamak için ön sıralarda oturturulması, dikkat dağıtıcı faktörlerden arındırılmaları, dikkati sürdürmek için tahtaya kalkma, soruyu cevaplama gibi görevler verilmesi çocuğun derse ve okula bağlılığını olumlu yönde etkileyecektir.

2.1.6.4. Ortam ve Mekânsal Düzenlemenin Etkisi

DEHB ile ilgili yapılan araştırmalar ve istatistikler her geçen gün tanı alan çocuk sayısının arttığını göstermektedir. Bir apartman çağı bozukluğu olarak adlandırılan DEHB, yaşam alanlarının kısıtlanması, doğa ile bağların kopması ve çocukların sosyalleşmemesine bağlı sorunlardan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Mekânın, havanın ve renklerin kişiler üzerindeki etkisi kaçınılmazdır. Ülkemizde kentsel düzenlemeler planlanırken kat yükseklikleri, sosyal alanlar, ağaçlık alanlar, yol için gerekli alanlar ayrılmaktadır. Ama bu planlamalar kalabalıklaşan şehir hayatı içerisinde bazen yeterli olmamaktadır.

Çocuklar üzerinde çevresel faktörler zihinsel, fiziksel ve psikolojik gelişimleri için de çok önemlidir. Gerek ev içi gerek okul ortamı gerekse dış çevre düzenlemeleri DEHB’li çocukların gelişimlerinde önemli yer oynar.

Yeterli ortam sıcaklığının sağlanması, gerekli ışık yoğunluğu, ortamın rengi, ergonomik sandalyeler DEHB'li çocuğun ev ve okulda dikkatini olumlu olarak etkileyecek faktörler arasında yer almaktadır. Dağınıklığın toplanması, çocuğun kendisine ait eşyalarının olması ve bu eşyaların belirli yerlerde düzenli saklanması çocuğun dikkatsizlik sorununa yardımcı olacaktır.

Pencere sayısı, duvarların rengi ve üzerinde dikkat dağıtıcı resimlerin olmaması, eşyaların rengi ve genişliği, okul bahçesinin konumu gibi etmenler ayrıca çocukların okulda da dikkatini etkileyecek faktörlerdir. Sınıf içi düzenlemelerle gerek tanı alan gerekse tanı almayan çocukların dikkatlerini sürdürme becerileri artacaktır. Ayrıca yine yeterli ısı ve ışık sağlandığında çocukların dikkat becerilerinin yanı sıra psikolojik iyi oluşları da olumlu etkilenecektir. Bu da okul içerisinde mekânsal düzenlemelerin çocuklar için ne kadar önemli olduğunu kanıtlamaktadır.

2.2. Psikolojik Sağlık

Kişiler yaşamları boyunca bazı olumsuz durumlar, örneleyici, sarsıcı ve stresli yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Söz konusu olumsuz yaşantıları deneyimleyen kişilerin, bu durumlara verdikleri tepkileri ve bu durumlara karşı baş etme yöntemleri farklı olabilmektedir. Kimi bireyler yaşadıkları stresli ve travmatik durumlar karşısında anksiyete ve depresyon gibi çeşitli psikolojik problemlerle karşılaşabilmekte iken, kimi bireyler ise, bu tür olumsuz yaşantıların ortaya çıkardığı ruh halinden kısa sürede çıkabilmekte ve normal yaşamlarına dönebilmektedirler. Bireylerin bu kendini toparlama ve hızlı bir şekilde normal yaşantılarına dönme güçleri, pozitif psikoloji yaklaşımında, psikolojik sağlık kavramıyla açıklanmıştır (Doğan, 2015).

2.2.1. Psikolojik Sağlık Nedir?

Pozitif Psikoloji yaklaşımında son zamanlarda önem kazanan bir kavram olan psikolojik sağlık, Latince resilience kelimesinden gelmektedir. Resilience bir maddenin esnekliği, maddenin şekline müdahale edildiğinde elastiki yapısının eski haline çabuk dönebildiği anlamlarına gelmektedir. Pozitif Psikoloji yaklaşımında değerlendirildiğinde ise farklı tanımların kullanıldığı görülse de psikolojik sağlık bireylerin zorlu ve olumsuz olaylar karşısında kendilerini hızlı bir şekilde toparlama ve normale dönme güçleri olarak tanımlanabilmektedir (Doğan, 2015).

2.2.2. Psikolojik Sağlamlık Risk Faktörleri Nelerdir?

Murphy'e (1987) göre psikolojik sağlamlık, "bir çocuğun stresle nasıl baş ettiği ve travmadan nasıl kurtulduğu/iyileştiği ile ilgilenen genel bir kavramdır. Psikolojik sağlamlık, olumlu gelişme, geleceğe yönelme ve umut ile ilgilidir." Risk ve örseleyici yaşam olayları bir çocuğun gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bu sebeple psikolojik sağlamlık ve risk kavramları gelişim psikolojisinde, çocuk psikolojisi ve psikiyatrisinde önemli yere sahiptir.

Risk ve örseleyici yaşam olaylarına rağmen bireylerin psikolojik yönden iyi ve sağlam oluşlarına yönelik araştırmalar, gelişim psikolojisinin de alanına girmektedir. Araştırmalar, önleyici çalışmalar ve risk faktörlerine yönelik müdahaleler psikolojik sağlamlığın risk ve örseleyici yaşam olaylarına rağmen kazanılmasına katkı sağlamaktadır.

Psikolojik sağlamlıktan bir risk ya da örseleyici durum karşısında bahsedilebilir. Bu risk faktörleri bireysel, ailesel ya da çevresel olabilmektedir. Bireysel risk faktörleri; erken doğum ve hastalıklar iken, ailesel risk faktörleri ebeveynde bulunan hastalık ve ebeveynlerin boşanmasıdır. Ekonomik zorluklar, doğal afetler, savaş, ihmal, istismar gibi durumlar ise çevresel risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte bu risk faktörlerine karşı geliştirilen olumlu uyum gösterme, baş etme becerileri ve koruyucu önlemler bireyde psikolojik iyi oluşun kazanılmasını sağlamaktadır.

2.2.3. Psikolojik Sağlamlık Koruyucu Faktörleri Nelerdir?

Psikolojik sağlamlığın korunabilmesi için etkili olan faktörler bireysel özellikler, ailesel ve çevresel faktörler ve bunların kendi içlerindeki etkileşiminden doğmaktadır. Koruyucu faktörler ise riskin ya da örseleyici yaşam olayının etkisini azaltan, yumuşatan ya da ortadan kaldıran bireyin tekrar uyumunu sağlamasına yardımcı olan faktörlerdir.

Psikolojik sağlamlığın koruyucu faktörleri bireyin yaşına, kültürüne, içinde bulunduğu duruma göre değişiklikler gösterebilmektedir. Başlıca psikolojik sağlamlık koruyucu faktörleri arasında ise zekâ, akademik başarı, olumlu sosyal ilişkiler, mizah, sağlık, iş ve hayat başarısı, kişisel farkındalık, özgüvenli kişilik, ikili ilişkilerde uyum, destekleyici aile üyeleri, arkadaş grupları yer almaktadır.

Ayrıca yapılan araştırmalar doğrultusunda kız çocukların psikolojik sağlamlıklarının erkek çocuklara oranla daha yüksek olduğu ve erkek çocukların risk ve örseleyici yaşam koşullarında daha savunmasız oldukları bulunmuştur.

Bireylerde erken yaşta edinilen bu koruyucu faktörlerin kişinin ilerleyen yıllarda karşılaşılabileceği ihtimali olduğu risk ve örneleyici durumlara karşı uyumunu ve psikolojik iyi oluşunu sürdürebilmesinde olacak olumlu etkisi göz önünde bulundurulduğunda aile ve okul rehberlik desteklerinin önemi kaçınılmazdır. Bireylerde psikolojik sağlamlığın gelişimi için erken yıllarda koruyucu faktörler ile tanıştırılması, destekleyici ve uyumlu aile, okul ve sosyal yaşantısı gerekmektedir.

2.3. Evlilik Uyumu

Evlilik, iki yetişkinin birlikte yaşamak üzere dini, hukuki veya toplumsal sözleşmeler ile bir araya gelmesidir. Çoğu kültürde evlilik toplumsal olarak değerlidir ve evlilik üzerine çok sayıda araştırma yapılmıştır.

Amerika Seattle'daki Washington Üniversitesi'nde Sevgi Laboratuvarı diye bilinen bir laboratuvarda yirmi seneden fazla süredir çiftleri gözlemleyen Dr. John Gottman yaptığı araştırmalar sonucunda evlilikle ilgili bazı doğru olmayan mitler olduğunu bulmuştur. Evlilik ile ilgili efsanelerin bir kısmı şu şekildedir;

- Kişilik sorunları evliliği yıkar.
- Ortak ilgi alanları çifti bir arada tutar.
- Çatışmadan kaçınmak evliliği çökertir.
- Kaçamak ilişkiler boşanmanın temel nedenidir.
- Erkekler ile kadınlar farklı gezegenlerden gelir.

Gottman, yaptığı araştırmalarda evlilik ile ilgili bu efsanelerin her zaman geçerli olmadığı sonucuna varmıştır. Gottman, sadece mutsuz ilişkilerde değil mutlu ilişkilerde de tartışmalar yaşandığı, birbirlerine bağırıp çağırabildikleri ama tartışmaya yumuşak başlangıçta başladıkları, tartışma esnasında aşağılayıcı sözler kullanmadıkları ve sonrasında yapıcı onarma girişimlerinde bulduklarını ve daha uyumlu bir evlilik sürdürdüklerini söylemiştir (Gottman & Silver, 1999).

2.3.1. Evlilik Uyumu ve Çocuk Yetiştirme Tutumları İlişkisi

Dr. John Gottman'ın araştırmaları ile şekillenen ve Daniel Goleman'ın Duygusal Zekâ olarak adlandırdığı çocukların duyguları ile ne kadar temas edilirse ileriki yıllarda o kadar başkalarını anlamaya yönelik bir sosyal zekaya sahip olacakları ve o kadar başarılı olacakları düşüncesi, sadece çocuk yetiştirmede değil evlilikte de duygusal zekanın önemini göstermiştir.

Duygusal Zekalı çiftler evliliklerinde birbirleri hakkında olumsuz düşünce ve duygularının olumlu olanlardan ağır basmasını engellerler (Gottman & Silver, 1999). Böylelikle duygusal zekaya sahip olan çiftler; birbirlerini daha iyi anlar, birbirlerine daha fazla saygı duyar, sever ve değer verirler. Saygı, sevgi ve anlayış çerçevesinde oluşan evliliklerin daha uyumlu olacağı ve mutlu bir hayat sürecekleri olasılığı da artacaktır.

Evliliklerinde duygusal zekalı olan çiftler çocuk sahibi olduklarında da bunu sürdürecekler ve yeni bir başlangıç ve dönüm noktası olan ebeveynliği de başarı ile gerçekleştireceklerdir.

Duygusal zekalı çiftler bebek sahibi olmadan önce ne tür zorluklar ile karşılaşacaklarını konuşan ve bu zorluklara karşı nasıl müdahalelerde bulunacaklarını önceden planlayan kişilerdir. Onlar yeni bir durum ile karşılaştıklarında herkesin aynı zorluklar ile karşılaştığının farkındadırlar. Bebeğin varlığından keyif alır ve evliliklerinde çatışmaya sebep olacak zorlukların üstesinden birbirlerini kırmadan, yumuşak bir şekilde tartışarak, tartışmada ki paylarını anlayarak, tartışma sebebindeki etkilerini kabul ederek ve her zaman sakin bir şekilde kalıp uzlaşarak, tartışma sonucunda onarma girişimlerinde bulunup bir sonraki tartışmada benzer sorunları yaşamamak üzere düşünerek bir ilişki sürdürürler. Birbirlerinin duygularını okuyabilen duygusal zekalı çiftler yeni doğan bebeklerinin de duygu ve ihtiyaçlarını okuyabilecek böylelikle daha erken zamanlarda kendi bebeklerini de duygusal zekalı olarak yetiştireceklerdir ve yine bu çiftlerin ortak bir çocuk yetiştirme tutumları olacaktır.

Evlilik uyumuna sahip ve duygusal zekalı çiftler, aynı zamanda duygusal zekalı ebeveynler olarak çocuklarına duygu koçluğu yapabilirler. Duygu Koçluğu yapan ebeveynlerin özellikleri; çocuğun duygusunun farkına varabilmek, duyguyu bir yakınlaşma ve öğretme fırsatı olarak görmek, empati kurarak dinlemek, çocuğun duygularını adlandıracak sözler bulmasına yardımcı olabilmek ve çocuğun sorunlarını çözmesine yardımcı olmaktır. (Gottman & Declaire, 1997).

2.4. Aile Hayatı Tutumları

Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre tutum; tutulan yol, tavır anlamına gelmektedir. Öğrenme süreci içerisinde çevreden öğrenilen ve zamanla birey ile özdeşleşmeye başlayan tavırlar; tutumları oluşturmaktadır.

Kişisel tutumların yanı sıra; aile hayatı içerisinde de zamanla oluşan, aile üyelerinin katkıları ile değişen, gelişen ve zamanla aktarılmaya başlayan davranışlar aile hayatı tutumlarını oluşturmaktadır. Aile hayatı tutumları aile içerisindeki bireylerin

birbirleriyle olan iletişiminden ve ailenin türünden etkilenmektedir. Olumlu tutumların güdüldüğü ailelerin fonksiyonel aileler, olumsuz tutumların güdüldüğü ailelerin ise fonksiyonel olmayan aileler olmaları kaçınılmazdır.

2.4.1. Aile Hayatını ve Türünü Etkileyen Faktörler

Amerika'nın ilk kadın aile terapisti olan ve hatta aile terapisinin annesi olarak bilinen, aile terapisine oldukça katkısı olan Virginia Satir; "Aile dünyanın küçük evrenidir, eğer aileyi nasıl iyileştireceğimi bilirimsem dünyayı nasıl iyileştireceğimi de bilirim" demiştir. (Satir, 1988).

Dünyanın ve insanların problemlerini anlayabilmek için ailenin problemlerini anlamak gerektiği ve aile sistemi değiştiğinde dünyanın da değişeceğine inandığı aile sistemi modeli üzerinde ölene kadar çalışmıştır.

Satir'in aile terapisi modelinde, ailenin problemlerini ve semptomlarını yansıtan bir Belirlenmiş Hasta/ Günah Keçisi vardır. Bu kişi aile içerisinde sorunların ortaya çıktığı ve aile içerisindeki olumsuzluklardan en çok etkilenen, işlevsel olmayan ebeveynlik tarzına en çok maruz kalmış kişidir. Günah Keçisi olarak bilinen belirlenmiş hasta kendi semptomları ve yardım arayışı ile aslında aile içerisindeki sorunları açığa çıkaran genellikle etrafa yardım sinyali gönderen kişidir. (Satir, 1988).

Satir'e göre iki çeşit aile türü vardır: 1. Eğitici Aile, 2. Sorunlu Aile. Eğitici aileler, aile üyelerinin birbirlerine saygı duydukları, dinledikleri, içtenlik, samimiyet ve sevgi gösterdikleri aileler iken; sorunlu aileler ortak paylaşımları olmayan, iletişimleri kopuk olmasına rağmen yaşamaya devam eden ailelerdir.

Eğitici Ailelerin Özellikleri:

- Birbirlerine saygı duyarlar.
- Birbirlerine karşı içten bir sevgi duyar ve bunu gösterirler.
- Birbirlerine dokunmaktan korkmaz, sevgi, şefkat ve merhamet göstermekten çekinmezler.
- Birbirlerini koşulsuz kabul ederler.
- Duygu ve düşüncelerini paylaşabilirler.
- Aile içinde mizah ve hoşgörü hakimdir.
- Özgüven ve öz değeri yüksek çocuklar yetiştirirler.
- İletişime ve değişime açıktırlar.
- Yanlış davranışı hemen cezalandırmaz, davranışın altındaki duygu ve düşünceyi anlamaya çalışırlar.

Sorunlu Ailelerin Özellikleri:

- Ortak paylaşımları yoktur.
- İletişimleri kopuktur.
- Bireyler arasında mesafe, soğukluk, alaycılık, gerginlik hakimdir.
- Birbirlerini önemsemez ve sevgi göstermezler.
- Birbirlerini eleştirirler.
- Sorunlar karşısında birbirlerini suçlarlar.
- Öz değeri ve özgüveni düşük çocuklar yetiştirirler.

Satir, eğitici ailelere sahip olan bireylerin mutlu, özgüvenli, ait olma ihtiyaçları gerçekleşmiş bireyler olduğunu söylerken, sorunlu ailelere sahip olmanın da kader olmadığını bu ailelerinde eğitici aileler olabileceğini söylemektedir. Bu süreci atlatabilmek için; ailenin sorunlu olduğunu kabul etmesi, değişimi kabul etmesi, değişime karar vermesi ve değişim için adımlar atması gerekmektedir. (Satir, 1988).

Virginia Satir'e göre ailelerin eğitici ya da sorunlu olmasının altında dört temel faktör bulunmaktadır. Ailelerin türünü etkileyen faktörler; benlik saygısı, iletişim, kurallar, toplumsal bağlardır. (Satir, 1988).

Benlik Saygısı: Satir'e göre benlik saygısı; insanın kendine vermiş olduğu değer, kendini olduğu gibi kabul etme ve hak ettiği saygı/sevgiyi sunmasıdır. Benlik saygısı kişinin hayat enerjisini, neşesini, hayata bakışını etkilemektedir. Benlik saygısı yüksek olan kişiler etrafına da bu neşeyi ve değeri sunan bireylerdir. Aksine benlik saygısı düşük olan kişiler kendisini değersiz, önemsiz görürler. Onay arama ihtiyacı duyarlar ve kendilerine karşı hissedemedikleri değeri etraflarındaki diğer insanlara da veremezler. Bu kişiler mutsuz, yaşam enerjisi düşük, umutsuz ve özgüven problemi yaşayan bireylerdir.

Aile içerisinde aile üyeleri birbirleri ile sıcak bir iletişim kurduklarında, o ailede sevgi kültürü hâkim olduğunda bireylerin benlik saygıları da gelişmektedir. Satir'e göre eşler arasındaki problemlerin sebepleri arasında benlik saygısı ve güven sorunu bulunmaktadır. Farklılıklara saygı duyulduğunda, eşler birbirlerinin benlik saygılarını geliştirmeye yönelik destek olduğunda, birbirlerinin bireyselliklerini onayladıklarında benlik saygıları gelişmekte ve dolayısıyla benlik saygısı yüksek çocuklar geliştirebilmektedirler. Böylelikle eğitici aile türleri oluşmaktadır. Eşler arasında farklılıkları, bireyselleşmeyi onaylamayan çiftler ise güven problemleri, psikolojik şiddet, duygusal gerilimlere mahkûm olmakta ve hem kendi benlik saygılarını hem de

çocuklarının benlik saygılarını geliştirememekte ve böylelikle sorunlu aile türü oluşmaktadır (Barker, 1998)

Düşük benlik saygısına sahip bireylerin gerek aile içerisinde gerekse toplum içerisinde sorunlar yaşamaması imkansızdır. Düşük benlik saygısına sahip bireyler fonksiyonel olmayan aile türüne, fonksiyonel olmayan ebeveynliğe ve fonksiyonel olmayan yaşam biçimine sahiptirler. Satir'e göre benlik saygısını yükseltmek kişinin toplumdaki değerini ve ailesinin saygınlığını da arttıracaktır. Satir bu amaçla çocukta benlik saygısını yükseltmek için ebeveynlerin çocuklarına özenli dokunmalarını, çocukları ile göz teması kurmalarını, çocuklarıyla iletişimde açık olmalarını, çocukların iletişim becerilerini geliştirmelerini söylemektedir.

İletişim: Virginia Satir'in aile homeostatisi olarak bilinen; aile içerisinde tekrar eden, döngüsel ve önceden tahmin edilebilen ilişki kalıplarının olması gerektiği olgusu aile ve evlilik ilişkilerinin ilişkide dengeyi tutturmanın bir şartıdır.

Satir, Stachowiak ve Taschman'ın 1975 yılında yaptıkları araştırmaya göre insanlar stres altında iken dört farklı iletişim kalıbı kullanırlar. Bu kalıplar; yatıştırıcı, suçlayıcı, aşırı mantıklı ve dağınık olarak belirlenmiştir. Uyumlu ve becerikli bireyler bu dört iletişim kalıbını ilişkinin gereksinimine göre kullanırken, iletişim problemleri yaşayan bireyler bu iletişim kalıplarını düzgün kullanamazlar.

Kurallar: Satir'e göre kurallar aile içerisindeki yapıyı bilinçli ya da bilinçsiz şekilde oluşturan ve nesilden nesile aktarılan aile ve ebeveynlik yapısını etkileyen kavramlardır. İnsanlar bazen bu kuralların nerden çıktığını bilmeksizin kabul eder ve sorgulamazlar. Bazı kurallar ailenin işlevselliği açısından işe yararken bazı kurallar ise fonksiyonel değildir. Sert ve değişmez olarak kabul edilen kuralların olduğu aileler sorunlu aile türünü yansıtırken, iletişime açık ve değişmesi mümkün olan kurallar ise eğitici ailelerin özellikleridir.

Toplumsal Bağlar: Satir'e göre bir ailenin fonksiyonel olup olmadığını aile bireylerin başkaları ile olan ilişki kurma yöntemleri göstermektedir. Satir'e göre eğitici ailelerin bireyleri başkaları ile açık, benlik saygısına inanan, ileri görüşlü ilişkiler kurarken; sorunlu ailelerin bireyleri suçlayıcı, korkulu, baskıcı ilişkiler kurmaktadır (Satir, 1988).

2.4.2. Çocukta Görülen Psikiyatrik Tanının Aile Hayatına Etkileri

Çocuklarda en çok görülen psikiyatrik bozukluklardan biri DEHB'dir. Bunun dışında; zekâ problemleri, otizm, down sendromu, karşı olma karşı gelme bozukluğu,

kaygı bozuklukları, öğrenme bozuklukları gibi gelişimsel ve psikolojik diğer problemlerle de karşılaşmaktadır.

Gerek DEHB gerekse çocukluk çağında görülen diğer bozukluklar aile hayatının olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Psikiyatrik tanısı olan çocukların ebeveynleri tanısı olmayan ebeveynlere göre daha müdahaleci, daha fazla dikkat eden, gözleri sürekli çocuklarının üzerinde olan ebeveynlerdir; dolayısıyla daha çok yorulur ve zamanla tükenirler. Bu ailelerde gerginlik, huzursuzluk, mutsuzluk, şiddet yaygındır.

Çocuğunda DEHB ya da başka psikiyatrik tanı olan ebeveynler; çocuklarını gözünün önünden ayırmaz, sürekli peşinde koşar ve kollar, sürekli uyarır veya durdurmaya çalışır, söylenir, komutlar verir, tartışır, uzun konuşmalar yapar ve sonrasında da genellikle pes eder. Böylelikle sonu pes etmeye dayanan kontrol çabaları çocukta davranışsal uyuma yol açmaz çünkü çocuk doğru davranışı öğrenememiştir. Bu sebeple çocuk psikiyatrisine yönelik tedavilerde aile eğitimi oldukça önemli yer tutmaktadır.

Çocukta var olan psikiyatrik tanı karı koca ilişkisini de olumsuz etkilemektedir. Sürekli birbirinden çocuk ile daha fazla ilgilenmesi, sorumluluk alması üzerine çatışmalar yaşayan anne ve babaların arasında yaşanan otorite ve güç sorunu karşılıklı suçlamalara ve çatışmalara sebep olmaktadır. Çocuğunda psikiyatrik tanı olan ailelerin ebeveynleri; anne baba olarak aynı takımında rol almalı, güç birliği kurmalı ve görev paylaşımı yaparak birbirlerini rahatlatmalıdır. Aksi halde evlilik içi yaşanacak problemler ve boşanmalar söz konusu olacaktır.

Psikolojik sağlamlık bu bağlamda ailelerin psikolojik iyi oluşlarını sağlamaktadır. Zorluklar karşısında dayanma gücü, baş etme gücü daha yüksek olan ebeveynler çocuklarının bu durumu ile daha iyi başa çıkarlar. Davranışsal uyum, ev içi ve sosyal düzenlemeler, aile içi uyum, eşler arası güç birliği psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan ebeveynlerde daha kolay sağlanır. Ebeveynlerde görülen psikolojik sağlamlık düzeyi ile çocuktaki psikiyatrik tanıya olumlu destek sağlamak arasında doğru orantı vardır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma Helsinki Deklerasyonu ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için T.C Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından onay alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişiler araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılım için yazılı onamları alınmıştır.

3.2. Araştırma Modeli

Bu çalışma nicel bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırmaya katılan kişiler ile bir sefer görüşüldüğü için araştırma kesitsel bir araştırma olmuştur.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Bireylerin çalışmaya alınma kriterleri; çalışmaya katılmayı kabul etmek, 18 yaş üzerinde olmak, en az ilkokul mezunu olmak, evli olmak, ebeveyn olmak, DEHB tanısına sahip olan çocuğu olmaktır. (kontrol grubu için herhangi bir psikiyatrik soruna sahip olan çocuğu olmamak)

Çalışmadan dışlanma kriteri olarak; ölçeklerin uygulanmasına engel olacak fiziksel ve/veya psikiyatrik bir rahatsızlığın olması halinde ölçekler bireye uygulanmayacaktır. Bununla birlikte 18 yaş altındaki bireyler, çocuğu olmayan bireyler ve çocuğu olup evli olmayan bireyler çalışmaya dahil edilmeyecektir.

Araştırmaya 52 ebeveyn katılmış olup bu ebeveynlerin 26'sının çocuğunda DEHB tanısı varken 26'sının çocuğunda herhangi bir psikiyatrik tanı yoktur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-demografik bilgi formu, Işıl Bulut (1990) tarafından geliştirilen Aile Değerlendirme Ölçeği, Serap Özer ve Şenay Küçük (1995) tarafından Türkçe'ye kazandırılan Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Bayraktaroğlu ve Arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği ve Tayfun Doğan (2015) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Araştırmanın amacına uygun olarak, araştırmacı tarafından araştırmaya katılacak olan ebeveynlere yönelik sorular içermektedir. Ebeveynlerin; yaşı, çocuk sayısı, cinsiyeti, eğitim durumu, kaç yıllık evli oldukları ve aile psikiyatrik öyküsüne dair bilgilere yönelik sorular yer almaktadır.

3.4.2. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Işıl Bulut (1990) tarafından geliştirilen ve 60 soru içeren ölçek, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, davranış kontrolü, genel işlevler hakkında bilgiler vermektedir. 4'lü likert tipi ile oluşturulmuştur. Ölçek sıklık kategorileri "Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum" şeklindedir.

Alt ölçekleri şu şekildedir; Problem çözme, İletişim, Roller, Duygusal tepki verebilme, Gereken ilgiyi gösterme, Davranış kontrolü, Genel işlevler.

Ölçeğin puanlanması ve değerlendirilmesi yapılırken her madde için cevap seçenekleri dört grupta toplanmıştır. Değerlendirmede, seçeneklere 1'den 4'e kadar puan verilmektedir. "Aynen Katılıyorum" seçeneğine 1 puan, "Büyük Ölçüde Katılıyorum" seçeneğine 2 puan, "Biraz Katılıyorum" seçeneğine 3 puan ve "Hiç Katılmıyorum" seçeneğine ise 4 puan verilmektedir. Ölçeği oluşturan maddelerde iki tür ifade bulunmaktadır. Bunlar sağlıklılık ve sağlıksızlık gösteren ifadelerdir. Bazı maddeler olumlu, bazıları da olumsuz yönde hazırlanmış olduğundan bazı sorularda aynen katılıyorum, bazılarında ise hiç katılmıyorum cevabı sağlıklı ilişkileri göstermektedir. Bu durum bazı soruların ters kodlandığını göstermektedir.

Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanıp boyuttaki soru sayısına bölünerek ortalaması alınır ve o boyutun puanı belirlenmiş olur. Elde edilen puanlama için ilk olarak en sol tarafa işaretlenen seçeneklerin puanları yazılır. Olumsuz maddelerde (* ile işaretlenmiştir.) ham puanlar 5'ten çıkarılarak gerçek puanlara dönüştürülür ve sonuç "dönüştürülmüş puanlar" başlığı altına yazılır. Çizelgenin sağ tarafında yedi sütun altında küçük kutucuklar bulunmaktadır. Her sütun yedi alt boyuttan birini göstermektedir. İkinci olarak, madde puanları (sağlıksızlık gösteren maddelerde dönüştürülmüş puanlar) sağ taraftaki uygun kutulara geçirilir. Her bir alt boyutun puanını bulmak için her sütundaki puanlar yukarıdan aşağıya toplanır ve bu toplam her alt boyut için cevaplanan madde sayısına bölünür. Böylece yedi alt boyut puanı elde edilir.

Ölçek puanları 1(sağlıklı) ile 4 (sağlıksız) arasında değişmekte ve her alt boyut

için hesaplanan puanlar 4'e yaklaştıkça o boyut açısından sağlıksızlığın arttığı yorumu yapılmaktadır. Teorik olarak, 2 ayırt edici puan olarak belirlenmiştir. 2'nin altı sağlıklı, 2'nin üzeri sağlıksız aile işlevlerini göstermektedir (BULUT, 1990).

3.4.3. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ)

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği (PARİ), E. S. Schaefer ve R.Q. Bell (1958) tarafından geliştirilmiştir. Güney Le Comple, Ayhan Le Compte, Serap Özer ve Şenay Küçük (1995) tarafından Türkçe'ye çevrilerek, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. İlk çevirisindeki test retest güvenirliliği $r=0.58$ ile 0.88 arasında bulunmuştur

PARİ (Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği) Anne ve babaların çocuk yetiştirme tutumlarını ölçen bir ölçektir. Aşırı kontrolcü annelik, Demokratik Tutum ve eşitlik Tanıma, Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme, Karı-Koca Geçimsizliği, Artık Boyut ya da Sıkı Disiplin olmak üzere 5 alt boyutu vardır ve 60 soru içermektedir.

1. Aşırı Koruyucu Annelik (16 madde): Aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan çalışkan ve bağımsız olmasını isteme annenin fedakârlığı ve çocuğun bunu anlaması gerektiğine inanma yer almaktadır.
2. Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma (9 madde): Çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça belirtmesini destekleme, onunla arkadaşlık etme birçok şeyi paylaşma ile ilgili maddeler bulunmaktadır.
3. Annenin Ev Kadınlığı Rolünü Reddetmesi (13 madde): Çocuklarla uzun süre kalmaktan hoşlanmamak, sinirlilik, yeni doğan bebeğin bakımından korkmak gibi konular yer almaktadır
4. Aile İçi Geçimsizlik çatışma (6 madde): Bu alt test karı koca arasındaki anlaşmazlığın çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği anneye yardımcı olmayışı gibi maddeleri içermektedir.
5. Sıkı Disiplin (16 madde): Sıkı disipline inama çocuğu zorlama anne babanın kesin hâkimiyetine inanma gibi konuları içermektedir.

Testi dolduran kişi "Hiç uygun bulmuyorum" dan "Çok uygun buluyorum" a kadar giden 4 puandan birisini seçer her puan o alt ölçek için toplanarak alınan puanlar belirlenir. Her alt testteki puanın yüksekliği o alt teste yansıtılan tutumun onaylandığını gösterir.

3.4.4. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ)

Ölçek, bireylerin psikolojik sağlamlığını ölçebilmek amacıyla Smith ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilmiştir. KPSÖ, 5'li likert tipinde, 6 maddelik, öz bildirim tarzı bir ölçme aracıdır. "Hiç uygun değil" (1), "Uygun Değil" (2), "Biraz Uygun" (3), "Uygun" (4), "Tamamen Uygun" (5) şeklinde bir cevaplama anahtarına sahiptir. Ölçekte 2, 4, ve 6. maddeler tersten kodlanmaktadır. Ölçekte bulunan ve tersten kodlanan maddeler çevrildikten sonra, alınan yüksek puanlar, yüksek psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir.

Tayfun Doğan (2015) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek, bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini ölçmek için geliştirilmiştir. Testin Türkçe uyarlamasını yapmak için araştırmaya 295 (186 kadın/109 erkek) üniversite öğrencisi katılmıştır. Ölçeğin psikometrik özellikleri iç tutarlık, açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve ölçüt bağıntılı geçerlik yöntemleri ile incelenmiştir. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucu, ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. KPSÖ'ye ilişkin iç tutarlık katsayısı .83 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlik bağlamında ise, KPSÖ ile Oxford Mutluluk Ölçeği, Ego Sağlamlığı Ölçeği ve Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği arasında pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur.

3.4.5. Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği (YDEUÖ)

Evli bireylerin evlilik yaşantısı içinde eşleriyle olan uyumlarını belirlemek amacıyla Bayraktaroğlu ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilmiştir. Yakın Doğu Evlilik Uyum Ölçeği (YDEUÖ), dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; Evlilikte Doyum 16 madde, Evlilikte İletişim 9 madde, Evlilikte Empati 10 madde ve Kök Ailelerle İlişkiler 7 madde olmak üzere 42 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek, sıklık kategorilerini belirten "Her Zaman, Çoğunlukla, Ara Sıra ve Hiçbir Zaman" şeklinde dörtlü likert tipi olarak düzenlenmiş, Her zaman "4", Çoğunlukla "3", Ara Sıra "2", Hiçbir Zaman "1" şeklinde ve cevaplamada tepki kurulumunu önlemek amacı ile 7, 10, 14, 18, 20, 24, 26, 29, 32, 38, 40. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin tümünden alınabilecek toplam puan 168'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça evli bireylerin uyum düzeylerinin de arttığı düşünülmektedir. Ölçek ilkökul ve üstü eğitim düzeyine sahip evli bireylere uygulanabilir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmanın ilk aşamasında; çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan onay alabilmek ve çalışma hakkında bilgi vermek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan Katılımcı Bilgilendirme ve Gönüllü Olur Formu kullanılmıştır. Onayı alınan katılımcılara Sosyodemografik Bilgi ve Veri Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Kısa Psikolojik Sağlıklılık Testi ve Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği online olarak uygulanmıştır.



BÖLÜM IV

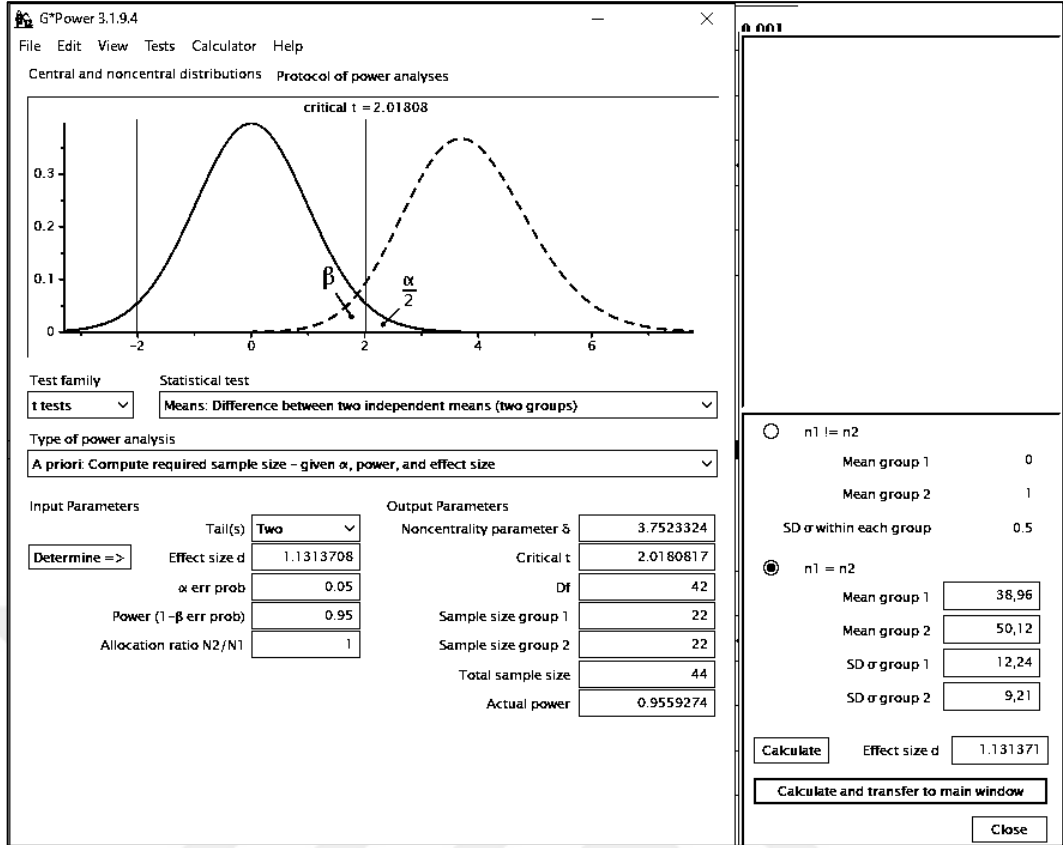
BULGULAR

4.1 İstatistiksel Analiz

Çalışmada kullanılan “Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ)”, “Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği (AHÇYTÖ)”, “Yakın doğu evlilikte uyum ölçeği (YDEUÖ)” ve “Psikolojik sağlamlık ölçeği” alt boyutlarının veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir. Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Shapiro-Wilk değerleri $p < 0.005$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca Skewness ve Kurtosis değerlerinin hatalarına bölümlerinin $\pm 1,96$ arasında değiştiği saptanmıştır. Bundan dolayı ölçek ve alt boyutları ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Ayrıca Kruskal-Wallis H testinde anlamlı farklılık saptanan durumlarda farkın yönünü saptamak için Post-Hoc testinden yararlanılmıştır. Varyansların homojen dağılmaması ve örneklem sayılarının eşit olmamasından dolayı Games-Howell testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

4.2 Örneklem Büyüklüğü ve Güç Analizi

Örneklem sayısı kurulan hipotezin anlamlılık seviyesi ve etki büyüklüğü dikkate alınarak G-Power 3.1.9.4 programı ile hesaplanmıştır. Çalışmamızda elde etmiş olduğumuz YDEUÖ-Evlilikte doyum puanları hiperaktivite tanısı alanlar ($38,96 \pm 12,24$) ve almayanlar ($50,12 \pm 12,24$) daki ortalama ve standart sapma değerleri baz alındığından effect size 1.13 (büyük etki düzeyi) bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark bulabilmek için $\alpha = 0.05$, $1 - \beta = 0.95$ iken yani hata miktarı 0.005 ve testin gücü (power) %95 iken örneklem genişliği her grupta en az 22 olarak hesaplanmıştır. Bu açıdan çalışmamızın örneklem büyüklüğü yeterli gözükmektedir.



Şekil 1. Örneklem Büyüklüğü ve Güç Analizi

4.3. Örneklem İncelenmesi

4.2.1 Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada yer alan katılımcılara ait sosyodemografik bilgilerinin dağılımı Frekans Analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.1’de verilmiştir

Tablo 4.1 Katılımcılara Ait Sosyodemografik Veriler

(n=52)

Demografik Değişkenler	N veya X_{ort} (Min-Max)	% veya Ort. \pm SS
Ekonomik Durum		
2000-3000TL	4	7,7
3001-4000TL	7	13,5
4001-5000TL	9	17,3
5000TL üzeri	32	61,5
Çocuk sayısı	2,00 (1,0-4,0)	1,92 \pm 0,76
1 Çocuk	16	30,8
2 Çocuk	25	48,1
3 Çocuk ve üstü	11	21,2
Anne yaş	38,50 (24,0-51,0)	38,21 \pm 7,08
20-30 yaş	8	15,4
31-40 yaş	22	42,3
41 yaş ve üstü	22	42,3
Baba yaş	41,00 (28,0-60,0)	40,51 \pm 7,91
20-30 yaş	7	13,5
31-40 yaş	16	30,8
41 yaş ve üstü	29	55,7
Anne Eğitim		
Yüksek Lisans	5	9,6
Lisans	18	34,6
Ön lisans	11	21,2
Lise ve altı	18	34,6
Baba eğitim		
Yüksek Lisans	6	11,5
Lisans	24	46,2
Ön lisans	5	9,6
Lise ve altı	17	32,7
Hiperaktivite varlığı		
Evet	26	50,0
Hayır	26	50,0

4.4. Ölçeklerin İncelenmesi

Katılımcıların Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ), Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği (AHÇYTÖ), Yakın doğu evlilikte uyum ölçeği (YDEUÖ) ve Psikolojik sağlamlık ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınan puanların min, max, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Alt Ölçekler	N	Min	Max	Ort.	Std. Sapma
ADÖ- Problem çözme	52	1,00	4,00	2,11	,877
ADÖ- İletişim	52	1,00	3,44	1,88	,67
ADÖ- Roller	52	1,36	3,73	2,25	,62
ADÖ- Duygusal tepki verebilme	52	1,00	4,00	1,77	,92
ADÖ- Gereken ilgiyi gösterme	52	,14	,57	,25	,13
ADÖ- Davranış kontrolü	52	1,33	3,44	2,20	,49
ADÖ- Genel işlevler	52	1,00	3,92	1,85	,82
AHÇYTÖ- Aşırı koruyuculuk	52	18,00	60,00	41,86	10,87
AHÇYTÖ- Demokratik ve eşitlik	52	15,00	28,00	21,00	2,94
AHÇYTÖ- Annenin ev kadınlığını reddetmesi	52	13,00	50,00	34,19	9,00
AHÇYTÖ- Karı koca geçimsizliği	52	7,00	22,00	14,55	4,40
YDEUÖ-Evlilikte doyum	52	23,00	62,00	44,53	12,11
YDEUÖ-Evlilikte iletişim	52	10,00	36,00	26,17	7,45
YDEUÖ-Evlilikte empati	52	14,00	40,00	29,40	6,82
YDEUÖ-Kök aileler ile ilişkiler	52	8,00	28,00	22,09	5,35
Psikolojik sağlık ölçeği Toplam	52	12,00	22,00	18,00	1,97

4.5. Araştırma Değişkenlerinin İlişkinin İncelenmesine Dair Bulgular

Araştırma değişkenleri ilişkinin çocuğu hiperaktivite tanısı almış katılımcılar üzerinden incelenmesi amacıyla yapılan Spearman Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 4.3’de verilmiştir.

Tablo 4.3. DEHB Tanılı Çocuk Sahibi Ebeveynlere Uygulanan Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara İlişkin Korelasyon Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-ADÖ- Problem çözme	r	1															
	r	,852**															
2-ADÖ- İletişim	p	<0,001	1														
	r	,828**	,760**														
3-ADÖ- Roller	p	<0,001	<0,001	1													
	r	,745**	,800**	,686**													
4-ADÖ- Duygusal tepki verebilme	p	<0,001	<0,001	<0,001	1												
	r	,745**	,800**	,686**	1,000**												
5-ADÖ- Gereken ilgiyi gösterme	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	1											
	r	,819**	,778**	,805**	,779**	,779**											
6-ADÖ- Davranış kontrolü	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	1										
	r	,937**	,920**	,875**	,809**	,809**	,868**										
7-ADÖ- Genel işlevler	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	1									
	r	-,620**	-,651**	-,497**	-,641**	-,641**	-,629**	-,611**									
8-AHÇYTÖ- Aşırı koruyuculuk	p	0,001	<0,001	0,010	<0,001	<0,001	0,001	0,001	1								
	r	0,376	0,353	,564**	0,325	0,325	,453*	,490*	-0,039								
9-AHÇYTÖ- Demokratik ve eşitlik	p	0,058	0,077	0,003	0,105	0,105	0,020	0,011	0,850	1							
	r	-0,285	-0,293	-0,143	-0,386	-0,386	-0,365	-0,276	,480*	-0,101							
10-AHÇYTÖ- Annenin ev kadınlığını reddetmesi	p	0,159	0,146	0,484	0,052	0,052	0,067	0,172	0,013	0,625	1						
	r	-0,284	-0,249	-0,203	-0,215	-0,215	-0,158	-0,199	0,360	-0,004	,671**						
11-AHÇYTÖ- Karı koca geçimsizliği	p	0,159	0,220	0,320	0,290	0,290	0,440	0,331	0,071	0,983	<0,001	1					
	r	-,788**	-,778**	-,750**	-,680**	-,680**	-,690**	-,791**	,722**	-0,317	0,321	0,338					
12-YDEUÖ-Evlilikte doyum	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,115	0,110	0,091	1				
	r	-,712**	-,782**	-,598**	-,767**	-,767**	-,704**	-,722**	,884**	-0,060	,393*	0,358	,846**				
13-YDEUÖ-Evlilikte iletişim	p	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,771	0,047	0,072	<0,001	1			
	r	-,900**	-,816**	-,767**	-,773**	-,773**	-,823**	-,881**	,635**	-0,354	0,275	0,121	,850**	,735**			
14-YDEUÖ-Evlilikte empati	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,076	0,174	0,555	<0,001	<0,001	1		
	r	-,547**	-,690**	-,545**	-,706**	-,706**	-,586**	-,671**	,680**	-0,179	,479*	0,287	,752**	,703**	,701**		
15-YDEUÖ-Kök aileler ile ilişkiler	p	0,004	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	0,382	0,013	0,155	<0,001	<0,001	<0,001	1	
	r	0,110	0,269	0,234	0,094	0,094	0,178	0,263	-0,025	0,388	-0,262	-0,117	-0,166	-0,081	-0,041	-0,120	
16-Psikolojik sağlamlık ölçeği Toplam	p	0,593	0,183	0,251	0,649	0,649	0,383	0,194	0,904	0,050	0,196	0,570	0,417	0,692	0,843	0,559	1

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi)

Analize göre, ADÖ alt boyutlarından “Problem çözme” puanı ile AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.620$, $p=0.001$), YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.788$, $p<0.001$), “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.712$, $p<0.001$), “Evlilikte empati” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.900$, $p<0.001$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.547$, $p<0.001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

ADÖ alt boyutlarından “İletişim” puanı ile AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.651$, $p=0.001$), YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.778$, $p<0.001$), “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.782$, $p<0.001$), “Evlilikte empati” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.816$, $p<0.001$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.690$, $p<0.001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

ADÖ alt boyutlarından “Roller” puanı ile AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü zayıf derecede ($r=-0.497$, $p=0.010$), “Demokratik ve eşitlik” ile arasında istatistikçe anlamlı pozitif yönlü orta derecede ($r=0.564$, $p=0.003$), YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.750$, $p<0.001$), “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta ($r=-0.598$, $p<0.001$), “Evlilikte empati” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.767$, $p<0.001$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.545$, $p=0.004$) bir ilişki tespit edilmiştir.

ADÖ alt boyutlarından “Duygusal tepki verebilme” puanı ile AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.641$, $p<0.001$), YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta ($r=-0.680$, $p<0.001$), “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.767$, $p<0.001$), “Evlilikte empati” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.773$, $p<0.001$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü derecede ($r=-0.706$, $p<0.001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

ADÖ alt boyutlarından “Gereken ilgiyi gösterme” puanı ile AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.641$, $p<0.001$), YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta ($r=-0.680$, $p<0.001$), “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.767$, $p<0.001$), “Evlilikte empati” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.773$, $p<0.001$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü derecede ($r=-0.706$, $p<0.001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

ADÖ alt boyutlarından “Davranış kontrolü” puanı ile AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.629$, $p=0.001$), YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta ($r=-0.690$, $p<0.001$), “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.704$, $p<0.001$), “Evlilikte empati” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.823$, $p<0.001$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.586$, $p=0.002$) bir ilişki tespit edilmiştir.

ADÖ alt boyutlarından “Genel İşlevler” puanı ile AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.611$, $p=0.001$), YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.791$, $p<0.001$), “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.722$, $p<0.001$), “Evlilikte empati” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü güçlü ($r=-0.881$, $p<0.001$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü orta derecede ($r=-0.671$, $p<0.001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanı ile YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı pozitif yönlü orta derecede ($r=0.722$, $p<0.001$), “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı pozitif yönlü güçlü ($r=0.884$, $p<0.001$), “Evlilikte empati” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı pozitif yönlü çok güçlü ($r=0.635$, $p<0.001$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı pozitif yönlü orta derecede ($r=0.680$, $p<0.001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

AHÇYTÖ alt boyutlarından “Annenin ev kadınlığını reddetmesi” puanı ile YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte iletişim” puanı ile arasında istatistikçe anlamlı pozitif yönlü zayıf derecede ($r=0.393$, $p=0.047$), “Kök aileler ile ilişkiler” puanı ile

arasında istatistikçe anlamlı pozitif yönlü zayıf ($r=0.479$, $p=0.013$) bir ilişki tespit edilmiştir.

4.6. Araştırma Değişkenleri İle Çocukta Görülen DEHB Varlığına İlişkin Bulgular

Araştırma değişkenlerinin çocukta görülen DEHB varlığına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U Analizi sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çocukta Görülen DEHB Varlığı Açısından Karşılaştırılması

	Çocukta DEHB Varlığı	N	Ort±SS	Z	p
ADÖ- Problem çözme	Evet	26	2,51±0,94	-2,973	0.003
	Hayır	26	1,73±0,61		
ADÖ- İletişim	Evet	26	2,18±0,74	-2,901	0.004
	Hayır	26	1,59±0,46		
ADÖ- Roller	Evet	26	2,54±0,60	-3,467	0.001
	Hayır	26	1,97±0,51		
ADÖ- Duygusal tepki verebilme	Evet	26	2,18±1,03	-3,219	0.001
	Hayır	26	1,37±0,60		
ADÖ- Gereken ilgili gösterme	Evet	26	0,31±0,15	-3,219	0.001
	Hayır	26	0,20±0,09		
ADÖ- Davranış kontrolü	Evet	26	2,39±0,57	-2,507	0.012
	Hayır	26	2,03±0,33		
ADÖ- Genel İşlevler	Evet	26	2,22±0,91	-2,840	0.005
	Hayır	26	1,48±0,54		
AHÇYTÖ- Aşırı koruyuculuk	Evet	26	35,69±10,61	-4,105	<0.001
	Hayır	26	48,04±7,04		
AHÇYTÖ- Demokratik ve eşitlik	Evet	26	21,00±3,31	-0,23	0.818
	Hayır	26	21,00±2,59		
AHÇYTÖ- Annenin ev kadınlığını reddetmesi	Evet	26	31,73±9,28	-1,914	0.056
	Hayır	26	36,65±8,17		
AHÇYTÖ- Karı koca geçimsizliği	Evet	26	13,77±4,63	-1,194	0.233
	Hayır	26	15,35±4,10		
YDEUÖ-Evlilikte doyum	Evet	26	38,96±12,24	-3,412	0.001
	Hayır	26	50,12±9,21		
YDEUÖ-Evlilikte iletişim	Evet	26	22,38±7,08	-3,951	<0.001
	Hayır	26	29,96±5,77		
YDEUÖ-Evlilikte empati	Evet	26	26,08±7,04	-3,456	0.001
	Hayır	26	32,73±4,75		
YDEUÖ-Kök aileler ile ilişkiler	Evet	26	19,85±5,60	-3,011	0.003
	Hayır	26	24,35±4,07		
Psikolojik sağlamlık ölçeği Toplam	Evet	26	17,92±1,87	-0,800	0.424
	Hayır	26	18,08±2,10		

Tablo 4.4'te yer aldığı gibi, katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları, çocukta görülen DEHB varlığı açısından karşılaştırılmıştır. Bu analize göre, ADÖ alt boyutlarından “Problem çözme” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Problem çözme” puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,973$ $p=0.003$).

ADÖ alt boyutlarından “İletişim” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “İletişim” puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,901$ $p=0.004$).

ADÖ alt boyutlarından “Roller” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Roller” puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-3,467$ $p=0.001$).

ADÖ alt boyutlarından “Duygusal tepki verebilme” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Duygusal tepki verebilme” puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-3,219$ $p=0.001$).

ADÖ alt boyutlarından “Gereken ilgili gösterme” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Gereken ilgili gösterme” puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-3,219$ $p=0.001$).

ADÖ alt boyutlarından “Davranış kontrolü” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Davranış kontrolü” puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,507$ $p=0.012$).

ADÖ alt boyutlarından “Genel İşlevler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Genel İşlevler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,840$ $p=0.005$).

AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Aşırı koruyuculuk” puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur ($Z=-4,105$ $p<0.001$).

YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Evlilikte doyum” puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur ($Z=-3,412$ $p=0.001$).

YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte iletişim” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Evlilikte iletişim” puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur ($Z=-3,951$ $p<0.001$).

YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte empati” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Evlilikte empati” puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur ($Z=-3,456$ $p=0.001$).

YDEUÖ alt boyutlarından “Kök aileler ile ilişkiler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Kök aileler ile ilişkiler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur ($Z=-3,011$ $p=0.003$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynleri ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlamlıkları, evlilik uyumları ve aile hayatı tutumları karşılaştırılmıştır. Bu bölümde yapılan analizlerden elde edilen bulgular doğrultusunda, literatür ışığında tartışılmıştır.

DSM-V’te Nörogelişimsel Bozukluklar arasında yer alan almakta olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), ayrıca dünya genelinde %3,4-7,2 oranında yaygın olan psikiyatrik bir bozukluktur (Öztürk ve Başgül, 2020).

Abalı ve arkadaşlarının 2006 yılında ifade ettikleri araştırmada da görüldüğü üzere aile terapisi ile aile içerisinde yaşanan sorunlar çözüldüğünde çocuklarda görülen olumsuz durumlar da azalmaktadır. Bu sebeple bu araştırma da Aile Değerlendirme Ölçeği kullanarak çocuklarda görülen DEHB tanısının sonuçlarını değerlendirebilmek için bütüncül bir yaklaşım sağlanmıştır. Yine son yıllarda literatürde önemli yer tutan Psikolojik Sağlamlık kavramı da incelenmiş, çocuklarında DEHB tanısı olan ve çocuklarında herhangi bir psikiyatrik tanı olmayan ebeveynlerin psikolojik sağlamlıkları değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır.

Araştırmada ortaya çıkan ilgili bulgular alan yazını kaynak alınarak tartışılmıştır.

İlk olarak çocuklarında DEHB tanısı olan ve olmayan aileler karşılaştırılacaktır. Sonrasında ise çocuklarında DEHB tanısı olan ebeveynlerin psikolojik sağlamlıkları değerlendirilecek, psikolojik sağlamlıkları yüksek ve düşük olan ebeveynlerin Aile Değerlendirme Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği, Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği sonuçları açısından karşılaştırılması yapılacaktır.

5.1. Çocuklarında DEHB Tanısı olan ve Herhangi Bir Psikiyatrik Tanısı Olmayan Ailelerin Karşılaştırılması

Araştırmanın ilk hipotezi “Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan ve olmayan ebeveynlerin evlilik uyumları, psikolojik sağlamlıkları ve aile hayatları arasında farklılık vardır.” olarak belirlenmiştir. Bu hipotez doğrultusunda çocuğunda DEHB tanısı olan grup ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan grup karşılaştırılmıştır. Yapılan Mann Whitney U analizi doğrultusunda ölçek puanlarının değerlendirilmesi incelenmiştir.

5.1.1. Çocuklarında DEHB Tanısı olan ve Herhangi Bir Psikiyatrik Tanısı Olmayan Ailelerin Karşılaştırılması

Katılımcı ebeveynlerin ölçek ve alt boyut puanları, çocuklarında görülen DEHB tanısı varlığı açısından karşılaştırıldığında; ADÖ alt boyutlarından “Problem çözme”, “iletişim”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “gereken ilgiyi gösterme”, “davranış kontrolü”, “genel işlevler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Bu alt boyutların hepsinin puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Alan yazın incelendiğinde Börekçi'nin yapmış olduğu ve ADÖ'nün kullanıldığı çalışmada da araştırmaya benzer sonuçlar ile karşılaşılmıştır. Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları, çocuğunda DEHB tanısı varlığı açısından karşılaştırıldığında; ADÖ alt boyutlarından “Problem çözme”, “iletişim”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “gereken ilgiyi gösterme”, “davranış kontrolü”, “genel işlevler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Bu alt boyutların hepsinin puanları çocuğunda DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur (Börekçi, 2017).

ADÖ alt boyutlarında edinilen düşük puanlar işlevselliği yüksek olduğu aileleri göstermektedir. İşlevselliği yüksek olan ailelerde yetişen çocukların sağlıklı bireyler olarak yetiştiğine yönelik bir çok çalışma sonucu mevcuttur. Stadelmann ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bozuk aile işlevselliğinin erkek çocuklarında daha çok dışa yönelim sorunlarına, kız çocuklarında ise daha çok içe yönelim sorunlarına sebep olduğunu öne sürmüşlerdir (Stadelmann ve ark, 2007).

ADÖ'nün alt boyutları analizler doğrultusunda değerlendirildiğinde, Virginia Satir'in (Satir, 1988) de ailelerin eğitici ya da sorunlu türe sahip olmasını etkileyen faktörlerden biri olarak gördüğü iletişim alt boyutu aynı zamanda ADÖ'nün diğer alt boyutları ile doğrudan bağlantılı bir boyut olarak önem taşımaktadır. İletişimin sağlandığı ailelerde problem çözme becerileri, rol dağılımları, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevlerin değerlendirilmesinin de daha sağlıklı olacağı ön görülmektedir. Aynı zamanda işlevsel ve eğitici ailelerin özelliklerinden olan iletişim, aile bireylerinin birbirlerinin duygu ve düşüncelerini okuyabildikleri ve anlayabildikleri, ebeveynlerin duygusal zekalı çocuklar yetiştirmeyi hedefledikleri ailelerde daha yüksektir (Gottman, 2020).

ADÖ'nün bir diğer alt boyutu olan problem çözme; bireylerin karşılaştıkları zorlayıcı hayat durumları karşısında alternatifler oluşturma becerilerini de kapsayan bir alt boyuttur. Aile içerisinde iletişim problemleri yaşanan durumlarda, aile bireylerinin birbirlerine uyum göstermesi ve zorlayıcı hayat koşulları karşısında iş birliği yaparak problem çözebilmelerinin de güç olması muhtemel olacağı için iletişimin olduğu ailelerde konuşarak iş birliği yapılacağından sorunlar karşısında problem çözme becerisi daha yüksek olacaktır.

Bir diğer alt boyut olan roller, aile içerisindeki bireylerin rol dağılımı ile ilişkilidir ve bu roller zamanla öğrenilen, nesilden nesile aktarılan özellikleri içerir. Ancak uyumlanamayan, iş birliği yapamayan aile bireylerinde rol dağılımının da sağlıklı olarak yapılması pek mümkün görülmemektedir. Yaşanan iletişim güçlüğü, iş birliği yapamama gibi iletişimsel sorunların rollerin dağılımını da olumsuz etkilemesi muhtemel olacaktır.

İletişim kurma güçlüğü yaşayan ve çocuklarının düşünce ve duygularını sağlıklı bir şekilde okuyamayan ebeveynlerin olduğu ailelerde duygusal tepki verebilme alt boyutunun da uygun olması beklenmemektedir. Duygusal zekalı çocuklar yetiştirmenin temelini oluşturan çocukların duygularını anlama ve duyguları hakkında konuşma zayıf iletişime sahip ebeveynlerde yetersiz olacağı için, bu ebeveynlerin çocukları da başkalarının duygularını okuma ve duygular hakkında konuşma becerisinden mahrum kalacaklardır (Gottman, 2019).

Kendi duyguları hakkında konuşan ebeveynlerin çocukları duygusal zekalarını geliştirebilmekte böylelikle hem kendilerini hem de çevrede olup bitenleri daha iyi anlayabilmektedirler. Ama çocuklarının duygularını okuyamayan ve gerek kendi gerekse çocuklarının duyguları hakkında konuşamayan ebeveynler çocuklarının beyinleriyle uyumlanma problemleri yaşayacaklardır (Siegel ve Bryson, 2017). Bu ebeveynlerin aynı zamanda çocuklarına gereken ilgiyi gösterme alt boyutunda da başarısız olması kaçınılmaz görülmektedir. Yine bu beceriyi edinmemiş çocuklardan bu deneyime sahip olmadıkları ve önlerinde onlara bu konuda rol model olacak ebeveynleri olmadığı için, çocukların da ebeveynlerine gereken ilgiyi göstermelerini beklemek pek mümkün değildir.

Kendilerinin ve başkalarının duygularını anlayabilen ve davranışlarının altında yatan duyguyu okuyabilen, empati kurabilen insanlar davranış kontrolü sağlayabilmekte başarılılardır. Buradan yola çıkarak iletişim kurma, uyumlanma, ilgi gösterme becerileri zayıf olan bireylerin davranış kontrolü sağlama konusunda da zayıf becerilere sahip olmaları beklenmektedir. Yine DEHB'nin özellikleri arasında yer alan davranış kontrolü

sağlayamama, tanı alan çocukların yaşadıkları ailelerde ayrıca sorunlara sebep olacaktır. Çocuğun duygularını anlamayan ebeveynler aynı zamanda davranışlarının temelini de anlayamayacak ve buna bağlı olarak başta iletişim problemleri olmak üzere başka sorunlar da görülecektir (Sürücü, 2019).

ADÖ'nün son alt boyutu olan genel işlevler maddeleri de DEHB tanılı çocuğun yaşadığı ailelerde çeşitli sorunlar olduğunu göstermektedir.

5.1.2. DEHB Tanısının Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi

Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları, DEHB tanısı varlığı açısından karşılaştırıldığında; AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Aşırı koruyuculuk” puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda çocuğunda DEHB tanısı olan ebeveynlerin daha düşük seviyede koruyuculuk gösterdiğini söyleyebiliriz.

DEHB tanılı çocukların sosyal ortamda yaşadıkları problemleri, zayıf davranış kontrolü becerilerini ve sosyalleşme problemlerine bağlı olarak maruz kalabildikleri zorbalıklar onların toplum içerisinde etiketlenmelerine sebep olabilmektedir. Bununla birlikte çocuklarında DEHB olan ebeveynler çocuğunda tanı olmayan diğer ebeveynlere göre sürekli müdahale eder, daha çok uyarılarda bulunur, sürekli komutlar verir ve takip edici davranışlar sergilerler (Sürücü, 2019). Çocuklardaki DEHB'nun ebeveynlerinde stres ve kaygıya sebep olması birçok araştırmaya konu olmuş ve DEHB belirtileri olan çocukların ebeveynlerinin daha fazla stres ve kaygı yaşadığı belirlenmiştir (McLaughlin, Harrison, 2006).

İmren'e göre, “DEHB tanısı olan çocukların aileleri ile yapılan çalışmalarda daha düşük ana-baba sıcaklığı ve daha yüksek ana-baba depresyonu ve kaygısı, daha fazla stres, tutarsız ve düşmanca ana-babalık saptanmıştır.”

Ekstra müdahale, stres, kaygı ve kontrolün ebeveynlerde yorgunluğa ve tükenmişliğe sebep olduğunu düşündüğümüzde zor çocuk olarak etiketlenmiş olan bu çocuklara karşı koruyuculuk düzeyinin düşük olması anlamlı olacaktır. Ebeveynler yaşadıkları zorluklar karşısında çaresiz kalabilmekte, olumsuz tutumlar geliştirebilmekte yaşadıkları bu olumsuzluklar düşmanca tutumlara sebep olabilmektedir. Bu gibi sebeplerle çocuklarına karşı geliştirdikleri koruyucu tutumlarının düzeyi düşebilmektedir.

Çöp ve arkadaşlarının 2017 yılında AHÇYTÖ kullanarak yapmış oldukları araştırmanın sonucuna göre DEHB tanılı çocukları olan ebeveynler kendilerini daha sıkı disiplin uygulayan ve daha az demokratik tutum sergileyen olarak göstermişlerdir (Çöp ve ark, 2017).

Çöp ve arkadaşlarının araştırması da değerlendirildiğinde daha sıkı disiplin ve daha az demokratik tutum sergileyen ebeveynlerin aşırı koruyuculuk düzeylerinin de düşük olması beklenmektedir ve bu sonuçta bizim araştırmamıza uygun gelmektedir.

5.1.3. DEHB Tanısının Yakın Doğu Evlilikte Uyum Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi

Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları, çocukta görülen DEHB tanısı varlığı açısından karşılaştırıldığında; YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum”, “evlilikte iletişim”, “evlilikte empati”, “kök aileler ile ilişkiler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Bu alt boyutların hepsinin puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur.

Alt boyutları tek tek incelendiğinde çocukta görülen DEHB tanısı ile evlilikte uyum, evlilikte iletişim, evlilikte empati ve kök aileler ile ilişkiler puanları arasında negatif tutum görülmüştür.

DEHB tanılı çocuğa sahip olan ebeveynlerin çocuklarına ayırmak durumunda kaldıkları ekstra kontrol zamanı, ekonomik harcamalar, eğitim ve terapi faaliyetleri göz önünde bulundurulduğunda bireylerin evlilikte karı koca doyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çocuğa ayrılan ekstra zaman karı-koca zamanından gitmekte ve bu bireyler birbirlerine yeterince vakit ayıramamaktadır. Ayrıca DEHB tanılı çocuğun psikolojik ve fizyolojik yorgunluğa da sebep olduğunu düşündüğümüzde çiftin kalan zamanlarını dinlenmeye ayırmak istemesi de muhtemeldir. Çocuğa ayrılan ekstra zamanın içerisinde evlilik içerisinde iletişim ve uyum problemleri yaşanması muhtemel olacaktır. Ayrıca DEHB tanılı çocuk için ev içi otorite sağlamak ve kuralları hatırlatmak üzere çatışmaların olması beklenebilecek bir durumdur. Yorgunluk, yaşanan iletişim problemleri, çatışmalar göz önünde bulundurulduğunda evlilikte uyum puanlarının düşük çıkması anlamlı olacaktır.

Harden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evlilik anlaşmazlığı ile DEHB arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir (Harden ve

ark, 2007). Bu araştırma da çocuğunda DEHB tanısı olan ebeveynlerin evlilik uyumu puanlarının düşük olmasını açıklamaktadır.

Evlilikte iletişim alt boyutunu ele aldığımızda ADÖ sonuçları ile de benzerlik taşıdığını ve iletişim problemlerinin aynı zamanda evlilik uyumu, evlilikte empati, aile içi uyumlanma, problem çözme, roller gibi diğer faktörleri de olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz.

Bir başka alt boyut olan evlilikte empati yine ADÖ alt boyutlarından duygusal tepki verebilme ve gereken ilgiyi gösterebilme boyutları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Karşı taraftaki bireyin duygusunu anlamakta ve duyguları hakkında iletişim kurmakta güçlük yaşayan çiftlerin birbirlerine empati göstermesi de zordur. Ayrıca DEHB tanılı çocuğa ayrılan ekstra enerjiyi ve anlayışı birbirlerine gösterememeleri de muhtemeldir.

İstatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren diğer bir boyut olan kök aileler ile ilişkiler alt boyutunun çocuğunda DEHB tanısı olanlarda düşük bulunmasının sebebi, ebeveynlerin çocukları ile yaşadıkları sosyal problemleri içermektedir. DEHB tanısı hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan sosyal çevre anne ve babanın ebeveynlik tutumlarını eleştirecek olup, onların daha korumacı, savunmacı ya da reddeden bir tutum sergilemelerine sebep olabilecektir. DEHB tanılı çocuklarının sosyal hayatta yaşadıkları uyumsuzluğa dair problemler ile karşı karşıya gelmek istemeyen ebeveynlerin de sosyallikten, insanlardan, kök ailelerden kaçınmak istemeleri ve onlarla sağlıklı iletişim gerçekleştirememeleri muhtemeldir.

5.1.4. DEHB Tanısının Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmada uygulanan Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır. Bu sonuçta bizlere psikolojik sağlamlığın yüksek olduğu ebeveynler ile psikolojik sağlamlığın düşük olduğu ebeveynlerin aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumları ve evlilik uyumları arasında herhangi anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir.

Psikolojik Sağlık düzeyinin araştırmada incelenen diğer ölçekler ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı sonucunun çıktığı araştırmada, psikolojik sağlamlığın bireyin kendisine bağlı bir faktör iken diğer ölçeklerde incelenen alt boyutların ikili ya da ailevi ilişkilere bağlı faktörler olduğunu düşündüğümüzde bu sonuç anlamlı gelebilmektedir.

Farklı bir değerlendirme olarak hem çocuğunda DEHB tanısı olan grupta yer alan katılımcıların hem de çocuğunda herhangi bir psikiyatrik tanı olmayan grupta yer alan katılımcıların Mann Whitney U analizi sonucunda psikolojik sağlamlık ölçeğine vermiş oldukları yanıtlardan ortaya çıkan puanların birbirine daha yakın olduğu görülmektedir (DEHB tanılı 17,92; DEHB tanısız 18,08). Bu yakın puanlardan yola çıkarak araştırmaya katılan katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin birbirlerine yakın olduğunu da söyleyebilir, böylelikle psikolojik sağlamlık düzeyi ile diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasını katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerindeki benzerlikle de açıklayabiliriz.

5.2. Çocuklarında DEHB Tanısı Olan Ebeveynlerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri ile Evlilik Uyumları ve Aile Hayatlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın ikinci hipotezi “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile evlilik uyumları ve aile hayatları arasında ilişki vardır.” olarak belirlenmiştir. Bu hipotez doğrultusunda Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analiz doğrultusunda çıkan sonuca göre; Psikolojik Sağlamlık hiçbir değişkenle anlamlı ilişkiye sahip değildir.

Pozitif Psikoloji yaklaşımında önem kazanan ve Latince resilience kelimesinden gelmekte olan pozitif psikoloji yaklaşımında bireylerin zorlu ve olumsuz olaylar karşısında kendilerini hızlı bir şekilde toparlama ve normale dönme güçleri olarak tanımlanabilen psikolojik sağlamlık bireyin kendisine dair içsel bir beceridir (Doğan, 2015).

Bireyin kendi içsel becerisi olmasıyla ve psikolojik sağlamlığı olumlu yönde etkileyen koruyucu faktörleri de değerlendirdiğimizde katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri ile evlilik uyumları ve aile hayatları arasında anlamlı bir ilişki yakalanmamış olması normal karşılanabilmektedir. Bireyin kendisinden kaynaklanan koruyucu faktörlere içsel faktörler, çevresel ve ailesel faktörlere ise dışsal faktörler denmektedir (Abu Bakar ve ark., 2010). Psikolojik sağlamlığın koruyucu faktörleri arasında zekâ, akademik başarı, olumlu sosyal ilişkiler, mizah, sağlık, iş ve hayat başarısı, kişisel farkındalık, özgüvenli kişilik, ikili ilişkilerde uyum, destekleyici aile üyeleri, arkadaş grupları yer almaktadır. Buradan yola çıkarak bireylerin kendi kişilik özellikleri, kişisel

özellikleri, çevreden gelen olumlu dış kaynakların da psikolojik sağlamlığı arttırdığını söylemek mümkündür.

Psikolojik sağlamlığı yüksek olan bireylerin evliliklerinde yaşadıkları uyum ve ilişki problemlerine karşı daha dayanıklı olmaları ya da bu problemlerin doğurduğu zorluklara karşı daha kolay mücadele etmeleri beklenmektedir. Yine bu bireylerin evliliklerinde ya da çocuklarında karşılaştıkları problemlere karşı içsel ve çevresel koruyucu faktörleri sayesinde kendilerini hızlıca toparlamaları psikolojik sağlamlık ile evlilik uyumu ve aile hayatı arasında anlamlılık yakalanamamasını açıklayabilmektedir.

Yine araştırmamızda çocuğunda DEHB tanısı olan ve çocuğunda herhangi bir psikiyatrik tanı olmayan ebeveynleri dahil ettiğimizi düşündüğümüzde psikolojik sağlamlık gibi bireysel bir özelliğin çocukta yaşanan probleme bağlı olamayacağı, ayrıca bu ebeveynlerin evlenmeden ve çocuk sahibi olmadan önce de benzer psikolojik sağlamlığa erişmiş olduklarını söyleyebiliriz. Böylelikle evlilik ve çocuğa bağlı yaşanan problemlerde bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin edindikleri düzeye bağlı olarak sürdürülmesi normal karşılanabilecektir.

BÖLÜM VI

SONUÇ

Araştırmada elde edilen bulgulara göre;

- Çalışmaya 52 ebeveyn katılmıştır.
- Çalışmaya katılan 52 ebeveyn den 26'sının çocuğunda herhangi bir psikiyatrik tanı yok iken 26'sının çocuğunda DEHB tanısı vardır.
- Çalışmada kullanılan “Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ)”, “Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği (AHÇYTÖ)”, “Yakın doğu evlilikte uyum ölçeği (YDEUÖ)” ve “Psikolojik sağlamlık ölçeği” alt boyutlarının veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır.
- Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.
- Araştırmada uygulanan Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır.
- Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları, DEHB tanısı varlığı açısından karşılaştırıldığında; ADÖ alt boyutlarından “Problem çözme”, “iletişim”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “gereken ilgiyi gösterme”, “davranış kontrolü”, “genel işlevler” puanları DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Bu alt boyutların hepsinin puanları DEHB tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcı ebeveynlerin ölçek ve alt boyut puanları, çocuğunda DEHB tanısı varlığı açısından karşılaştırıldığında; AHÇYTÖ alt boyutlarından “Aşırı koruyuculuk” puanları DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Aşırı koruyuculuk” puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur.
- Katılımcı ebeveynlerin ölçek ve alt boyut puanları, çocuğunda DEHB tanısı varlığı açısından karşılaştırıldığında; YDEUÖ alt boyutlarından “Evlilikte doyum”, “evlilikte iletişim”, “evlilikte empati”, “kök aileler ile ilişkiler” puanları çocuğunda DEHB tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Bu alt boyutların hepsinin puanları çocuğunda DEHB tanısı olanlara kıyasla olmayanlarda daha düşük bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan tüm katılımcıların puanları değerlendirildiğinde ADÖ en yüksek puana sahip alt boyut “roller” alt boyutudur.

- Araştırmaya katılan tüm katılımcıların puanları değerlendirildiğinde AHÇYTÖ en yüksek puana sahip alt boyut “aşırı koruyuculuk” alt boyutudur.
- Araştırmaya katılan tüm katılımcıların puanları değerlendirildiğinde YDEU en yüksek puana sahip alt boyut “evlilikte doyum” alt boyutudur.



BÖLÜM VII

ÖNERİLER

1. Bu araştırma Corona Virüs sebebiyle sosyal mesafe ve sağlık kuralları kapsamında yüz yüze olarak değil sadece online olarak yapılmıştır. Salgın sonrası araştırma yüz yüze olarak yapılabilir böylece daha kapsamlı veriler elde edilir.
2. Bu araştırma süregelen virüs salgını sebebiyle 52 kişi ile sınırlı kalmıştır. Araştırma daha kapsamlı yapılabilir.
3. Araştırmaya daha çok sayıda anne katılmıştır, daha fazla baba teşvik edilerek araştırma tekrarlandığında cinsiyet faktörü eşit olarak değerlendirilir.
4. Araştırmaya daha çok sayıda ebeveyn katılımı ile psikolojik sağlık düzeyinin aile hayatı ve evlilik uyumuna olan etkisi tekrar araştırılabilir.

KAYNAKLAR

- Abalı O, Durukan M, Güdek K, Tüzün ÜD. (2006). Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) Çocuk Psikiyatrisi' ndeki Uygulaması ve Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Cilt 10, Sayı 3*, 108-110.
- Abu Bakar, A., Jamaluddin, S., Symaco, L., ve Darusalam, G. (2010). Resiliency Among Secondary School Students in Malaysia: Assessment of the Measurement Model. *International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 4, 68-76.
- Acar, A, Ş. (2019). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*. Ankara: Nobel Yayın.
- Akçakın M. (1985). Çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeğinin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması. *Psikoloji Dergisi*; 5: 3-6.
- Akgün G. M., Tufan A. E., Yurteri N., Erdoğan E. (2011) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3: 15-48.
- Akman İ., Hacıfazlıoğlu N. E. (2018) Nörogelişimsel problemler açısından yüksek riskli bebeklerde erken tanı ve izlem prensipleri. *TOTBİD Dergisi*; 17:405-413
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (1968). (2nd ed). Washington DC: APB Press.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (1980). (3th ed). Washington DC: APB Press.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (1994). (4th ed). Washington DC: APB Press.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2013). (DSM-5). American Psychiatric Pub.
- Axline V. M. (2002). *Play Therapy: The art of the relationship* (2nd ed). New York: Brunner-Routledge.
- Baim C., Burmeister J., Maciel M. (2007). (eds.). *Advancing theory in therapy. Psychodrama: Advances in theory and practice*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Bal P. N., Şener Ö. (2015). Psikometrik hastalıkların iyileştirilmesinde psikodramanın etkisi. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*; 2(5): 310-323.
- Barbarese W. J., Katusic S. K., Colligan R. C. (2014). Long-term stimulant medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a population based study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*; 35(7): 448-457.
- Barker, Philip. (1998). *Basic Family Therapy*. Oxford: Blackwell Science.
- Barkley R. A. (1997). *ADHD and The Nature of Self Control*, New York: The Guildford Press.
- Barkley R. A., *The Importance of Executive Function in Understanding and Managing ADHD*.

- Barranco-Ruiz Y., Etxabe B. E., Ramirez-Velez R., Villa Gonzalez E. (2009). Interventions based on mind-body therapies for the improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in youth: A systematic review. *Medicina (Kaunas)*; 55 (7). pii: E325.
- Bayraktaroğlu, H., Tezer, M., Beyazit, U. and Çakıcı, E. (2017). *The Development and Assessment of Psychometric Properties of Near East Marital Adjustment Scale*. International Journal of Educational Sciences, 19:2-3, 205-213.
- Biederman J., Mick E., Faraone S. V. (1998). Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "True" depression or demoralization? *J Affect Disord*; 47:113-122.
- Börekçi, B. (2017). *Okul öncesi çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, davranışsal, sosyal problemler, aile işlevselliği ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çetin F., Bilbay A. ve Albayrak Kaymak D. (2003). *Araştırmadan uygulamaya çocuklarda sosyal beceriler grup eğitimi*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Çetin F. H., Işık Y. (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Genetik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*;10(1): 19-39.
- Çöp E., Kültür Ç. E. Ve Dinç Ş. G. (2017). Anababalık Tutumları ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişki, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 28(1):25-32.
- Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Doğan, T. ve Çötök, A. N. (2011). *Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4, 165-172.
- Doğangün B., Yavuz M. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, *Türk Pediatri Arşivi*; 46: 25-28.
- Faraone S. V., Biederman J. (1997). Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *J Nerv Ment Dis*; 185: 533-541.
- Frediksen M., Dahl A. A., Martinsen E. W. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*; 6:87-99.
- Geller D., Biederman J., Faraone S. V. (2000). Clinical correlates of obsessive compulsive disorder in children and adolescents referred to specialized and non specialized clinical settings. *Depress Anxiety*; 11: 163-8.
- Ghuman J.K., Ghuman H. S. (2013) Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers: Is it justified? *Pediatr Drugs*, 15:1-8.
- Ginsberg Y., Quintero J., Anand E. (2014). *Underdiagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of a literature*. Prim Care Companion CNS Disord;16.
- Ginsburg K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*: 119(1), 182-191.

- Gizir CA. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*; 3: 113-128.
- Goodman D. W., Mitchell S., Rhodewalt L. (2016). Clinical presentation, diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in older adults: a review of the evidence and its implications for clinical care. *Drugs & Aging*; 33: 27-36.
- Gotman, J., Declaire J. (2020) *Duygusal Zekâsı Yüksek Çocuklar Yetiştirmek* (5. Baskı). Ankara: Görünmez Adam Yayıncılık.
- Gottman J., Silver N. (2020) *Evliliği Sürdürmenin Yedi İlkesi* (12.Baskı). İstanbul: Varlık Yayınları.
- Gottman J., Gottman J.S. (2020) *Artık Üç Kişiyiz* (1.Baskı). Ankara: Görünmez Adam Yayıncılık.
- Güvenir T., Özbek A., Baykara B., Arkar H., Şentürk B., İncekaş S. (2008). Güçler ve güçlükler anketinin (GGA) Türkçe uyarlanmasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*; 15: 65-74
- Harden KP, Turkheimer E, Emery RE, D'Onofrio BM, Slutske WS, Heath AC, Martin NG. (2007). Marital conflict and conduct problems in Children of Twins. *Child Dev*;78(1):1-18.
- Heilskov Rytter M. J., Andersen L. B. B., Houmann T. (2015). Diet in the treatment of ADHD in children-a systematic review of the literature. *Nordic Journal of Psychiatry*; 69(1): 1-18.
- Hoffman H. *Der Struwwelpeter / Savruk Peter*. Ertürk ME. (çev.). (2008). Neckarsteinach: OLD-Media OHG.
- Hussey S. M., Sabonis B., O'Brien J. C. (2007). *Introduction to Occupational Therapy*. Elsevier:4.
- İmren G.S. (2010). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuk ve Ergenlerin Kardeşlerinde DEHB Belirtileri, Duygusal, Davranışsal Sorunlar ve Psikopatoloji* (Uzmanlık tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi.
- Kaiser M. L., Shoemaker M. M., Albaret J. M. (2015). What is the evidence of impaired motor skills and motor control among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Systematic review of the literature. *Res Dev Disabil*; 36: 338-357.
- Kaner S., Büyüköztürk Ş., İşeri E., Ak A., Özaydın L. (2011). Conners anababa dereceleme ölçeği yenilenmiş uzun formu: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*; 18: 45-58.
- Kaner S., Büyüköztürk S., İşeri E. (2012). Conners-Welss Öz Bildirim Ölçeği Kısa Formunun Türk Ergenlere Uyarlama Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 15(4), 208-217.
- Kellermann P. F. (1992). Processing in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*; 45: 63-73.
- Kent L., Craddock N. (2003). Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disord*; 73: 211-221.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: the resilience framework. (Ed: M. D. Glantz ve J. L. Johnson) *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Law M., Cooper B., Strong S. (1996). Person environment occupational model: A transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther*; 63: 9-23.
- Luthar, S. (1999). *Poverty and children's adjustment*. New-bury Park, CA: Sage.
- Mackie S., Shaw P., Lenroot R. (2007). Cerebellar development and clinical outcome in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*; 164: 647-655.
- McLaughlin, D. P., & Harrison, C. A. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*.
- Murphy, L. B. (1987). Further reflections on resilience. (Ed: E. J. Anthony ve B. J. Cohler) *The Invulnerable Child*. New York: The Guilford Press.
- Özdoğan T., Aldemir E. Y., Kavuncuoğlu S. (2014). Orta Derece ve Geç Prematüre Bebekler ve Sorunları. *İKSST Dergi*; 6(2): 57-64.
- Öztürk M. Başgül Ş.S. (2015) Çocuklarda Dürtüsellik (1.Baskı). İstanbul: Hayykitap.
- Polanczyk G. V., Salum G. A., Sugaya L. S., Caye A., Rohde L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 56(3): 345-365.
- Power T. J., Hom J., Huang P. (2018). Current Best Practices for Assessing and Treating Children and Adolescent With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Current Treatment Options in Pediatrics*; 4(1): 94-107.
- Renouf A. G., Kovacs M., Mukerji P. (1997). Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36: 998-1004.
- Sachs G. S., Baldassano C. F., Truman C. J., Guille C. (2000). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early-and late-onset bipolar disorder. *Am J Psychiatry*; 157: 466-468.
- Satir, V. (1988). *The New Peoplemaking: Because You Want to be a Better Parent*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, Inc.
- Satir, V. (1983). *Conjoint family therapy* (3rd ed.). Palo Altı, CA: Science and Behavior, Books, Inc.
- Satir, V., Stachowiak J., & Tachman, H.A. (1975). *Helping families to Change*. New York: Jason Aronson.
- Schachar R., Tannock R. (2003). Syndromes of hyperactivity and Attention Deficit. *Child and Adolescent Psychiatry*. M. Rutter, E. Taylor (eds.). 4.baskı. *Massachusetts: Blackwell Science*: 399-417.
- Seyitoğlu, F. (2017). *Çocuklarda 20 Psikolojik Problem ve Çözümü* (1.Baskı). İstanbul: Hayykitap.
- Shapiro F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols and procesured*. Guilford Publications.
- Siegel, D, J., Brayson T, P. (2017). *Bütün Beyinli Çocuk* (1.Baskı). İstanbul: Koridor Yayıncılık.
- Stadelmann S, Perren S, von Wyl A, von Klitzing K. (2007). Associations between family relationships and symptoms/strengths at kindergarten age: what is the role of children's parental representations? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ;48(10):996-1004.

- Sürücü, Ö. (2019). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Anne Baba Öğretmen El Kitabı* (11.Baskı). Ankara: Bilgi Yayınevi.
- Sümer, N. Aktürk, G.E. & Helvacı, E. (2010). Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye'de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13 (25): 42- 61.
- Taylor E., Sonuga-Barke E. (2008). *Disorder of attention and activity*. In Rutter M., Pine D., (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th ED.). Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Thomas R., Sanders S., Doust J., Beller E., Glasziou P. (2015). Prevalance of attention deficit / hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*;135(4): e994-e1001.
- Xue J., Zhnag Y., Huang Y. (2019). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness based interventions on ADHD syptoms. *Medicine (Baltimore)*; 98(23): e15957.
- Yaşar A.B., Kavakcı O. (2019). *Kitlesel Travma ve Afetlerde EMDR. İçinde Yüksel Ş, Başterzi AD. Kitlesel Travmalar ve Afetlerde Ruhsal Hastalıkları Önleme, Müdahale ve Sağaltım Kılavuzu*. 1. Baskı Türkiye Psikiyatı Derneği Yayınları.

EKLER

Ek 1:

Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

Lütfen bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz. Eğer araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırma ile ilgili bir sorunuz olursa, araştırmacıya sormaktan çekinmeyiniz.

Bu araştırma Üsküdar Üniversitesi klinik psikoloji bölümü yüksek lisans bitirme tezi kapsamında Yrd. Doç. Dr. Semra BARIPOğLU danışmanlığında, klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi psikolog Hatice ÇİFTCİ tarafından yürütölmektedir. Çalışmada, DEHB tanılı çocukların ebeveynleri hakkında araştırma yapmak ve yaşadıkları güçlükleri anlamlandırmak hedeflenmiştir. Ayrıca ocuğunda DEHB tanısı olan ve çocuğunda herhangi bir psikiyatrik tanı olmayan ebeveynlerin psikolojik sağlımlıklarının, evlilik uyumlarının ve aile hayatı tutumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılımlarınız tamamen gönüllölük esasına dayanmakta olup, istediğiniz zaman araştırmaya katılmaya son verme hakkına sahiptir. Böyle bir durumda, tüm cevaplarınız yok edilecek ve araştırma verilerinden çıkarılacaktır. Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, vereceğiniz tüm cevaplar sadece araştırma amacıyla kullanılacak ve araştırmacılar haricinde kimseye gösterilmeyecektir. Araştırmada isminiz sorulmayacaktır. Araştırmada paylaşacağınız tüm kişisel bilgileriniz güvenli bir biçimde ve çalışmanın geri kalanından ayrı olarak tamamen gizli tutulacaktır. Veriler analiz edildikten sonra, bulguların bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da bilgilerinizin gizliliği özenle korunacaktır. Bu sebeple lütfen tüm soruları eksiksiz, hiçbir baskı hissetmeden ve içtenlikle doldurunuz.

Çalışmanın katılımcılar üzerinde öngörülebilir bir negatif etkisi yoktur. Çalışma sizin sorulara cevap verme hızınıza bağlı olarak tamamlanması yaklaşık 15 dakika sürecek, araştırmacı tarafından hazırlanmış bir demografik bilgi formu ve standardize ölçeklerden ibarettir.

Çalışmaya katılımlarınız bizim için çok değerlidir. Lütfen bu formu onaylayarak çalışmaya gönüllölük olarak katılmayı kabul ettiğinizi belirtiniz.

Araştırmacı:

Psikolog Hatice ÇİFTCİ

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 2:

Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sayın anne babalar;

Araştırmama katılım için bütün soruların içtenlikle cevaplandırılması çok önemlidir.

Katılımınız için çok teşekkür ederim.

- Anketi dolduran kişi:

Anne () Baba ()

- Gelir düzeyiniz:

2000-3000 () 3001-4000 () 4001-5000 () 5001-üstü ()

- Kaç çocuğunuz var?

.....

- Yaşınız?

.....

- Eşinizin yaşı?

.....

- Eğitim Durumunuz:

Yüksek Lisans () Fakülte () Önlisans ()

Lise () Ortaokul () İlkokul ()

- Eşinizin Eğitim Durumu :

Yüksek Lisans () Fakülte () Önlisans ()

Lise () Ortaokul () İlkokul ()

CÜMLELER:	Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç katılmıyorum
1.Çocuğumda/Çocuklarımda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu vardır.				
2.Çocuğumda/Çocuklarım belirli bir işe dikkatini vermekte zorlanır ya da okulda,ödevlerinde dikkatsizce hatalar yapar.				
3.Çocuğum/Çocuklarım görevler ve oyunlar sırasında dikkatini sürdürmekte zorlanır.				
4.Çocuğum/Çocuklarım kendisiyle konuşuyorken dinlemiyormuş gibi görünür.				
5.Çocuğum/Çocuklarım okulda ya da evde verilen görevlerle ilgili yönergeleri takip edemez, başladığı işi bitiremez.				
6.Çocuğum/Çocuklarım eşyalarını kaybeder unutkanlıktır.				
7.Eli ayağı kıpır kıpırdır, oturduğu yerde duramaz.				
8. Çocuğum/Çocuklarım Sürekli hareket eder sanki motor takılmış gibidir.				
9.Çocuğum/Çocuklarım sırasını beklemekte güçlük çeker.				
10.Çocuğum/Çocuklarım sorulan sorular tamamlanmadan cevap verir ve başkasının sözünü keser.				

Ek 3:**Aile Değerlendirme Ölçeği**

AÇIKLAMA: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/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

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

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
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 duygularımızı açığa vurmaktan kaçınıyoruz.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()

15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet 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 geçinemeyiz.	()	()	()	()
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 davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()

40.Ev işlerinin 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 gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüydür.	()	()	()	()
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.	()	()	()	()
47.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 geçinemeyiz.	()	()	()	()
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 karışıyoruz.	()	()	()	()
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 çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Probleminizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

Ek 4:**Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği**

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği ile sizlerin çocuk yetiştirme tutumlarınız hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır. Ölçekte bulunan “Çok Uygun Buluyorum”, “Oldukça Uygun Buluyorum”, “Biraz Uygun Buluyorum”, “Hiç Uygun Bulmuyorum” seçeneklerinden size uygun gelen birini işaretlemeniz yeterlidir. Bu ifadelerde doğru veya yanlış ifade yoktur. Araştırma için bütün ifadelerin işaretlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle bazı ifadeler benzer dahi olsa boş bırakmamanızı rica ederiz.					Çok Uygun Buluyorum	Oldukça Uygun Buluyorum	Biraz Uygun Buluyorum	Hiç Uygun Bulmuyorum
1.Çocuk yorucu ve zor işlerden korunmalıdır.								
2.Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.								
3.Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.								
4.Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.								
5.Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir.								
6.Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.								
7.Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki zamanını boşa geçirmesi affedilmez.								
8.Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.								
9.Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmasıdır.								
10.Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.								
11.Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.								
12.Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır.								
13.Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur.								
14.Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.								

15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.				
16. Bütün genç anneler, bebek bakımından beceriksiz olacaklarından korkarlar.				
17. Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa, hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur.				
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.				
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi.				
20. Bir çocuğa ne olursa olsun dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.				
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde annenin tepesinin atması çok normaldir.				
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.				
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.				
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.				
25. Küçük bir çocuk cinsiyet konusunda sakınmalıdır.				
26. Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır.				
27. Uyanık bir anne-baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.				
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.				
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar.				
30. Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.				
31. Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.				
32. Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.				
33. Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı.				
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.				
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.				
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.				
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.				

38.Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.				
39.Bir çocuğa başı derde girdiğinde dövüşmekyerine büyüklerine başvurması öğretilmelidir.				
40.Anne-baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemezler.				
41.Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendi evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.				
42.Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.				
43.Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir.				
44.Çocukların sorunlarına eğilirsenez, sizi oyalamak için birçok masal uydururlar.				
45.Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler.				
46.Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.				
47.Bir çocuk eninde sonunda anne-babasınkinden daha üstün bir akla sahip olamayacağını öğrenir				
48.Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.				
49.Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.				
50.Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörü ile karşılanamaz.				
51.Anne-babalar çocuklarını hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.				
52.Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.				
53.Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması lazımdır.				
54.Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.				
55.Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir.				
56.Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa, tüm aile rahat eder.				
57.Anne-babalar çocuklarını kendi kendine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.				

58.Çocuklar aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.				
59.Çocukların toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlıklarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.				
60. Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.				



Ek 5:**Yakın Doğu Evlilik Uyum Ölçeği**

Aşağıda eşiniz ve evliliğinizle ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyup size ne derece uygun olduğunu ilgili kutucuğa (x) işareti koyarak belirtiniz.

		Hiçbir zaman	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
1.	Beni üzen şeyleri eşimle paylaşırım				
2.	Evliliğimizde meydana gelen problemlerin çözümünde eşimle ortak karar alırız				
3.	Eşimin olaylar karşısındaki tepkilerini anlarım				
4.	Eşimin ailesi ile iyi geçinirim				
5.	Aile bütçesinin düzenlenmesinde eşimle ortak karar alırız				
6.	Eşimin dile getirdiği düşünceleri anladığımı ona söylerim				
7.	Ailem ile ilişkilerim konusunda eşimle sorun yaşarım				
8.	Eşime karşı açık sözlüyüm				
9.	Eşimin yüz ifadesinden duygularını anlarım				
10.	Eşimle öfkelenmeden tartışamayız				
11.	Eşim ailem ile iyi geçinir				
12.	Eşim beni dinlediğinde rahatlarım				
13.	Eşimin dile getirdiği düşünceleri anlarım				
14.	Eşimin ailesi ile ilişkilerim konusunda eşimle sorun yaşarım				
15.	Doğru kişiyle evlendiğimi düşünürüm				
16.	Eğlence, davet, ziyaret gibi sosyal etkinliklere katılma konusunda eşimle anlaşırım				
17.	Düşüncelerimi eşime rahatlıkla ifade ederim				
18.	Evliliğimizdeki küçük anlaşmazlıklar büyük sorunlara dönüşür				
19.	Evliliğimizin iyi gittiğini düşünürüm				
20.	Eşimin ailesi evliliğimizde yaşadığımız sorunların kaynağıdır				
21.	Sorunlarımı eşimle paylaşırım				
22.	Eşimin duygularını incitmemeye özen gösteririm				
23.	Eşim üzüldüğünde nedenini anlarım				
24.	Eşimden boşanmayı düşündüğüm zamanlar olur				
25.	Eşimle anlaşmazlıkları kısa zamanda çözeriz				
26.	Başka birisiyle evlenseydim daha mutlu olabileceğimi düşünürüm				
27.	Evliliğimde mutluyum				
28.	Eşimin yaşadığı duygulara karşı duyarlı davranırım				
29.	Boş zamanlarımızı değerlendirmede eşimle sorun yaşarım				
30.	Eşimin olaylara bakış açısını anlarım				

31.	Evliliğimizde problem yaşadığımızda çözüm yollarını eşimle konuşuruz				
32.	Eşimin ailesi yüzünden boşanabileceğimizi düşünürüm				
33.	Sırlarımı eşimle paylaşıyorum				
34.	Sorunlar karşısında eşimle birlikte hareket ederiz				
35.	Eşim beni dinlemek için yeterli zamanı ayırır				
36.	Eşim en yakın arkadaşımıdır				
37.	Eşimle ilgilenmekten hoşlanırım				
38.	Eşimin ailesi evliliğimize müdahale eder				
39.	Eşim bana karşı ilgilidir				
40.	Eşimle tartıştığımızda küserim				
41.	Evliliğimizde problem yaşadığımızda eşimin düşüncelerine önem veririm				
42.	Eşimin söylediklerinden ne hissettiğini anlarım				

Ek 6:**Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği**

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	1	2	3	4	5