

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN BAĞLANMA STİLLERİ İLE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Mısra ÇİFTECİ
211149104

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Çağla ÇELİMLİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2024

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN BAĞLANMA STİLLERİ İLE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Mısra ÇİFTECİ

211149104

ORCID: 0000-0001-8900-665X

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Çağla ÇELİMLİ

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Eylül, 2024



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

MISRA ÇİFTECİ'nin "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ortaokul Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tezi 24.09.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr.Öğr.Üyesi Çağla ÇELİMLİ (Danışman) Maltepe Üniversitesi	
Üye	Dr.Öğr.Üyesi Sevim AŞİROĞLU Maltepe Üniversitesi	
Üye	Prof.Dr.Ahmet BEDEL Sinop Üniversitesi	

Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



TEŞEKKÜR

Her şeyden önce, zorluklarla geçen tez sürecimde yapıcı tutumuyla beni destekleyen; bilgisini ve tecrübesini esirgemedi bana rehberlik eden değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Çağla ÇELİMLİ'ye emekleri için teşekkürlerimi ve saygılarımı sunuyorum.

Tez savunma jürisinde yer alan Dr. Öğr. Üyesi Sevim AŞİROĞLU ve Prof. Dr. Ahmet BEDEL'e kıymetli değerlendirmeleri ve katkılarından dolayı teşekkürlerimi ve saygılarımı sunuyorum.

Tezimi tamamlayabilmemde katkısı çok büyük olan kıymetli Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Doç. Dr. Enes SARIGEDİK'e desteklerinden dolayı minnettarım. Tez sürecim boyunca ihtiyaç duyduğumda desteğini esirgemeyen ve tezimi tamamlayabilmemde katkısı çok kıymetli olan Doç. Dr. Şaziye SEÇKİN YILMAZ'a teşekkürlerimi sunuyorum. Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca, kendime inanmamı sağlayan ve motivasyonum düştüğü anlarda destek olan çok kıymetli Dr. Öğr. Üyesi Betül TANACIOĞLU AYDIN ve Dr. Öğr. Üyesi Gökçe GÜVERCİN SEÇKİN'e teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunuyorum.

Aynı dönemde tez çalışması yürüttüğümüz kıymetli arkadaşlarım Cansu KARADUMAN ŞERMET ve Nihal YARDIMCI'ya, her ihtiyaç duyduğumda yanımda oldukları ve bana güç verdikleri için teşekkür ederim. Tez sürecim boyunca sık sık fikir danıştığım, desteklerini esirgemeyen ve motivasyonumu yükselten kıymetli arkadaşlarım Diğdem SEÇKİN ve Duygu OLGAC'a çok teşekkür ederim.

Bu yolculukta bana eşlik eden, zaman zaman birlikte zorlansak da sabırla beni destekleyen ve yanımda olan sevgili eşim Cihan'a ve canım oğlum Atlas'a teşekkür ediyorum. Bu çalışmayı oğlum Atlas'a ithaf ediyorum.

Mısra ÇİFTECİ

Eylül, 2024

ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN BAĞLANMA STİLLERİ İLE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Mısra Çiftçi
Yüksek Lisans Tezi
Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Çağla Çelimli
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2024

Bu araştırma Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı ergenlerin bağlanma stilleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma kapsamında, katılımcıların bağlanma boyutları ve psikolojik sağlamlık düzeyleri demografik değişkenler açısından da incelenmiştir.

Araştırmaya DEHB tanısı olan 10-14 yaş arasındaki ortaokul öğrencileri dahil edilmiştir. Çalışmaya 10 kız 36 erkek olmak üzere toplam 46 öğrenci katılmıştır. Veri toplama sürecinde, Kişisel Bilgi Formu, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Ölçeği, Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma verilerinden elde edilen bulgulara göre; DEHB tanılı 10-14 yaş arasındaki ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma ve güvensiz bağlanma (ölçek toplam puanı) oranları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bununla birlikte araştırmaya katılan DEHB tanılı ergenlerin kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma ve güvensiz bağlanma oranlarının cinsiyete ve ebeveyn birliktelik durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; kaygılı bağlanma ve güvensiz bağlanma oranlarının ise ilaç tedavisi alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise baba eğitim düzeyi ve ebeveyn birliktelik durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmektedir.

DEHB tanılı çocuk ve gençlerin psikolojik sağamlıklarını iyileştirmeye yönelik koruyucu müdahalelerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: DEHB, Bağlanma, Psikolojik Sağamlık, Ergenlik



ABSTRACT

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN RESILIENCY AND ATTACHMENT STYLES OF SECONDARY SCHOOL STUDENTS WITH ADHD

Mısra Çiftçi

Master Thesis

Department of Educational Sciences

Guidance and Psychological Counseling Master's Programme

Thesis Advisor: Asst. Prof. Çağla Çelimli

Maltepe University Graduate School, 2024

The aim of this study was to examine the relationship between attachment insecurity and resiliency in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. In accordance with this purpose, attachment insecurity and resiliency were investigated with regards to demographic variables.

The study involved secondary school students with adhd aged 10-14. Forty six (10 girls, 36 boys) students attended. Personal information form, The Experiences in Close Relationships Scale Revised –Middle Childhood, Child and Youth Resilience Measure were used for collection of data.

The results of the study indicate that attachment-related avoidance, attachment-related anxiety and attachment insecurity are negatively correlated with resiliency in adolescents with adhd. Additionally, attachment insecurity was related to gender, marital status of parents and having medical treatment. Resiliency was related to father educational level and marital status of parents.

It is recommended protective interventions for improving resiliency of children and youths with adhd.

Keywords: ADHD, attachment, resiliency, adolescent

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1 Problem	1
1.2 Amaç	7
1.3 Önem	8
1.4 Varsayımlar	8
1.5 Sınırlıklar.....	9
1.6 Tanımlar	9
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	10
2.1.1 Tanım ve tarihçe	10
2.1.1.1 Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm	12
2.1.1.2 Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm	13
2.1.1.3 Birleşik görünüm	14
2.1.2 Tanılama ve değerlendirme	14
2.1.3 Epidemiyoloji.....	18

2.1.4	Etiyoloji	19
2.1.4.1	Genetik faktörler.....	19
2.1.4.2	Çevresel faktörler	20
2.1.4.3	Beyin görüntüleme çalışmaları.....	21
2.1.5	Eş tanı	21
2.2	Psikolojik Sağlamlık	22
2.2.1	Psikolojik sağlamlığın tanımı	22
2.2.2	Risk faktörleri	24
2.2.3	Koruyucu faktörler.....	25
2.3	Bağlanma Kuramı	26
2.3.1	Bağlanma davranışı.....	28
2.3.2	Bağlanmanın gelişimi	29
2.3.3	İçsel çalışan model.....	30
2.3.4	Bağlanma örüntüleri	30
2.3.5	Ergenlerde bağlanma	31
3.	YÖNTEM	33
3.1	Araştırma Modeli	33
3.2	Araştırma Grubu.....	33
3.3	Veriler ve Toplanması.....	34
3.3.1	Veri toplama süreci.....	34
3.3.2	Veri toplama araçları	34
3.3.2.1	Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)	34

3.3.2.2	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri –II (YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği):	35
3.3.2.3	Katılımcı bilgi formu	35
3.4	Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması	36
4.	BULGULAR VE TARTIŞMA	37
4.1	Bulgular	37
4.1.1	YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi	37
4.1.2	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi	51
4.1.3	YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanları ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	59
4.2	Tartışma	60
5.	SONUÇ ve ÖNERİLER	66
	KAYNAKÇA	68
	EKLER	84
	Ek:1: Etik Kurul Kararı	84
	Ek: 2: MEB Araştırma İzni	85
	Ek: 3: Ölçek Kullanım İzni-1	86
	Ek: 4: Ölçek Kullanım İzni-2	87
	Ek: 5: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Ölçeği Formu (Örnek Maddeler)	88
	Ek: 6: Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Formu (Örnek Maddeler)	90
	ÖZ GEÇMİŞ	91

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Dikkat Eksikliği / Aşırı Hareket Bozukluğu Tanı Kriterleri	15
Tablo 2. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Betimsel İstatistikleri	37
Tablo 3. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 4. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Yaşa Göre Betimsel İstatistikleri	39
Tablo 5. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 6. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Betimsel İstatistikleri	41
Tablo 7. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 8. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Betimsel İstatistikleri	43
Tablo 9. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Kaçınma Alt Boyutu Puanının Baba Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 10. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Kaygı Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 11. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Ebeveynlerin Birlikte ya da Ayrı Olma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	45
Tablo 12. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Ebeveynlerin Birlikte ya da Ayrı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	46

Tablo 13. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Betimsel İstatistikleri.....	47
Tablo 14. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Kaygı ve Kaçınma Alt Boyutları Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 15. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Toplam Puanlarının Kardeş Sayısına Göre İncelenmesi	48
Tablo 16. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	49
Tablo 17. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 18. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	50
Tablo 19. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 20. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Betimsel İstatistikleri	51
Tablo 21. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 22. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Betimsel İstatistikleri	52
Tablo 23. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması.....	53
Tablo 24. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Betimsel İstatistikleri.....	53
Tablo 25. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	54

Tablo 26. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Betimsel İstatistikleri.....	54
Tablo 27. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	55
Tablo 28. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Ebeveynlerin Birlikte ya da Ayrı Olma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	55
Tablo 29. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Ebeveynlerin Birlikte ya da Ayrı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	56
Tablo 30. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Betimsel İstatistikleri	56
Tablo 31. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılması.....	57
Tablo 32. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	57
Tablo 33. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 34. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	58
Tablo 35. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	59
Tablo 36. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler	59
Tablo 37. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	60

KISALTMALAR

DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)

ICD : International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)

MEB : Milli Eğitim Bakanlığı

SED : Sosyoekonomik Düzey

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında ortaya çıkan; dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik temel belirtileri ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu tanı grubunda yer alan bireyler bir işe odaklanmakta, dikkati sürdürmekte, zamanı yönetmekte ve görevleri tamamlamakta çoğu zaman zorluk yaşarlar. Aynı zamanda oturması gereken durumlarda uzun süre hareketsiz duramama, sırasını bekleyememe, dürtülerini kontrol etmekte zorlanma gibi durumlar çoğu zaman görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Planlama, hedef odaklı olma, uygunsuz tepkileri bastırma, çalışan bellek, akıl yürütme gibi üst düzey bilişsel faaliyetleri ifade eden yürütücü fonksiyonların DEHB tanılı bireylerde bozulmaya uğramış olduğu bildirilmektedir (Glozman ve Shevchenko, 2014; Robinson ve Tripp, 2013; Seidman, Biederman, Faraone, Weber ve Ouellette, 1997). Bu belirtiler DEHB tanısı almış bireylerin okul, iş ve sosyal yaşamlarında çeşitli uyum güçlükleri yaşamalarına ve işlevselliklerinin bozulmasına sebep olabilmektedir. DEHB tanılı çocuk ve ergenler, akademik başarısızlık, okuldan uzaklaştırılma, sosyal uyumda ve akran ilişkilerinde güçlük, ebeveynleriyle olan ilişkilerinde güçlük, agresyon, kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı, düşük özgüven, madde kötüye kullanımı, davranım bozukluğu ve suça karışma gibi durumlar açısından diğer akranlarına kıyasla daha fazla risk altındadırlar (Arslanoğlu, 2008; Barkley, 1997; Fischer, Barkley, Edelbrock ve Smallish, 1990; Karadağ ve Güzel, 2020; Singh ve Singh, 2015; Treuting ve Hinshaw, 2001; Tügen, 2018; Yazgan, 2017). DEHB yaygın görülen gelişimsel bir bozukluktur (Faraone vd., 2015). Yapılan kapsamlı bir sistematik tarama çalışması, dünya genelinde DEHB görülme oranını %5.29 olarak bildirmektedir (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman ve Rohde, 2007). Tanılama çoğunlukla çocukluk döneminde yapılıyor olsa da DEHB pediatrik bir bozukluk değildir. Etkileri yaşam boyu görülebilen “nörobiyolojik bir bozukluktur”. Çocukluk döneminde DEHB tanısı alan kişilerin yaklaşık olarak yarısı yetişkinlik döneminde de semptomları yaşamaya devam etmektedirler (Greydanus, Pratt ve Patel, 2007). DEHB olan erişkinler, zaman yönetimi ve öfke kontrolü becerilerinin zayıf olması, uyku bozukluğu ve motivasyon sorunları sebebiyle iş hayatında başarısızlık

ve sosyal ilişkilerinde güçlük gibi risklerle karşılaşabilmektedir (Barkley, 1997; Greydanus, Pratt ve Patel, 2007; Yazgan, 2017).

DEHB'nin temelinde davranış baskılama (inhibisyon) ve öz-düzenleme güçlükleri yer aldığından (Barkley, 1997); bu tanı grubundaki çocuklarda kurallara karşı gelme, inatlaşma, ortama/konuya uyumsuz davranma, görevleri yerine getirmede isteksizlik gibi davranışlar akranlarına kıyasla daha fazla görülmektedir (Cunningham ve Barkley, 1979; Tarver-Behring, Barkley ve Karlsson, 1985). Bu semptomlar, ebeveyn – çocuk ilişkisinde de olumsuzluklara sebep olabilmektedir. Bu çocuklar ebeveynleriyle günlük hayatta daha sık çatışma yaşamaktadır (Barkley, Guevremont, Anastopoulos ve Fletcher, 1992). Ebeveynler, DEHB tanılı çocuklarının problem davranışlarını yönetmekte zorlandıklarından, diğer ebeveynlere kıyasla daha çok yönlendirici, kontrolcü, eleştirel, olumsuz yaklaşımlı ve daha az duyarlı ebeveynlik sergilemektedirler (Cohen, Sullivan, Minde, Novak ve Keens, 1983; Mash ve Johnston, 1982; Tarver-Behring, Barkley ve Karlsson, 1985). DEHB tanılı ergenler ve anneleri, aralarındaki iletişimi daha olumsuz ve çatışmalı olarak tanımlamaktadırlar (Barkley, Guevremont, Anastopoulos ve Fletcher, 1992). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerde daha çok problem davranış görülürken, ebeveynlerinde ise daha yüksek oranda stres görüldüğü bildirilmektedir (Fischer, Barkley, Edelbrock ve Smallish, 1990). DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin, ebeveynlik rollerinde öz yetersizlik hissettiği ve evlilik ilişkilerinden duydukları memnuniyetin daha düşük olduğu görülmektedir (Mash ve Johnston, 1983). DEHB tanılı çocukların, diğer akranlarına kıyasla ebeveynleriyle olan ilişkilerinde daha fazla olumsuz deneyime sahip olmaları akla bağlanma ilişkisini getirmektedir (Rochford, 2005). DEHB tanısı olan çocuklarda, küçük yaşlardan itibaren görülen hiperaktif ve dürtüsel davranışlar ile dikkat eksikliği belirtileri, bu çocukların aile içinde daha fazla zorlu durumlar yaşamalarına sebep olmakta (Dekkers vd., 2021) ve ebeveynlerin duyarlı yaklaşımını zorlaştırmaktadır (Kissgen ve Franke, 2016). Bu durumun güvenli bağlanma ilişkisi açısından dezavantaj oluşturduğu düşünülmektedir (Dekkers vd., 2021; Kissgen ve Franke, 2016; Rochford, 2005).

Bağlanma, bebek ve bakım vereni (genellikle anne) arasında çeşitli davranış biçimleri aracılığıyla gelişen içsel bağı ifade etmektedir. Bu bağ, bebeklerin hayatta kalma şanslarını arttırmak için evrimsel olarak sahip olduğu “yakınlık” arayışından doğmaktadır

(Bowlby, 1969, çev. 2021). Bakım verene yakın olmak, bebeğin güvende olmasını ve ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar. Bowlby (1969), bebeklerin doğuştan sahip oldukları bir takım içgüdüsel davranış sistemlerinin bağlanma ilişkisinin gelişmesini sağladığını ifade etmektedir. Bu davranış sistemlerini “bağlanma davranışı” olarak tanımlamaktadır. Yaklaşma, takip etme/izleme, emme, gülümseme, ağlama, bebeleme (agulama), yapışma gibi çeşitli davranış sistemleri bağlanmaya aracılık etmektedir (Bowlby, çev. 2021). Ainsworth vd. (1978) bebeklerin bağlanma tepkilerini inceledikleri araştırmada üç temel bağlanma örüntüsü tanımlamaktadır. Buna göre, “anneye güvenli bağlanmış” gruptaki bebekler annenin yokluğunda üzülmede ve arayışa girmektedirler. Anne döndüğünde ise kolayca sakinleştirilebilirler. “Kaygılı bağlanma ve kaçınma” olarak ifade edilen gruptaki bebekler, annenin yokluğu ardından gelen birleşme anında kaçınma davranışı gösterirler ve anneye ilgisiz kalırlar. “Kaygılı bağlanma ve dirençli” olarak adlandırılan grupta ise bebekler annenin dönüşü sonrasında anneye etkileşime girme noktasında kararsız görünürler. Aynı anda hem anneye yönelmek ister hem de buna direnirler. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, bakım verenin bebeğin sinyallerine duyarlı bir şekilde cevap vermesi ve bakım veren ile bebek arasındaki sosyal etkileşimin boyutu güvenli bağlanmanın gelişmesinde oldukça önemlidir (aktaran Bowlby, 1969, çev. 2021, s.406). Bakım vereni ile deneyimlediği etkileşimlerin sonucu olarak bebek, kendisi ve bakım vereni ile ilgili “içsel çalışan model” olarak tanımlanan- zihinsel bir model oluşturur (Ainsworth ve Bowlby, 1991). Bakım vereni tarafından ihtiyaçları tutarlı olarak karşılanan, duyarlı ve şefkatli bakım gören bebekler kendilerini güvende ve değerli hissedebilir; diğerlerini güvenilir algılayabilirler. İhtiyaçları uygun şekilde karşılanmayan, duyarsız ve katı bir tutuma maruz kalan bebekler ise kendilerini değersiz; diğerlerini güvenilmez ve dünyayı da tehlikelerle dolu algılayabilirler. Olumlu içsel çalışan modele sahip olan bir çocuğun benlik algısı olumlu, özgüveni yüksek, kendini regüle edebilme kapasitesi artmış ve davranışları uyumlu olacaktır. Olumsuz içsel çalışan modele sahip çocuğun ise özgüveni düşük, davranış problemleri artmış ve kendini düzenleyebilme kapasitesi zayıf olacaktır (Booth ve Jernberg, çev. 2014).

DEHB ve bağlanma ilişkisi konulu çalışmalara bakıldığında; yapılan çeşitli araştırmalar DEHB tanılı çocuk, ergen ve yetişkinlerin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda kaygılı, kaçınan ve dezorganize bağlanmaya sahip olduklarını göstermektedir (Clarke, Ungerer, Chahoud, Johnson ve Stiefel, 2002; Dekkers vd., 2021; Rochford, 2005;

Storebø, Rasmussen ve Simonsen, 2016; Thorell, Rydell ve Bohlin, , 2012; Thorell, Salari, Bohlin ve Rydell, 2017; Ting, 2019; Wylock, Borghini, Slama ve Delvenne, 2021). Türkiye’de yürütülen çalışmalara bakıldığında; ergenlerle yaptıkları araştırmalarda, Tokaç (2016) ve Doğan (2013), DEHB olgularının daha yüksek oranda güvensiz bağlanmaya sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Uzun (2011) tarafından yürütülen çalışmada, DEHB tanı grubu ile kontrol grubu arasında bağlanma stilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadığı ancak DEHB grubunda en yüksek ortalamanın kaçınan bağlanma tipinde olduğu ifade edilmektedir. Gençdoğan ve diğerleri (2016) tarafından 30 kişilik tanı grubu ve 30 kişilik kontrol grubu ile yürütülen çalışmada, DEHB tanılı ergenler ile kontrol grubundaki ergenlerin bağlanma stilleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı; bununla birlikte DEHB tanılı gruptaki ergenlerden ebeveynlerinde DEHB tanısı bulunanların daha yüksek oranda kaçınan bağlanmaya sahip olduğu belirtilmektedir. Tüğen (2018) ise çocuklarla yürüttüğü araştırmada, DEHB olguları ile kontrol grubu arasında güvenli bağlanma düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmadığını ancak DEHB grubunda duygu düzenleme güçlükleri ile güvenli bağlanma düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğunu tespit etmiştir.

Psikolojik sağlamlık, zorlayıcı bir yaşam deneyimi karşısında kişinin sahip olduğu koruyucu faktörlerin etkisiyle bu zorlayıcı duruma adapte olması şeklinde tanımlanabilir. Aynı zamanda, zorlu olaylar karşısında çabuk toparlanabilme gücünü ifade etmektedir (Kararımak, 2006). Literatüre bakıldığında üzerinde anlaşmaya varılmış bir tanım bulunmamakla birlikte, psikolojik sağlamlığı ele alan çalışmalarda genellikle risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerinde durulduğu görülmektedir (Driggers, 2013; Kararımak, 2006). Düşük sosyoekonomik düzey, aile içi şiddet, doğal afet, savaş ve terör, gelişimsel farklılıklar, ebeveynlerin psikopatolojik durumları ve travmatik deneyimlere maruz kalmak risk faktörleri olarak değerlendirilebilir. Bu risk faktörlerine karşı kişinin pozitif yönde uyumunu kolaylaştıran, toparlanabilme kapasitesini arttıran özellikler de koruyucu faktörler olarak ele alınmaktadır. Öz güven, iletişim becerileri, sosyal beceriler, öz-disiplin, olumlu problem çözme becerileri, mizah anlayışı ve zekâ gibi bireyin kendisinden kaynaklanan koruyucu faktörler olabileceği gibi, destekleyici aile ortamı ve sosyal çevre gibi bireyin dışında yer alan koruyucu faktörler de olabilir (Kararımak, 2006).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna sahip çocuk ve gençler, semptomları nedeniyle çeşitli güçlükler yaşayabilmekte; bu güçlüklerin ileriye dönük olumsuz sonuçları ile hayatlarının çeşitli alanlarında karşılaşabilmektedirler (Greydanus, Pratt ve Patel, 2007; Klein ve Mannuzza, 1991). Mikami ve Hinshaw (2006) tarafından yürütülen boylamsal çalışmada, çocuklukta DEHB tanısı almış olan grubun ergenliğe geldiklerinde dışsallaştırılmış ve içselleştirilmiş davranış sorunları, düşük akademik başarı, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi olumsuz durumlarla daha yüksek oranda karşılaştıkları bildirilmektedir. Ayrıca DEHB tanısı almış olan bireylerin, yetişkinlikte duygu durum bozuklukları ve madde bağımlılığı yaşama oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Choi, Woo, Wang, Lim ve Bahk, 2022; Katzman, Bilkey, Chokka, Fallu ve Klassen, 2017). DEHB tanılı bireylerin uyumlu bir yaşam sürmelerini güçleştiren bu durumlar, psikolojik sağlık perspektifinden bakıldığında risk faktörü olarak kabul edilebilir. Ayrıca psikolojik sağlık açısından koruyucu faktör olduğu belirtilen özgüven, sosyal beceriler, iletişim becerileri ve öz-disiplin gibi kişisel özellikler, DEHB’li bireylerin sorun yaşadığı alanlar olarak bilinmektedir (Arslanoğlu, 2008; Barkley, 1997; Fischer, Barkley, Edelbrock ve Smallish, 1990; Karadağ ve Güzel, 2020; Singh ve Singh, 2015; Treuting ve Hinshaw, 2001; Tüğen, 2018). Bu bağlamda, DEHB ile psikolojik sağlık arasındaki ilişki araştırma alanı olarak dikkat çekmektedir. Çeşitli araştırma bulguları, DEHB tanılı çocuk ve gençlerin psikolojik sağlık düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir (Freire vd., 2021; Regalla, Guilherme, Aguilera, Serra-Pinheiro ve Mattos, 2015; Regalla, Segenreich, Guilherme ve Mattos, 2019). Psikolojik sağlık düzeyinin düşük olması, akademik başarısızlık, düşük benlik saygısı, kaygı ve depresyon gibi sorunlarla karşılaşılma olasılığını arttırmaktadır (Freire vd., 2021).

Bununla birlikte, yaşamlarını daha uyumlu sürdürebilen DEHB’li bireyler de psikolojik sağlık alanındaki araştırmacıların dikkatini çekmiş ve DEHB tanı grubu için koruyucu olan faktörleri belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. DEHB olan grupta, öz yeterlik algısı, akademik beceriler, olumlu ebeveynlik tutumu, duygusal destek, arkadaşlık ilişkisi ve akran kabulü koruyucu faktörler olarak belirtilmektedir (Dvorsky ve Langberg, 2016). Olumlu ebeveynlik tutumunun, aynı zamanda, DEHB’li ergenlerin sosyal işlevlerini de iyileştirdiği bildirilmektedir (Ray, Evans ve Langberg, 2016).

Psikolojik sağamlık alanında yapılan çalışmaların da gösterdiği üzere; olumlu aile ortamı bireyler için bir koruyucu faktördür (Rutter, 1985; Werner, 1989). Sıcak ve destekleyici bir aile ortamı çocuğun zorluklarla baş etmesini kolaylaştırabilmektedir (Fearon ve Belsky, 2004). Yapılan araştırmalar psikolojik sağamlık ile bağlanma stillerinin ilişkili olabileceğini göstermektedir. Ergenlerle yaptığı araştırmada Kır (2021), psikolojik sağamlık ile kaygılı bağlanma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Atik (2013) de yine ergenlerle yürüttüğü çalışmasında, psikolojik sağamlık ile güvenli bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunduğunu belirtmektedir. Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda ise Kural ve Kovacs (2021) kaygılı bağlanma ile psikolojik sağamlık arasında negatif yönlü ilişki bulurken; Axford (2007) psikolojik sağamlığın kaygılı bağlanma ve kaçıngan bağlanma ile negatif yönlü ilişkide olduğunu bulmuştur. Ayrıca psikolojik sağamlık ve bağlanma örüntüleri arasındaki ilişkinin çeşitli hastalık grupları ve psikopatolojilerde de önemli olduğu görülmektedir. Örneğin, duygu durum bozukluğu olan (depresyon ve bipolar bozukluk) hastaların, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla psikolojik sağamlık düzeylerinin daha düşük ve güvensiz bağlanma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Craba vd., 2023). Kanseri hastaları ile yapılan bir başka araştırmaya ise, güvenli bağlanma oranı yükseldikçe psikolojik sağamlık oranının da yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır (Basal vd., 2020).

Ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe doğru ilerleyen bir geçiş ve olgunlaşma süreci olarak tanımlanmaktadır (Steinberg, 2023; Yavuzer, 1990). Araştırmacılar, ergenliği  evreye ayırmaktadır: erken/n ergenlik (10-13 yaş), orta ergenlik (14-17 yaş) ve geç ergenlik (18-21 yaş) (Steinberg, 2023, s.4). Ergenlik hem fiziksel hem bilişsel hem de sosyal-duygusal gelişim alanları bakımından pek çok değişimin yaşandığı kritik bir dönemdir (Yavuzer, 1990). DEHB tanısı olan gençlerin, bu dönemde nrolojişimsel özellikleri bakımından ekstra risk altında olabilecekleri yadsınamaz. Toplumsal sağlık sorunu olarak ele alınan DEHB hakkında daha fazla bilgi edinilmesi ve daha etkili tedavilerin planlanması amacıyla araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Faraone vd., 2021). Hayatlarındaki pek çok değişime uyum göstermeleri gereken bu dönemde gençler için psikolojik sağamlığın önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Ebeveynleriyle olan ilişkileri de gençler için koruyucu faktör olarak görülmektedir. Güvenli bağlanma stiline sahip gençlerin, sosyal ilişkilerinde daha uyumlu oldukları ve daha az problem yaşadıkları bildirilmektedir (Kesebir vd., 2011).

Tüm bu bilgiler ışığında; DEHB tanısı olan 10-14 yaş aralığındaki ergenlerin bağlanma stilleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi bu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

1.2 Amaç

Araştırmanın ana amacı, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan 10-14 yaş aralığındaki ortaokul öğrencilerinin bağlanma stilleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemektir. Bu amaç kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan ortaokul öğrencilerinin bağlanma stilleri;
 - a) cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
 - b) yaşa göre farklılık göstermekte midir?
 - c) annenin eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte midir?
 - d) babanın eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte midir?
 - e) ebeveynlerin birlikte ya da ayrı olma durumuna göre farklılık göstermekte midir?
 - f) kardeş sayısına göre farklılık göstermekte midir?
 - g) ilaç tedavisi alma durumuna göre farklılık göstermekte midir?
 - h) psikolojik destek alma durumuna göre farklılık göstermekte midir?
2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan ortaokul öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeyleri;
 - a) cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
 - b) yaşa göre farklılık göstermekte midir?
 - c) annenin eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte midir?
 - d) babanın eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte midir?
 - e) ebeveynlerin birlikte ya da ayrı olma durumuna göre farklılık göstermekte midir?
 - f) kardeş sayısına göre farklılık göstermekte midir?
 - g) ilaç tedavisi alma durumuna göre farklılık göstermekte midir?
 - h) psikolojik destek alma durumuna göre farklılık göstermekte midir?
3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan ortaokul öğrencilerinin bağlanma stilleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3 Önem

Yurt içinde ve yurt dışında yürütülen çalışmalara bakıldığında; DEHB ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi ele alan az sayıda araştırmanın olduğu görülmektedir. Yurt dışında yapılan araştırmalara bakıldığında; cinsiyet, yaş, SED ve anne eğitim düzeyi değişkenleri (Dekkers vd., 2021; Rochford, 2005; Thorell, Salari, Bohlin ve Rydell, 2017) ele alınmaktadır. Yurt içindeki araştırmalarda ise cinsiyet ve yaş değişkenleri görülürken (Doğan, 2013; Uzun, 2011); kardeş sayısı, ilaç kullanım durumu ve profesyonel destek alma gibi değişkenler yalnızca bir araştırmada yer almaktadır (Tokaç, 2016) yer almaktadır. DEHB ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmalara bakıldığında; yurt dışı literatürde yer alan az sayıda çalışmada yaş, zeka düzeyi, SED ve ilaç kullanımı değişkenleri yer almaktadır (Driggers, 2013; Regalla, Guilherme, Aguilera, Serra-Pinheiro ve Mattos, 2015). Yurt içi literatürde ise bu alanda yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Tüm bu araştırmalar incelendiğinde konu ile ilgili yetersiz çalışma olduğu görülmektedir. DEHB tanılı örneklem grubunda bağlanma stilleri ve psikolojik sağlamlık ilişkisini birlikte inceleyen bir çalışmaya ise yurt içi ve yurt dışı yayınlarda rastlanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin, DEHB tanılı örneklem grubu açısından alana katkı sağlaması beklenmektedir.

Psikolojik sağlamlığı yüksek olan çocukların, dezavantajlı koşullar içinde olsalar dahi, ileriye dönük uyumlu ve verimli bir yaşam sürebildikleri bilinmektedir (Garmezy, 1993). Bu bağlamda; DEHB tanılı çocuk ve gençler için -medikal tedavi ve akademik desteğin yanı sıra- ileriye dönük koruyucu müdahalelerin önemli olduğu düşünülmektedir. DEHB tanılı gençlerin bağlanma stilleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişki hakkında elde edilecek verilerin hem medikal olmayan tedavilerin hem de koruyucu müdahalelerin planlanabilmesi için fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4 Varsayımlar

Araştırmaya gönüllü olarak katılan ortaokul öğrencilerinin, araştırma ölçeklerinde yer alan soruları içtenlikle ve objektif olarak yanıtladıkları varsayılmaktadır.

1.5 Sınırlıklar

1. Araştırma sonuçları, 2023 – 2024 eğitim öğretim yılında ortaokul kademesinde eğitimine devam eden 10-14 yaş arası ergenlerden elde edilen verilerle sınırlıdır.
2. Araştırmada bağlanma stilleri ve psikolojik sağlamlık düzeyine ilişkin veriler araştırmada kullanılan ölçeklerin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
3. Katılımcıların DEHB tanısına sahip olduklarına dair bilgi, kendi beyanları ile sınırlıdır.
4. Katılımcıların eş tanıya sahip olmadıklarına dair bilgi, kendi beyanları ile sınırlıdır.
5. DEHB tanısına sahip öğrencilerin resmi sayısı belirsizdir.

1.6 Tanımlar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB): Gelişim düzeyine uygun olmayan ve işlevselliği bozan süregiden bir dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Bağlanma: İki kişi arasında gelişen duygu yüklü içsel bağ (Ainsworth ve Bell, 1970).

Bağlanma Stili: Kişinin bağlanma figürü ile arasındaki ilişkide, kendisini ve karşısındakini nasıl algıladığıyla ilişkili olarak, etkileşim kurma tarzıdır.

Psikolojik Sağlamlık: Olumsuz yaşantılara karşı olumlu şekilde adapte olarak yeniden toparlanabilme gücüdür (Selçuk, 2023).

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Psikolojik Sağlamlık ve Bağlanma Kuramı hakkında kuramsal bilgiler yer almaktadır.

2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1 Tanım ve tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, “gelişim düzeyine uygun olmayan ve işlevselliği bozan süregiden bir dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik örüntüsü” olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Oldukça yaygın görülen bu nörogelişimsel bozukluğun pek çok farklı risk faktöründen kaynaklanabildiği bilinmektedir (Biederman ve Faraone, 2005; Faraone vd., 2015). DEHB kalıcı bir bozukluktur; etkileri yaşam boyu sürmektedir (Greydanus, Pratt ve Patel, 2007). Hem çocuk ve ergenlerin hem de yetişkinlerin hayatlarını zorlaştıran etkilere sebep olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, DEHB olan bireylerin sürdürülebilir dikkat ve dürtü kontrolü becerilerinin daha zayıf (Barkley 1997; Fisher, Barkley ve Smallish, 1990); yürütücü faaliyetlerinin ise çeşitli yönlerden bozulmuş (Glozman ve Shevchenko, 2014; Robinson ve Tripp, 2013; Seidman, Biederman, Faraone, Weber ve Ouellatte, 1997) olduğunu göstermektedir. Bu alanlarda yaşanan güçlükler, günlük hayatta yönergelere uymakta ve sıra beklemekte zorlanma, kurallara karşı gelme, görev odaklı hareket etmekte zorlanma, ortama uygun olmayan şekilde davranma ve isteklerini ertelemede zorlanma gibi semptomlarla görülmektedir. Aynı zamanda, DEHB olan bireylerin günlük hayatlarında zamanı yönetmekle ilgili de zorluk yaşadıkları bilinmektedir (Houghton, Durkin, Ang, Taylor ve Brandtman, 2011).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun bugünkü tanımını alması yakın zamanda gerçekleşmiş olsa da tanıya ilişkin klinik semptomları ele alan araştırmaların 200 yıl öncesine dayandığı görülmektedir (Lange, Reichl, Lange, Tucha ve Tucha, 2010). DEHB semptomlarıyla ilişkili olduğu düşünülen ilk araştırmalardan biri, Sir Alexander Crichton adında bir tıp doktoru tarafından ortaya konulmuştur. Crichton, 1798 yılında ruhsal hastalıklar üzerine yaptığı araştırmalarına ve klinik gözlemlerine dayanan üç ciltlik bir

kitap yayınlamıştır. Kitabında dikkat ve dikkat bozukluklarına ilişkin bir bölüme (“On Attention and Its Diseases”) yer vermektedir. Crichton (1978), kitabının bu bölümünde “dikkat”i “zihnin belirli bir uyarana odaklanarak diğer uyaranları dışlaması” olarak tanımlamaktadır. Dikkat bozukluklarını tanımlarken ise her “dikkatsizliğin” patolojik olmayabileceğini; dikkatin çeşitli durumlara göre değişkenlik gösterebildiğini vurgulamaktadır. “Patolojik dikkat eksikliği”ni ise dikkatin sürdürülememesi ve dikkatin dış uyaranlarla çok kolay dağılması durumları ile tanımlamaktadır (aktaran Palmer ve Finger, 2001; Lange, Reichl, Lange, Tucha ve Tucha, 2010). Bu tanımlamaların, günümüzde kabul gören DEHB tanı kriterleriyle de tutarlı olduğu görülmektedir. Heinrich Hoffmann adında bir tıp doktoru tarafından 1844 yılında kaleme alınan “Fidgety Phil” adlı öykü kitabında, DEHB belirtilerine benzer davranışlar gösteren bir çocuk konu edilmektedir (Lange vd., 2010; Faraone vd., 2021). George Frederic Still’in, 1902 yılında konuşmacı olarak katıldığı bir konferans serisinde paylaştığı bulgular da DEHB bilimsel tarihçesinde önemli bir yere sahiptir (Barkley, 2015). Bu konferanslar daha sonra “Çocuklarda Bazı Anormal Ruhsal Durumlar” (Some Abnormal Psychical Conditions in Children) adıyla yazılı olarak da yayınlanmıştır (Palmer ve Finger, 2001). Still klinik çalışmaları sırasında izlediği 43 çocukta, sürdürülebilir dikkatle ilgili problemler, fazla hareketlilik, kurallara karşı gelme ve fazla duygusallık gibi durumlar gözlemlediğini aktarmaktadır. Bu çocuklarda dürtü kontrolü ve hazı erteleme becerisinin zayıf olduğunu vurgulamaktadır. Still (1902), çocuklarda gözlemlediği bu problem davranışları “ahlaki kontrolde bozukluk (defect in moral control)” ifadesiyle tanımlamaktadır (aktaran Barkley, 2015). Still’in çalıştığı vakaların çoğunda beyin hasarı öyküsü bulunmakla birlikte bir kısmı da herhangi bir fiziksel ya da zihinsel sebep olmaksızın bu davranışları göstermektedir. Ayrıca Still (1902), araştırması sırasında incelediği vakalarda erkeklerin sayısının kızların sayısından üç kat fazla olduğunu tespit etmiştir ve bu durumun rastlantısal olmadığını ifade etmiştir (aktaran Lange vd., 2010). Still’in dürtü kontrolündeki güçlükler vurgu yapmış olması ve vakalardaki kız erkek oranına ilişkin tespitleri güncel DEHB kriterleri ile tutarlıdır (Lange vd., 2010; Palmer ve Finger, 2001). Still’den sonraki dönemde, dikkat ve davranış bozuklukları ile beyin hasarının ilişkili olduğunu tartışan araştırmalar devam etmiştir. Tredgold (1908), doğum öncesi ya da doğum sırasında meydana gelen problemler sebebiyle oluşan beyin hasarının çocuklarda davranış bozukluklarına ve öğrenme problemlerine sebep olduğunu savunmaktadır

(aktaran Barkley, 2015). İlerleyen yıllarda meydana gelen ensefalit salgınında, ensefalitten kurtulan çocuklarda dürtüsellik, hiperaktivite, dikkat bozukluğu ve antisosyal davranışlar görülmüştür (Kessler, 1980'den aktaran Barkley, 2015; Palmer ve Finger, 2001). Beyinle ilgili sorunların davranış bozukluklarıyla bağlantılı olabildiğinin görülmesi, bu alanda daha fazla araştırma yapılmasını sağlamıştır. Beyin hasarı üzerine araştırmalar yaygınlaşmış ve psikolojik bozukluklar için “Minimal Beyin Disfonksiyonu” ifadesi kullanılmaya başlanmıştır (Barkley, 2015). Yapılan araştırmaların ışığında, minimal beyin disfonksiyonu adı altında değerlendirilen durumlar daha spesifik tanı gruplarına ayrılmıştır (“öğrenme bozuklukları”, “dil bozuklukları”, “hiperaktivite” gibi). Hiperaktiviteye odaklanan araştırmacılardan Laufer, Denhoff ve Solomons (1957) “Hiperkinetik Dürtü Bozukluğu” tanımını kullanmışlardır (aktaran Barkley, 2015; Lange vd., 2010). Douglas (1972) tarafından kaleme alınan makalede, sürdürülebilir dikkat ve dürtü kontrolünün çocuklar için hiperaktiviteden daha fazla zorluklara yol açtığının ifade edilmesi üzerine dikkat eksikliğine daha çok odaklanılmaya başlanmıştır. Ardından, 1980 yılında yayınlanan DSM-3'te “Dikkat Eksikliği Bozukluğu – hiperaktivitenin olduğu/hiperaktivitenin olmadığı (Attention Deficit Disorder – with hiperactivity/without hyperactivity)” adıyla tanıya yer verilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980). Tanının alt gruplarıyla ilgili anlam karmaşası yaşanması üzerine, 1987 yılında revize edilen DSM-3'te “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (Attention Deficit – Hyperactivity Disorder)” şeklinde yer verilmiştir. DSM-4'te ise DEHB tanısı 3 alt kategoriye ayrılmaktadır: birleşik tip, dikkatsizliğin ağırlıklı olduğu tip ve hiperaktivite-dürtüselliğin ağırlıklı olduğu tip (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Güncel olarak kullanılan DSM-5'te ise “Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu” adıyla yer verilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Ancak yaygın olarak DEHB kısaltmasıyla anılmaktadır. DSM-5'te yer alan tanıda, alt gruplar ise şu şekilde yer almaktadır: birleşik görünüm, dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm ve aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.1.1.1 Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm

Tanı kitabında dikkatsizlik alanındaki semptomların daha baskın olduğu görünümdür. Dikkatsizliğin baskın olduğu görünümde en temel belirti dikkat süresinin kısa olması ve dikkatin kolay dağılmasıdır. Dikkatsizliğin baskın olduğu görünümde DEHB olan

çocuklar yönergeleri takip etmekte ve hatırlamakta zorlanırlar. Bir göreve odaklanmak onlar için zordur ve odaklandıktan sonra da kolayca dağılırlar. Karşısındakini dinlemiyor gibi görünür ve anlatılanların bazı kısımlarını kaçırabilirler. Okulda dersleri takip etmekte zorlanırlar ve ödevlerini genellikle tamamlamazlar. Bu nedenle akademik başarıları düşük olabilmektedir. Eşyalarını kolayca kaybederler. Zihinsel çaba gerektiren işlerde kaçınır; sorumluluklarını ertelerler. Kolayca sıkıldıklarından, oyun oynarken çok sık oyun değiştirdikleri görülür. Çok sık ilgi alanı değiştirebilirler ve bu sebeple maymun iştahlı olarak tanımlanabilirler. Zaman yönetimi becerileri zayıf olduğundan bir iş yaparken ya da hazırlanırken çok fazla oyalanabilirler. Ebeveynlerinin verdiği bir görevi (örneğin oda toplamak) tamamlamayabilir ya da unutabilirler. Çoğunlukla dalgın, istikrarsız, dağınık, unutkan, plansız gibi sıfatlarla tanımlanırlar. (Ercan, 2020; Sparrow ve Erhardt, 2014; Wender ve Tomb, 2017; Yazgan, 2017).

2.1.1.2 Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm

Tanı kitabında aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alanındaki semptomların daha baskın olduğu görünümüdür. Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünümdeki çocukların, bebeklikten itibaren oldukça hareketli oldukları görülür. Bebeklikte sıklıkla kolik öyküsü, uyku problemleri görülür. Bu çocuklar yerlerinde duramazlar. Sürekli bir yerlere tırmandıkları ya da koşturdukları görülür. Sakince oynamakta zorlanırlar. Gürültülü oyun oynarlar. Sürekli bir şeylere dokunmak isterler ve çok fazla konuşurlar. Sürekli hareket halindedirler. Oturmakta güçlük çekerler ve oturdukları zaman elleri ve ayakları sürekli kıpırdanır. Sıra beklemekte zorlanırlar. Konuşmanın sonunu beklemekte zorlanır ve konuşan kişinin sözünü keserler. Ortama uygun olmayan hareketler yapabilirler ve isteklerini ertelemekte zorlanırlar. Kurallara uymakta zorlanırlar ve çevrelerindeki kişileri rahatsız edici hareketler yapabilirler. Aceleci, sabırsız ve ısrarcı olarak tanımlanabilirler. İhtiyaçlarının farkında değil gibidirler. Örneğin; bedenlerinin yorulduğunu fark etmezler ya da zaman zaman alt ıslatma kazaları yaşanabilir. Bu çocuklar sıklıkla düşünmeden ve plansız hareket ederler. Bu nedenle kendilerini ya da çevrelerindeki kişileri yaralayıcı durumlara sebep olabilirler. Ayrıca duygularını düzenlemekte güçlük yaşarlar. (Ercan, 2020; Sparrow ve Erhardt, 2014; Wender ve Tomb, 2017; Yazgan, 2017).

2.1.1.3 Birleşik görünüm

Hem dikkatsizlik alanındaki hem de aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alanındaki semptomların bir arada görüldüğü vakalar Birleşik Görünüm olarak ifade edilmektedir (Sparrow ve Erhardt, 2014).

2.1.2 Tanılama ve değerlendirme

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna ilişkin tanı kriterleri, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (ICD-11) tanı kitabında yer almaktadır. İki tanı kitabında da tanı kriterleri benzerdir ancak yaygın olarak DSM-5 (güncel olan) kullanılmaktadır. Değerlendirme amacıyla kullanılan çoğu ölçek de DSM ile uyumlu olacak şekilde geliştirilmiştir (Gomez, Chen ve Houghton, 2023).

DSM-5'te yer alan DEHB tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Ülkemizde DEHB tanısı yalnızca psikiyatri hekimleri tarafından konulmaktadır. Bireyin tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığı değerlendirilirken çeşitli ölçekler ve değerlendirme araçları kullanılabilmektedir. Özellikle çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi sürecinde farklı ortamlardan bilgi edinmek önemli olduğundan, ölçeklerin ebeveynler ve öğretmenler tarafından ayrı ayrı yanıtlanması faydalı olmaktadır (Olgaç, 2022).

Tablo 1. Dikkat Eksikliği / Aşırı Hareket Bozukluğu Tanı Kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).

b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).

d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz

(örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).

f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. Okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder

(örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unuttandır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmeye, faturaları ödemeye, randevularına uymakta).

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.

b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar

(örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “kıcına bir motor takılmış” gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. İnsanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığıının arasına girer ya da başkalarının yaptığıını birden kendi yapmaya başlar).

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esrikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

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

314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde,

A 1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm:

Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan”la “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

2.1.3 Epidemiyoloji

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu dünya genelinde en yaygın görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir (Faraone vd., 2015). Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında, DEHB dünya genelinde %1 ile %20 arasında değişen değerlerde görülmektedir (Faraone, Sergeant, Gillberg ve Biederman, 2003; Polanczyk, Lima, Horta, Biederman ve Rohde, 2007). Prevalans değerlerinin bu kadar değişkenlik göstermesinin, çalışmaların yöntem farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling ve Rohde, 2014). Polanczyk vd. (2007) tarafından yapılan kapsamlı bir sistematik tarama çalışması sonucunda, dünya genelinde çocuk ve ergenler arasında DEHB görülme yaygınlığının %5.29 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yöntem farklılıkları (tanı kriteri, verinin kaynağı gibi) eşitlendiğinde bu oranın coğrafi bölgeye göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Polanczyk vd., 2007). Bir diğer çalışmada ise Willcutt (2012), çocuk ve ergenlerde DEHB görülme sıklığını %5.9 - %7.1 değerleri arasında bulmuştur. DEHB prevalansının artıp artmadığını belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise bu oranın (%5.29) değişmediği görülmüştür (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling ve Rohde, 2014). Semptomlar değişiklik gösterse de DEHB yetişkinlikte de görülmeye devam etmektedir. Yetişkinlerde DEHB görülme oranını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda ise, Kessler vd. (2006) %4.4; Simon, Czobor, Balint, Meszaros ve Bitter (2009) %2.5; Willcutt (2012) %5 sonucuna ulaşmıştır.

DEHB, kızlara oranla erkeklerde daha fazla görülmektedir (American Psychiatric Association, 2000). Yapılan çalışmalardan birinde, DEHB görülme sıklığının kızlara oranla erkeklerde iki katı (2:1) olduğu (Willcutt, 2012); bir diğer çalışmada ise iki buçuk katı (2,5:1) olduğu (Polanczyk ve Jensen, 2008) bildirilmektedir. Yetişkinlerde ise bu oranın eşitlendiği belirtilmektedir (Greydanus, Pratt ve Patel, 2007).

Türkiye’de DEHB yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Sivas ilinde, 6-15 yaşları arasında 2000 öğrenci ile yapılan bir araştırmada DEHB prevalansı %8.1 olarak belirlenmiştir (Erşan, Doğan, Doğan ve Sümer, 2004). Trabzon ilinde yapılan bir başka çalışmada ise, 6-12 yaş arasında 1126 öğrenciden elde edilen sonuçlara göre DEHB görülme sıklığı %8.6; kız/erkek oranı ise 3,5/1 olarak tespit edilmiştir (Gül, Tiryaki, Kültür, Topbaş ve Ak, 2010). Ankara ilinde, yaşları 11-18

arasında olan 251 ergen ile yapılan çalışmada ise DEHB görülme sıklığı ailelerin bildirimine göre %12.7, öğretmenlerin bildirimine göre %27.4 olarak belirlenmiştir (Uyan, Peker, Tekiner ve Ulukol, 2014). İstanbul ilinde, 7-14 yaş arasında 3110 çocuk ile yapılan bir çalışmada ise DEHB yaygınlığı, ebeveynlerden elde edilen bilgilere göre %2.7-%9.6, öğretmenlerden elde edilen bilgilere göre %2-%10.1 olarak tespit edilmiştir (Güler vd., 2017). Sivas ilinde 18-44 yaş arasında 901 kişiyle yapılan bir çalışmada ise erişkin DEHB yaygınlığı %3.8 olarak bulunmuştur (Yapıcıoğlu, Kavakcı, Güler, Semiz ve Doğan, 2011).

2.1.4 Etiyoloji

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun tam olarak sebebi bilinmemektedir. Bununla birlikte yıllar içinde yapılan araştırmalar göstermektedir ki; DEHB beyin gelişiminde meydana gelen bozulma sonucu oluşan “nörobiyolojik” bir bozukluktur (Barkley, 2015; Sparrow ve Erhardt, 2014; Wender ve Tomb, 2017). DEHB çok faktörlü bir etiyojiye sahiptir. Sparrow ve Erhardt (2014) bu çok faktörlülüğü iki yönlü açıklamaktadır. Buna göre, bir çocuğun DEHB’ye sahip olabilmesi çeşitli faktörlerin birleşmesi ile olabilmektedir. Aynı zamanda, DEHB olan her çocukta bu bozukluğun gelişimi farklı yollarla olabilmektedir. Beyinde DEHB oluşumuna sebep olabilecek bozulmalar genetik faktörler, çevresel faktörler ve bunların birbirleriyle etkileşimi sonucu oluşabilmektedir (Barkley, 2015; Sparrow ve Erhardt, 2014).

2.1.4.1 Genetik faktörler

Uzun yıllardır ailelerle, ikiz kardeşlerle ve evlat edinilen vakalarla yürütülen çalışmalar, DEHB’nin kalıtım yoluyla aktarıldığını göstermektedir (Biederman ve Faraone, 2005; Faraone, vd., 2015). Faraone vd. (2005)’e göre, çeşitli ülkelerde yürütülmüş ikiz çalışmalarından elde edilen veriler DEHB’nin %76 oranında kalıtsal olduğunu göstermektedir (aktaran Biederman ve Faraone, 2005). Başka bir çalışmada ise DEHB’nin kalıtsallık oranı çocuk ve gençlerde %88, yetişkin vakalarda ise %72 olarak bildirilmektedir (Larsson, Chang, D’Onofrio ve Lichtenstein, 2014). Evlat edinilen vakalarla yürütülen çalışmalar da genetik faktörlerin DEHB üzerindeki etkisini göstermektedir. DEHB tanılı çocuğu olan evlat edinmiş aileler ile biyolojik aileler arasında yapılan karşılaştırmaya göre, biyolojik ebeveynlerde DEHB görülme sıklığının

evlat edinmiş ebeveynlere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy, ve Faraone, 2000). İkizlerle yürütülen boylamsal bir çalışmaya göre tek yumurta ikizlerinde dikkat problemlerinin genetik aktarımının çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar genetik faktörlerin DEHB üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada, DEHB'nin kalıtsal özelliğinin çocukluktan yetişkinliğe kadar olan süreçte sürdürüldüğü belirtilmektedir. Buna göre, DEHB'ye sebep olan bazı genetik faktörler stabil- çocuklarda ve yetişkinlerde ortak olarak bulunmakta- iken bazı genetik faktörler ise çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecinde ortaya çıkmaktadır (Chang, Lichtenstein, Asherson ve Larsson, 2013).

Moleküler genetik çalışmaları, belirli bazı genlerin DEHB ile bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır (Biederman ve Faraone, 2005; Faraone, ve diğerleri, 2015; Gizer, Ficks ve Waldman, 2009). DEHB'nin genler ile ilişkisine bakıldığında, DEHB üzerinde büyük oranda etkili bir gen yerine küçük oranlarda etkili olan çeşitli genler söz konusu olduğu görülmektedir (Faraone ve Larsson, 2019). Gizer, Ficks ve Waldman (2009) tarafından yürütülen bir meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre, dopamin transfer ve reseptör genleri, serotonin transfer ve reseptör genleri ve sinaptosomal ilişkili protein ile DEHB arasındaki ilişki anlamlı düzeydedir.

2.1.4.2 Çevresel faktörler

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu büyük oranda genetik bir bozukluk olarak kabul edilmekle birlikte; yapılan araştırmalar bazı çevresel faktörlerin de DEHB ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Biederman ve Faraone, 2005; Sparrow ve Erhardt, 2014; Faraone, ve diğerleri, 2015). Yapılan araştırmalar, düşük doğum kilosu ile DEHB arasında ilişki olduğunu göstermektedir. DEHB tanısı olan çocukların, düşük doğum kilosu (<2500gr) ile doğmuş olma olasılığının kontrol grubuna kıyasla üç kat fazla olduğu bulunmuştur (Mick, Biederman, Prince, Fischer ve Faraone, 2002). Hamilelik sürecinde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanan annelerin çocuklarında DEHB olma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Froehlich ve diğerleri, 2011; Mick, Biederman, Faraone, Sayer ve Kleinman, 2002). Ayrıca anne karnında kurşun (Froehlich ve diğerleri, 2011), organofosfat pestisitler (Bouchard, Bellinger, Wright ve Weisskopf, 2010), fetalat ve Bisfenol A (BPA) (Öztop ve diğerleri, 2018) gibi maddelere maruz kalmanın çocuklukta DEHB tanısı alma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Froehlich ve diğerleri

(2011) tarafından yapılan taramada, çocuklarda çinko ve omega-3 eksikliğinin DEHB ile ilişkili olabileceğini gösteren bazı çalışma sonuçları yer almaktadır. Erişkin hastalarla yapılan çalışmalar da kimyasalların DEHB ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan yetişkin katılımcıların BPA düzeyleri kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Değirmencioğlu Gök, 2023). Ancak konuyla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

2.1.4.3 Beyin görüntüleme çalışmaları

Bilgisayarlı tomografi ve MR teknolojilerinin kullanılmaya başlanmasıyla literatürde yer almaya başlayan beyin görüntüleme çalışmaları, DEHB olan kişilerin beyinlerindeki yapısal ve işlevsel farklılıkları ortaya koymaktadır. Yapılan meta analiz çalışmalarının sonuçlarına göre DEHB olan bireylerin beyinlerinde gri madde hacmi kontrol grubuna göre belirgin oranda daha düşüktür (Ellison-Wright, Ellison-Wright ve Bullmore, 2008). DEHB olan bireyler ile bunların DEHB olmayan kardeşlerinin kontrol grubu ile karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise, DEHB'li bireylerin gri madde hacimleri kontrol grubuna kıyasla düşük bulunurken; DEHB'li olmayan kardeşlerin gri madde hacimleri ise DEHB olan grupla kontrol grubu arasında bulunmuştur (Bralten ve diğerleri, 2016). Beyin bölgelerinin toplam hacimlerinin değerlendirildiği bir çalışmaya göre, DEHB olan bireylerin genel beyin hacmi kontrol grubuna kıyasla daha düşüktür. İlaç tedavisi alanlar ile almayanlar arasında yapılan karşılaştırmada ise gri madde hacmi aynı bulunurken, beyaz madde hacminin ilaç tedavisi alanlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (Castellanos ve diğerleri, 2002). Shaw ve diğerleri (2007) tarafından ortaya konulan sonuçlara göre, kortikal kalınlığın olması gereken gelişim seviyesine ulaşması DEHB olan bireylerde kontrol grubuna kıyasla daha geç gerçekleşmektedir. Bu gecikme özellikle dikkat ve motor planlama gibi süreçleri kontrol eden prefrontal bölgelerde belirgindir.

2.1.5 Eş tanı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerde diğer psikiyatrik tanıların da yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir. DEHB olan grupta en az bir eş tanı görülme

oranı %58,4; en az iki eş tanı görülme oranı ise %30,2 olarak bulunmuştur (Mak ve diğerleri, 2022).

DEHB tanısı olan 7-12 yaş çocuklarla yapılan bir çalışmada, depresyon ve anksiyete bozuklukları kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Karaman, Türker, Kara, Durukan ve Fidancı, 2013). İpçi ve diğerleri (2020) tarafından ortaya konulan sonuçlara göre, DEHB tanısı almış 8-15 yaş arası çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranım bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozuklukları yaygın olarak görülen eş tanılardır. Yapılan bazı meta analiz çalışmalarının sonuçlarına göre gençlerde (Mak ve diğerleri, 2022) ve yetişkinlerde (Choi, Woo, Wang, Lim ve Bahk, 2022; Katzman, Bilkey, Chokka, Fallu ve Klassen, 2017) majör depresyon, bipolar bozukluk, kaygı bozuklukları, panik bozukluk, madde kötüye kullanımı ve alkol kötüye kullanımı sıklıkla DEHB'ye eşlik etmektedir.

2.2 Psikolojik Sağlamlık

2.2.1 Psikolojik sağlamlığın tanımı

Latince “resiliens” kelimesinden gelen İngilizce “resilience”, esneklik (sıkıştırma sonrası eski haline gelme), uyum, talihsiz ve sarsıcı durumlara karşı dirençli olma ve çabucak toparlanabilme gücü olarak tanımlanmaktadır (Oxford English Dictionary, t.y.). Türkiye’de yapılan bilimsel çalışmalarda da “psikolojik sağlamlık”, “yılmazlık” ve “dayanıklılık” ifadeleri kullanılmaktadır. Bu araştırmada “psikolojik sağlamlık” ifadesi tercih edilmiştir.

Psikolojik sağlamlık “olumsuz yaşantılar karşısında güçlü kalabilmek” olarak tanımlanabilir (Kararırmak, 2006). Selçuk (2023)’a göre psikolojik sağlamlık, “içinde bulunulan olumsuz duruma, olumlu şekilde adapte olmayı” sağlayan “dinamik bir süreçtir”.

Psikolojik sağlamlık üzerine çalışan araştırmacıların, bu kavramı farklı yönleriyle ve farklı şekillerde ele almaları, farklı tanımların ortaya çıkmasına yol açmıştır (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Psikolojik sağlamlığı bir kişilik özelliği olarak ele alan Block ve Kremen (1996), “ego sağlamlığı” ifadesini kullanmaktadır. Ego sağlamlığı, genel

olarak bireyin uyumlu oluşunu destekleyen kişilik özelliklerini temsil etmektedir. Diğer taraftan; psikolojik sağlamlığı “süreç” olarak ele alan araştırmacılar, daha dinamik ve değişken bir kavram olarak tanımlamaktadırlar.

Garnezy (1993), psikolojik sağlamlığı bireyin zorlu bir yaşam olayına adapte olup, eski haline geri dönebilmesi şeklinde tanımlamaktadır. Psikolojik sağlamlık kavramının esnekliği barındırdığına vurgu yapmaktadır. Bireylerin olumsuz yaşam deneyimleri karşısında yara alabileceklerini, güç kaybedebileceklerini ve sonrasında “bir önceki adaptasyon seviyesine” geri dönebileceklerini ifade etmektedir.

Masten (2001)’a göre; psikolojik sağlamlık bireyin, gelişimini ve yaşama uyumunu olumsuz etkileyebilecek zorlu durumlara (risk durumlarına) rağmen, etkin ve uyumlu bir yaşam sürebilmesini mümkün kılan süreçtir. Masten (2001), psikolojik sağlamlıktan söz edilebilmesi için iki koşulun mevcut olması gerektiğini belirtmektedir. İlk olarak, kişinin yaşamını güçleştiren bir stres faktörü ya da zorlu bir yaşam deneyimi söz konusu olmalıdır. İkinci olarak ise, kişinin gelişimsel olarak uygun ve adaptif bir yaşam sürüyor olması gerekmektedir (Masten, 2001, s.228).

Psikolojik sağlamlık “şemsiye bir kavram” olarak ifade edilmektedir (Masten ve Obradovic, 2006). Bireyin, yaşamındaki stres faktörüne karşı sahip olduğu kaynaklarının etkileşimiyle ortaya çıkan adaptasyon sürecidir. Bu süreç dinamik ve değişken bir yapı göstermektedir. Bireyler karşılaştıkları olumsuz durumla, önceden sahip oldukları özellikler ya da kaynaklar aracılığıyla baş etmektedirler. Bu baş etme sürecinden edindikleri deneyimler de bir sonraki sefer karşılaştıkları zorluk karşısında adaptasyon sürecini kolaylaştırmaktadır. Güçlüklerin ve kaynakların bu şekilde etkileşim halinde oluşturdukları süreç, bireyin psikolojik sağlamlığını geliştirmektedir (Garnezy, 1993; Richardson, 2002; Rutter, 1987; Selçuk, 2023).

Ruhsal problemlerin nedenlerini ve gelişim sürecini anlamaya yönelik çalışmalar uzun yıllardır araştırmacıların ilgi odağı olmaktadır. Problemlerin önlenmesine yönelik bireylerin nasıl güçlendirilebileceğini ele alan araştırmalar ise daha yakın bir zamana dayanmaktadır (Garnezy, 1971; Richardson, 2002). Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan bilimsel çalışmaların sürecine bakıldığında, üç aşama olarak ilerlediği belirtilmektedir (Masten ve Obradovic, 2006; Richardson, 2002). İlk aşamadaki çalışmalar, psikolojik

olarak sağlam olan bireylerin özelliklerini belirlemeyi amaçlamaktadır (Richardson, 2002). Toplumdaki ruhsal bozuklukların oranını azaltmak için önleyici çalışmalara odaklanan bir grup araştırmacı, risk altındaki çocuklarla bazı araştırmalar yürütmüşlerdir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan annelerin çocuklarıyla (Garnezy, 1971) ve dezavantajlı koşullarda yaşayan ocuklarla (Werner, 1982) yapılan çalışmalarda, çocuklardan bazılarının, risk altında olmalarına rağmen beklenenden daha iyi sonuç aldıkları görülmüştür. Buradan yola çıkarak, riskli koşullarda olmalarına rağmen uyumlu gelişim gösteren çocukların özellikleri araştırılmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre bazı risk durumları ve koruyucu faktörler belirlenmiştir (Masten ve Obradovic, 2006). İkinici aşamadaki çalışmalar, psikolojik sağamlık sürecinin nasıl işlediğine odaklanmaktadır. Psikolojik sağamlıkla ilgili özelliklerin nasıl kazanıldığı; koruyucu faktörlerin, kişinin zorluklarla baş etmesinde nasıl bir etkileşim gösterdiği anlaşılmaya çalışılmıştır (Masten ve Obradovic, 2006; Richardson, 2002). nc aşama olarak anılan çalışmalarda ise psikolojik sağamlık kavramının nasıl geliştirilebileceği ve ileriye dönük olarak önleyici müdahalelerde nasıl ele alınabileceği üzerinde durulmaktadır (Masten ve Obradovic, 2006).

Yapılan alışmalar, psikolojik sağamlık kavramı ile ilgili ortak bir tanım ya da model ortaya koymamaktadır. Araştırmalarda ele alınan risk durumları ve koruyucu faktörler çok çeşitlilik göstermektedir. Bu değişkenlerin hangi yönüyle ele alındığı ve nasıl tanımlandığı farklı veriler ortaya koyabilmektedir (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Ayrıca psikolojik sağamlık kavramının koşullarından biri olan “pozitif uyum” tanımı da farklılık göstermektedir. Kişinin uyumlu bir hayat sürdüğünün göstergesi davranışsal (dışsal) ya da duygusal (içsel) olabilir (Masten ve Obradovic, 2006). Bu değişkenlerin farklılık göstermesi, araştırma verilerinin birbirleriyle kıyaslanabilir olmasına engel olmaktadır (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

Psikolojik sağamlık kavramı için ortak bir tanım oluşmamış olsa da üzerinde anlaşmaya varılmış risk durumları ve koruyucu faktörler belirlenmiştir.

2.2.2 Risk faktörleri

Bireyin gelişimini ve etkin bir yaşam sürmesini tehdit eden her türlü durum risk faktörü olarak ele alınabilmektedir. Risk faktörleri bazen bireyin aniden başına gelen zorlu bir

yaşam olayı ya da bir travma sonucu oluşabilmektedir. Doğal afetler, kazalar, terör saldırıları, sevilen birinin ölümü, ebeveynlerden ayrılık, taşınma ve göç gibi durumlar bireylerin uyumunu tehdit eden risk durumlarıdır (Bonanno, Galea, Bucciarelli ve Vlahov, 2006; Kararımak 2006; Mancini ve Bonanno, 2009; Selçuk, 2023). Aynı zamanda, doğum öncesi dönemden itibaren bireyin hayatını etkileyen çeşitli stres faktörleri de risk durumu oluşturabilmektedir. Literatürde yer alan boylamsal bir çalışmada; anne karnında strese maruz kalma, yoksulluk, annede düşük eğitim düzeyi, aile içi geçimsizlikler, boşanma ve ebeveynlerde psikiyatrik bozuklukların varlığı risk faktörü olarak belirtilmektedir (Werner, 1989). Rutter (1979)'a göre; aile içi şiddetli geçimsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık aile ve annede psikiyatrik bozukluk olması risk durumu oluşturmaktadır (akt. Garmezy, 1993). Bu risk faktörlerinin bir arada bulunmasının olumsuz etki düzeyini arttırdığı belirtilmektedir. Buna göre; bireyin hayatındaki risk faktörlerinin sayısı arttıkça etki düzeyi de artmaktadır. Bu durum birikimli risk (cumulated risk) olarak ifade edilmektedir (Garmezy, 1993).

2.2.3 Koruyucu faktörler

Koruyucu faktörler, risk durumundan kaynaklı oluşabilecek olumsuz etkileri dengelemekte; oluşabilecek olumsuz sonuçlara karşı bireyin hazırlıklı olmasını ve uyumlanmasını sağlamaktadır (Kararımak, 2006; Rutter, 1985). Koruyucu faktörler risk durumunun tam tersi olarak da ifade edilebilmektedir. Örneğin; aile içi geçimsizlik risk durumu olarak tanımlanırken olumlu ebeveyn-çocuk ilişkisi ise koruyucu faktör olabilmektedir (Rutter, 1987). Garmezy (1985), literatürde belirlenmiş olan koruyucu faktörleri üç kategoride ele almaktadır: 1) kişilik özellikleri 2) sıcak ve destekleyici aile ortamı 3) destek sistemleri (akt. Masten ve Garmezy, 1985). Benzer şekilde, Werner (1989) da koruyucu faktörleri üç başlık altında tanımlamaktadır: 1) Bireyin doğal eğilimleri (hareketlilik seviyesi, girişkenlik/sosyalite, en az ortalama zekaya sahip olmak, iletişim becerilerinin yeterli olması, içsel kontrol odağı); 2) aile içi duygusal bağlar; 3) diğer destek sistemleri (okul, iş yeri, inanç sistemleri gibi).

Yapılan bir çalışmada Rutter (1979); çocuğun kolay mizaçlı olması, olumlu okul iklimi, öz-disiplin, öz-yeterlik, planlama becerileri ve yakın ilişkilere sahip olmayı koruyucu faktör olarak sıralamaktadır (akt. Richardson, 2002). Yüksek IQ, sosyoekonomik düzey,

olumlu ebeveyn-çocuk ilişkisi, aile içi iletişimin olumlu olması, sosyal becerilerin yeterli olması gibi nitelikler Garnezy (1987) tarafından koruyucu faktör olarak belirtilmektedir. Literatürde yer alan çalışmalara göre; problem çözme becerileri, olumlu baş etme becerileri, benlik saygısı, geleceğe yönelik plan yapma, iyimser bakış açısı, sosyal yeterlilik, zekâ, akademik beceriler, yaratıcılık, mizah, içsel kontrol odağı, ebeveyn – çocuk arasındaki bağlanma ilişkisi, güçlü aile bağları, olumlu okul deneyimleri ve sosyal kabul koruyucu faktörler olarak aktarılmaktadır (Luthar ve Zigler, 1991; Stewart, Reid ve Mangham, 1997).

Rutter (1987) ise koruyucu faktör yerine koruyucu mekanizma ifadesini kullanmaktadır. Koruyucu mekanizmayı dört temel süreç ile ele almaktadır: 1) risk etkisinin azaltılması 2) süregiden risk durumlarının zincir etkisinin azaltılması 3) özgüven ve özyeterliğin geliştirilmesi ve korunması 4) fırsatlara açık olma

Masten (2001), insanın doğal bir adaptasyon sistemine sahip olduğunu ve yaşadığı deneyimler sonrasında yeniden dengelenmek üzerine olağan bir işleyişinin olduğunu ifade etmektedir. Eğer bu sistem doğru şekilde işliyorsa, büyük zorluklarla karşılaşsa dahi insan psikolojik olarak sağlam kalabilmektedir. Bununla birlikte; zaman zaman bu sistemin işleyişini engelleyecek durumlar yaşanabilmektedir. Bireyin sahip olduğu koruyucu nitelikler ne kadar fazlaysa, bu olumsuz durumların etkilerini de o kadar büyük oranda engelleyebilmektedir (Garnezy, 1993).

2.3 Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, ilk kez 1958 yılında John Bowlby tarafından bir kişilik gelişim modeli olarak ortaya koyulmuştur (Ainsworth ve Bowlby, 1991). Bowlby ve meslektaşlarının gerçekleştirdiği sistematik gözlemlerle geliştirilmiştir. Bowlby (1969)'e göre, çocukların anneleri ile olan ilişkileri ve özellikle annelerinin yokluğuna gösterdikleri tepkiler, kişilik gelişimini anlama açısından oldukça önemlidir.

Bağlanma, iki kişi arasındaki duygu yüklü ve süreklilik gösteren bağ olarak tanımlanmaktadır. Bu bağın en temel davranışsal göstergesi de yakınlığı arama ve sürdürme girişimi olarak belirtilmektedir (Ainsworth ve Bell, 1970).

Ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkinin doğası ve niteliği, psikoloji alanında yapılan çalışmalarda uzun yıllardır üzerinde durulan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Sümer ve Anafarta Şendağ, 2009). Çocuğun birincil bakım vereni ile duyarlı ve sürekli bir ilişki içinde olması, kişilik gelişimi ve ruh sağlığı açısından önemli görülmektedir (Bowlby, 1969, çev. 2021). Anneleri ile ilişkileri kesintiye uğrayan çocuklar üzerine gözlem ve araştırma yapma fırsatı bulan Bowlby, anne yoksunluğunun çocuklar üzerinde olumsuz etkileri olduğunu görmüştür (Bowlby, 1969, çev. 2021; Cassidy, 2008). Bowlby, meslektaşı James Robertson ile yaptıkları çalışmanın sonucunu şu ifadelerle aktarmaktadır: *“anne figürü kaybının ya kendi başına ya da açık bir şekilde tespit edilebilen diğer koşullarla kombinasyon içerisinde psikopatolojiyle yakından ilgili tepkiler ve faaliyetler üretmeye muktedir olduğu sonucuna ulaştık.”* (Bowlby, 1969, çev. 2021, s.27).

Yapılan çalışmalar sonrasında; anne yoksunluğunun, çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkisi görülmüş ancak bunun nasıl ve neden bu şekilde meydana geldiği sorusu Bowlby ve ekibi için cevapsız kalmıştır. Bu soruyu açıklığa kavuşturmak amacıyla, çocukların annelerinden ayrılma ve yeniden birleşme anlarında verdikleri tepkileri inceledikleri araştırmalar tasarlamışlardır (Bowlby, 1969, çev. 2021).

O dönem, çocuğun anne aile olan bağına ele alan en yaygın teoriyi, Bowlby (1969) “İkincil Dürtü Teorisi” olarak tanımlamaktadır. Bu teoriye göre, fizyolojik ihtiyaçları annesi tarafından karşılanan bebek, annesini doyum kaynağı olarak görmektedir ve aralarındaki bağ bu durumun sonucudur (çev. 2021, s. 234-235). Ancak Bowlby bu görüşe katılmamaktadır. Hayvanlarla yapılan çeşitli deneylerden elde edilen bulgular, yavru hayvanların bağlanma davranışının besleyen figüre değil rahat bir temas sağlayan figüre yöneldiğini göstermektedir. Bu deneylerden en bilineni Harlow (1958) tarafından al yanaklı maymunlarla yapılan çalışmadır (Cassidy, 2008). Harlow’un tasarladığı bu deneyde, yavru maymunlar iki yapay anne modeli ile büyütülmüştür. Bunlardan biri besleme sağlayan tel modelken diğeri beslemeyen kumaş modeldir. Deneyin sonucuna göre, tel model ile büyüyen maymunlarda anne modele bağlanma davranışı yönelmezken; kumaş modelle büyüyen yavru maymunlarda anne modele (besleme sağlamamış olmasına rağmen) bağlanma davranışı yönelmiştir. Bu sonuçlar ikincil dürtü teorisini desteklememektedir (Bowlby, 1969, çev. 2021).

Varoalan teorileri gerçeğe uygun bulmadığından, Bowlby bu konudaki teorik çalışmalarına devam etmiştir. Ekibiyle yürüttükleri gözlemlerden elde ettikleri bulguları evrimsel biyoloji, etoloji, gelişimsel psikoloji, bilişsel bilim ve kontrol sistemleri teorisi gibi kuramlar temelinde ele alarak Bağlanma Kuramı'nı ortaya koyduğu bir dizi makale yayınlamıştır (Cassidy, 2008).

2.3.1 Bağlanma davranışı

Bowlby (1969), bebeklerin yakınlık arayışı eğilimiyle dünyaya geldiklerini ifade etmektedir. Anneye (bakım veren kişiye) yakın olmak, evrimsel olarak canlıların hayatta kalma şansını arttıran bir faktördür. Diğer hayvan türleri gibi insan yavruları da, anneleriyle yakın olmalarını sağlayacak çeşitli davranış sistemlerine sahip olarak dünyaya gelmektedir. Bowlby, bunları “bağlanma davranışı” olarak adlandırmaktadır. İnsanlarda bağlanmaya aracılık eden davranışlar iki kategoride gruplandırılmıştır. “Sinyalleme davranışı” olarak adlandırılan gruptaki davranışlar, annenin çocuğa gelmesini sağlayan davranışlardır. Ağlama, gülümseme, bebeleme (agulama), çağırma ve belirli mimikler gibi sosyal sinyaller, bebeğin annesini kendine yaklaştırma amacıyla gösterdiği davranışlardır. Diğer grup ise “yaklaşma davranışı” olarak adlandırılmıştır ve çocuğun annesine yaklaşmasını sağlayan davranışların sınıflandırıldığı gruptur. Bu gruptaki en temel davranışlar anneyi arama ve izleme amacı taşıyan emekleme, sürünme, yürüme ve koşma gibi hareketlerdir. Bir diğeri ise *yapışmadır. Beslenme dışı meme emme ve memeyi kavrama* da yaklaşma davranışı sınıfında belirtilmektedir (Bowlby, 1969, çev. 2021).

Bowlby (1969), bağlanma davranışının ortaya çıkmasına sebep olan çok çeşitli koşullar olduğunu belirtmektedir. Yorgunluk, açlık, acı gibi çocuğun içinde bulunduğu durumdan kaynaklanan koşullar olabildiği gibi annenin ortamdan kaybolması ya da ilgiyi kesmesi gibi anneden kaynaklanan koşullar da söz konusu olabilmektedir. Ayrıca ortamda yaşanan herhangi bir olumsuzluk da bağlanma davranışını aktive edebilmektedir. (çev. 2021)

Bağlanma davranışının ne şekilde gösterildiği koşullara ya da çocuğun gelişim özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Bağlanma açısından benzer amaca ya da anlama sahip olan fakat farklı şekillerde uygulanan davranışlar görülebilmektedir

(Bowlby, 1969, çev. 2021). Örneğin; henüz konuşamayan bir çocuk ağlama davranışını kullanırken; konuşma becerisi gelişmiş bir çocuk çağırma yoluyla sinyalleme davranışı gösterebilir. Bağlanma davranışının yoğunluğu da koşullara göre artabilir ya da azalabilir. Ancak bağlanma ilişkisi oluştuysa, bağlanma davranışı görülmediği anlarda bile bu bağ sürdürülmektedir (Ainsworth ve Bell, 1970).

2.3.2 Bağlanmanın gelişimi

Bebeklerin, hayatta kalmalarına yardımcı olacak çeşitli davranış sistemleri ile dünyaya geldikleri bilinmektedir. İnsanlardan gelen uyaranlara daha duyarlıdırlar. Yaşamının ilk haftalarında etrafındaki insanlara gösterdiği sosyal tepkileri, bir süre sonra belirgin olarak birincil bakım verenine (bağlanma figürü) yöneltmektedir. Bebeklerin stabil bir aile ortamında, stabil bir anne figürüyle büyütüldüğü sürece mutlaka bağlanma geliştirdikleri belirtilmektedir (Bowlby, 1969, çev. 2021).

Bebekler -içsel ya da dışsal faktörlerden kaynaklı- herhangi bir tehdit hissettiklerinde ve güvende olma ihtiyacı duyduklarında, bakım verenine (genellikle anneye) yönelir; korunmayı ve rahatlatılmayı beklerler. Bebeğin yakınlık arayışı davranışına, annesi uygun şekilde karşılık verdiğinde ise bebek rahatlamış ve güvende hisseder. Anne ve bebek arasındaki bu etkileşimin dengeli ve istikrarlı bir şekilde sürmesi, bebeğin annesine güven duymasını sağlamaktadır (Weinfield, Sroufe, Egeland ve Carlson, 2008). Bebek annesiyle güvende ve rahat hissettiğinde, dış dünyayı keşfetmeye açık olmaktadır. Ainsworth tarafından Uganda’da yürütülen gözlem çalışmaları, bebeklerin annelerini “güvenli liman” olarak kullandıklarını açıkça göstermektedir (Ainsworth ve Bowlby, 1991).

Annenin yaklaşımı, bağlanmanın gelişimi açısından önemli bir faktör olarak gösterilmektedir. Ainsworth ve diğerleri (1978) tarafından elde edilen bulgulara göre; bağlanmanın gelişimiyle ilişkili bulunan iki faktör belirtilmektedir: 1) annenin bebeğin sinyallerine hızlı ve uygun şekilde yanıt vermesi 2) annenin bebeği ile olan etkileşiminin yoğunluğu (akt. Bowlby, 1969, çev. 2021).

Bir anne figürü var olduğu sürece bebek bağlanma geliştirmektedir. Ancak bağlanma ilişkisinin niteliği ve yoğunluğu değişkenlik göstermektedir (Weinfield, Sroufe, Egeland ve Carlson, 2008). Bowlby (1969), çocukların yaşının ilerlemesiyle bağlanma

davranışında biçim değişiklikleri olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca yine yaşın ilerlemesiyle bağlanma davranışının aktive olma sıklığı giderek azalmakta ve çocuğun hayatında ikincil bağlanma figürleri daha sık yer almaktadır. Genellikle üç yaş itibarıyla çocuğun -güvende hissetmesi koşuluyla- uzun süreler annenin yokluğunu kabul ettiği ve bağlanma davranışının aktive olmadığı bildirilmektedir (Bowlby, çev. 2021). Bağlanma ilişkisinin, bağlanma figürlerindeki değişimlerle (anne-çocuk, romantik partner) yaşam boyu sürdüğü ve yaşamın ilk yıllarında kurulan bağlanma ilişkisinin sonraki yıllarda bireyin yakın ilişkilerini etkilediği ifade edilmektedir (Hazan ve Shaver, 1987).

2.3.3 İçsel çalışan model

Bebeklerin, ebeveynleriyle (bakım vereniyle) olan etkileşimlerinde tekrar tekrar yaşadıkları deneyimler sonucu, ebeveynlerine yönelik bazı beklentiler ve inanç kalıpları geliştirdikleri belirtilmektedir. Ebeveynin bebeğine yönelik tutumu (bebeğin ihtiyaçlarına ne kadar duyarlı yanıt verdiği, bebekle nasıl iletişim kurduğu, nasıl oyun oynadığı vb) sonucunda, bebek hem kendisine hem de dünyaya yönelik zihinsel bir model oluşturmaktadır. Bowlby'nin teorisinde bu "içsel çalışan model" olarak adlandırılmaktadır (Booth ve Jernberg, 2014; Bretherton ve Munholland, 2008). Bowlby (1980)'e göre, içsel çalışan modeller bireylerin yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıklarını ve yorumladıklarını belirleyen genel zihinsel yapıdır (aktaran Bretherton ve Munholland, 2008).

Çocuk ebeveyninden duyarlı ve şefkatli bakım gördüğünde, ebeveyni ulaşılabilir, tutarlı ve sevgi dolu olduğunda; çocuk kendisi ve dünya hakkında olumlu içsel çalışan model geliştirmektedir. Bu durumda çocuk kendini sevmeye değer ve yetkin; dünyayı da güvenli bir yer olarak yorumlamaktadır. Diğer taraftan, ebeveyn duyarsız, ilgisiz, katı ve tutarsız olduğunda; çocuk kendisi ve dünya hakkında olumsuz içsel çalışan model geliştirmektedir. bu durumda ise çocuk kendini sevmeye değer olmayan ve yetersiz; dünyayı da tehditlerle dolu bir yer olarak yorumlamaktadır (Booth ve Jernberg, 2014).

2.3.4 Bağlanma örüntüleri

Bağlanma örüntülerini tanımlamak amacıyla, temel olarak çocuğun anneden kısa süreli olarak ayrıldığı anlar ve anneye yeniden buluştuğunda verdiği tepkiler dikkate alınmıştır. Ainsworth ve diğerleri (1978), yabancı ortam deneyi bulgularına göre üç farklı bağlanma

örüntüsü tanımlamıştır (aktaran Ainsworth ve Bowlby, 1991; Bowlby, 1969, çev. 2021). Deneyde, annesiyle yabancı bir ortama giren bebek önce odaya yabancı birinin girişini, ardından annesinin odadan ayrılışını ve son olarak annenin odaya geri dönüşünü deneyimlemektedir.

“Güvenli bağlanma” olarak adlandırılan grupta yer bebeklerin, yeni bir ortama girseler bile anneyi *güvenli üs* olarak kullanıp ortamı keşfetmeye açık oldukları görülmüştür. Annenin yokluğunda bağlanma davranışı aktive olmakta ve yakınlığı yeniden sağlamaya yönelik tepkiler göstermektedirler. Bu gruptaki çocuklar annenin döndükten sonra anneye temas kurmakta, rahatlatılmayı istemektedir. Ardından tekrar keşfetmeye dönebilmektedirler.

“Kaygılı – kaçınma bağlanma” olarak adlandırılan gruptaki bebeklerin, annelerinin yokluğundan rahatsızlık duysalar da annenin geri dönüşüne karşı umursamaz davrandıkları görülmüştür. Anneden kaçınmakta ve hatta yabancı kişiye annelerine davrandıklarından daha yakın davrandıkları görülmektedir.

“Kaygılı – dirençli bağlanma” olarak adlandırılan gruptaki bebeklerin ise anneleri döndüğünde yakınlık kurma ile direnme arasında kararsız oldukları görülmüştür. Bu gruptaki bebeklerin annelerinden fazlasıyla temas istedikleri ancak anneye kurulan temasa öfkeyle karşılık verdikleri görülmüştür (Bowlby, 1969, çev. 2021, s. 406).

Güvenli bağlanan çocukların daha aktif ve keşfetmeye daha istekli oldukları; ebeveynlerinin ulaşılabilir olduğuna ve ihtiyaçlarının karşılanacağına dair güven duydukları belirtilmektedir. Bağlanma boyutu güvensiz olan çocuklar ise daha pasif ve keşfetmeye daha az istekli görünmektedirler. Daha az etkileşim kurma eğiliminde oldukları ve regüle olmakta zorlandıkları ifade edilmektedir (Booth ve Jernberg, 2014).

2.3.5 Ergenlerde bağlanma

Gelişimsel olarak çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olduğu bilinen ergenlik dönemi, bağlanma ilişkisi açısından da bir geçiş ya da evrilme süreci olarak tanımlanmaktadır. Ergenler artan yetkinlikleriyle birlikte, ebeveynlerinden bakım almaya daha az ihtiyaç duymaktadırlar. Bununla birlikte artan özerklik ihtiyacı ile ebeveynlerinden bağımsızlaşmaya daha fazla istekli olmaktadır. Ebeveyne fiziksel olarak bağlılık azalsa

da, stresli durumlarda hala ebeveynin duygusal desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Ergenik döneminde bağlanmanın yeni bir denge oluşumunu gerektirdiği belirtilmektedir. Çocukluktaki “yakınlık arayışı” artık “özerklik arayışı” halini almaktadır. Bağlanma davranışı da “ilişkiyi sürdürme” davranışına evrilmektedir (Allen, 2008).

Ergenlikte ve yetişkinlikte bağlanmanın değerlendirilmesi, çocukluk döneminden farklı olarak öz değerlendirme yöntemiyle gerçekleştirilmektedir. Ergen ya da yetişkin bireyin bilişsel kapasitesi, kendi bağlanma ilişkisiyle ilgili zihinsel bir değerlendirme yapabilmesine olanak tanımaktadır. Bu alanda çalışan uzmanlardan Bartholomew ve Horowitz (1991), Bowlby’nin içsel çalışan model kavramından yola çıkarak “Dörtlü Bağlanma Modeli”ni ortaya koymuşlardır. Buna göre; benliğin ve diğerlerinin olumlu ya da olumsuz algılanmasına bağlı olarak dört farklı bağlanma örüntüsü tanımlamaktadırlar. Kişinin benliği ve diğerleri hakkında olumlu bir zihinsel modele sahip olması “güvenli bağlanma” olarak sınıflandırılmaktadır. Kişinin benliğine ilişkin olumsuz, diğerlerine ilişkin olumlu bir zihinsel modele sahip olması durumu ise “saplantılı bağlanma” olarak adlandırılmaktadır. Aksine, benliğin olumlu diğerlerinin olumsuz olarak algılandığı durum ise “kayıtsız bağlanma” olarak adlandırılmaktadır. Son olarak, hem benliğe hem diğerlerine yönelik olumsuz zihinsel modelin olması durumu ise “korkulu bağlanma” olarak sınıflandırılmaktadır (aktaran Güngör, 2000).

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırma grubu, verilerin toplanması ve verilerin çözümlenmesi hakkında bilgilere yer verilmektedir.

3.1 Araştırma Modeli

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan ortaokul öğrencilerinin bağlanma stilleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanan bu çalışma, ilişkisel tarama modelinde bir araştırmadır. İlişkisel tarama modelinde yürütülen bir araştırmada, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği ve değişim varsa bu değişimin nasıl olduğu belirlenmeye çalışılmaktadır. (Karasar, 2014).

3.2 Araştırma Grubu

Ergenlik hem fiziksel hem bilişsel hem de sosyal-duygusal gelişim alanları bakımından pek çok değişimin yaşandığı kritik bir dönemdir. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci olarak bilinen ergenlik, riskli durumları da beraberinde getirebilmektedir (Yavuzer, 1990). DEHB de nörogelişimsel özellikleri bakımından gençler için risk durumuna sebep olabilmektedir. Bağlanma stilleri ve psikolojik sağlamlık düzeyi arasındaki ilişkinin DEHB’li ergenler açısından ele alınması, risk grubundaki gençler için fayda sağlayacak sonuçlar verebilir.

Bu bağlamda, bu çalışmanın ön ergenlik döneminde yer alan 10-14 yaş arası ortaokul öğrencileri ile yürütülmesine karar verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen öğrenciler, seçkisiz olmayan amaçsal örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme ile belirlenmiştir. Ölçüt örnekleme, örneklemin belirlenen bir ölçüte göre seçildiği araştırmalarda kullanılmaktadır (Büyüköztürk vd., 2013). Bu çalışmada DEHB tanısına sahip olma durumu ölçüt olarak alınırken; DEHB’ye eşlik eden farklı bir tanıya (öğrenme güçlüğü vb.) sahip olma durumu ise ölçüt dışı bırakılmıştır.

Araştırma grubu, Sakarya'nın Adapazarı, Serdivan, Sapanca ve Arifiye ilçelerinde ve İstanbul'un Esenler ve Ümraniye ilçelerinde bulunan, 10-14 yaş arasında ve DEHB tanısı bulunan 46 ortaokul öğrencisinden oluşmaktadır.

3.3 Veriler ve Toplanması

3.3.1 Veri toplama süreci

Veri toplama sürecinde, ilk olarak üniversite etik kurulundan onay alınmış ardından MEB'den araştırma izni alınmıştır. Gerekli izinler tamamlandıktan sonra araştırmacı tarafından Sakarya ilinde Adapazarı, Serdivan, Sapanca ve Arifiye ilçelerinde yer alan tüm ortaokullarla; İstanbul ilinde ise Esenler ve Ümraniye ilçelerinde yer alan ortaokullarla iletişim kurulmuştur. DEHB tanılı öğrencisi olan okullara, ebeveynler için bilgilendirilmiş onam formu ve öğrenciler için araştırma ölçekleri araştırmacı tarafından ulaştırılmıştır. Ebeveyninden onay alınan öğrenciler araştırma ölçeklerini cevaplandırmıştır.

3.3.2 Veri toplama araçları

Bu çalışmada psikolojik sağlamlık düzeyinin ölçülmesi amacıyla “Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)”, bağlanma stillerinin ölçülmesi amacıyla “Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği)” ve katılımcıların demografik bilgilerini belirlemek amacıyla “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır.

3.3.2.1 Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)

Ölçek, çocuk ve ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyine ilişkin veri elde etmek amacıyla Liebenberg ve diğerleri (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 28 maddelik orijinal formunun ardından, 12 maddelik kısa formu elde edilmiştir (Liebenberg ve diğerleri, 2013). Ölçeğin faktör yük değerleri .39 ile .88 arasında ve iç tutarlılık katsayısı .84 olarak belirlenmiştir. Ölçek beşli likert yapıda olup; yüksek puan yüksek psikolojik sağlamlık düzeyini belirtmektedir. Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Arslan (2015) tarafından yapılmıştır. Yaşları 11 ile 16 arasında değişmekte olan 256 öğrenciyle yapılan çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .91 olarak hesaplanmıştır. Açıklayıcı ve

doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, ölçeğin toplam varyansın %51.28'ini açıklayan tek faktörden meydana geldiği belirlenmiştir. Elde edilen verilere göre, Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin çocuk ve ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyini değerlendirmede kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (Arslan, 2015). Ölçeğin bu çalışma için geçerli olan Cronbach's Alpha değeri .694 olarak bulunmuştur.

3.3.2.2 Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri –II (YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği):

Yetişkin bağlanma boyutlarını ölçmek amacıyla Fraley ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, daha sonra Brenning ve diğerleri (2011) tarafından, orta çocukluk ve ergenlik döneminde kullanılmak amacıyla uyarlanmıştır. Ölçeğin bu versiyonu 8-13 yaş arasındaki çocuk ve gençlerde kullanıma uygundur. Brenning ve diğerleri (2011) ölçeğin iki faktörlü yapıda olduğunu; kaygılı bağlanma boyutunun .83, kaçınan bağlanma boyutunun .85 iç tutarlılık katsayısına sahip olduğunu belirlemişlerdir (akt. Kırimer ve diğerleri, 2014). Ölçek yedili likert yapısıdır. Bağlanma kaygısı ve kaçınma boyutları 18 madde ile ölçülen ölçekte toplam 36 madde bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Kırimer ve diğerleri (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilere göre, kaygı alt boyutunun toplam varyansın %17.72'sini açıkladığı, kaçınma alt boyutunun toplam varyansın %18.66'sını açıkladığı, kaygılı ve kaçınan bağlanma alt boyutlarının da toplam varyansın %36.38'ini açıkladığı belirlenmiştir. İç tutarlılık katsayısı kaygı boyutu için .78, kaçınma boyutu için .90 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin bu çalışma için geçerli olan Cronbach's Alpha değeri kaygı boyutu için .846; kaçınma boyutu için .903 olarak bulunmuştur.

3.3.2.3 Katılımcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu ile katılımcıların cinsiyet, öğrenim görülen sınıf düzeyi, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba birlikte ya da ayrı olma durumu, kardeş sayısı, DEHB ilacı kullanım durumu ve uzman desteği alıp almama durumu hakkında bilgi elde edilmektedir.

3.4 Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin girişı yapıp analize hazırlandıktan sonra normallik testleri yapılmıştır. Normal dağılım gösteren veri gruplarında One Way Anova ve Bağımsız Örneklem İçin T Testi; normal dağılım göstermeyen veri gruplarında ise Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis H Testi ve Spearman Korelasyon uygulanmıştır.



4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde öncelikle verilerin analizinden elde edilen bulgulara ve araştırma bulgularının ilgili literatür eşliğinde yorumlanmasına yer verilmektedir.

4.1 Bulgular

Bu bölümde, verilerin istatistiksel analizinden elde edilen bulgular araştırmanın amaçlarına uygun sırada aktarılmaktadır.

4.1.1 YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi

Tablo 2’de bağlanma stillerini ölçen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II’nin alt boyut ve toplam puanlarının cinsiyete göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 2. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Kaygı alt boyutu	Kız	10	64.000	64.300	19.900	42.000	100.000	.454	-.697	.926	.412
	Erkek	36	39.500	44.000	16.787	25.000	92.000	1.385	1.658	.859	.001*
Kaçınma alt boyutu	Kız	10	77.500	73.200	19.042	43.000	95.000	-.336	-1.386	.913	.299
	Erkek	36	38.000	42.111	18.396	19.000	98.000	1.178	1.329	.903	.004*
Toplam Puan	Kız	10	146.000	137.500	30.934	85.000	182.000	-.477	-.771	.941	.567
	Erkek	36	78.000	83.111	29.730	47.000	156.000	.781	-.423	.914	.008*

* $p < .05$

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin alt boyutlarından elde edilen puanlar ve toplam puan her iki grupta da aynı zamanda normal dağılım göstermediği için grup karşılaştırmalarında Bağımsız Örneklemeler İçin Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 3).

Tablo 3.DEHB'li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Top.	Sıra Ort.	U	z	p
Kaygı alt boyutu	Kız	10	347.50	34.75	67.500	-2.997	.002*
	Erkek	36	733.50	20.38			
Kaçınma alt boyutu	Kız	10	370.00	37.00	45.000	-3.597	.001*
	Erkek	36	711.00	19.75			
Toplam Puan	Kız	10	375.50	37.55	39.500	-3.742	.001*
	Erkek	36	705.50	19.60			

* $p < .05$

Tablo 3'teki sıra ortalamaları ve p değerleri incelendiğinde kız katılımcıların kaygı alt boyutu ($U=67.500$, $Z=-2.997$, $p<.05$), kaçınma alt boyutu ($U=45.00$, $Z=-3.597$, $p<.05$) ve toplam puanlarının ($U=39.50$, $Z=-3.742$, $p<.05$) erkek katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4'te bağlanma stillerini ölçen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin alt boyut ve toplam puanlarının yaşa göre incelenmesine ilişkin betimsel istatistikler ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Yaşa Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	<i>p</i>
Kaygı alt boyutu	10 yaş	10	48.000	47.500	13.401	28.000	73.000	.262	.290	.962	.812
	11 yaş	5	40.000	44.200	12.537	34.000	66.000	1.918	4.026	.769	.044
	12 yaş	12	34.000	47.250	26.084	25.000	100.000	1.267	.287	.791	.007*
	13 yaş	4	59.500	59.750	25.953	30.000	90.000	.045	-1.414	.990	.958
	14 yaş	15	43.000	48.333	17.475	29.000	87.000	.973	.073	.893	.075
Kaçınma alt boyutu	10 yaş	10	48.500	48.900	17.291	23.000	77.000	.276	-.626	.964	.834
	11 yaş	5	39.000	58.400	33.709	28.000	98.000	.564	-3.131	.800	.080
	12 yaş	12	39.500	40.666	15.393	22.000	64.000	.306	2.345	.915	.246
	13 yaş	4	36.500	41.250	18.117	25.000	67.000	1.389	2.345	.896	.409
	14 yaş	15	49.000	54.266	26.612	19.000	95.000	.304	-1.345	.913	.152
Toplam Puan	10 yaş	10	92.000	96.400	28.849	53.000	150.000	.446	-.094	.981	.972
	11 yaş	5	101.000	102.600	33.080	62.000	137.000	-.097	-2.363	.910	.469
	12 yaş	12	73.500	87.916	39.134	47.000	159.000	.961	-.350	.857	.045*
	13 yaş	4	101.500	101.000	37.318	64.000	137.000	-.022	-5.423	.842	.202
	14 yaş	15	90.000	102.600	42.796	54.000	182.000	.587	-1.049	.898	.087

* $p < .05$

Tablo 4’te yer alan Shapiro Wilk normallik testi sonuçları incelendiğinde gruplar kendi içinde aynı zamanda normal dağılım göstermediğinden grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 5).

Tablo 5. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Ort.	Sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Kaygı alt boyutu	10 yaş	10	24.80	4	2.324	.676	-
	11 yaş	5	22.00				
	12 yaş	12	19.50				
	13 yaş	4	30.25				
	14 yaş	15	24.53				
Kaçınma alt boyutu	10 yaş	10	24.90	4	2.401	.662	-
	11 yaş	5	26.90				
	12 yaş	12	19.25				
	13 yaş	4	19.75				
	14 yaş	15	25.83				
Toplam puan	10 yaş	10	24.35	4	1.632	.803	-
	11 yaş	5	26.20				
	12 yaş	12	19.33				
	13 yaş	4	24.63				
	14 yaş	15	25.07				

* $p < .05$

Tablo 5 incelendiğinde YİYE-II ölçeğinin alt boyut ve toplam puanlarının yaşa göre farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 6’da bağlanma stillerini ölçen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II’nin alt boyut ve toplam puanlarının anne eğitim düzeyine göre incelenmesine ilişkin betimsel istatistikler ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 6. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortan ca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Kaygı alt boyutu	İlkokul	12	45.500	47.750	11.924	34.000	69.000	.769	-.457	.904	.178
	Ortaokul	8	38.000	45.125	18.581	29.000	74.000	1.021	-.683	.802	.030*
	Lise	7	35.000	46.285	21.861	30.000	87.000	1.416	.876	.783	.028*
	Lisans	14	43.500	51.642	24.935	25.000	100.000	1.033	-.164	.844	.019*
	Lisansüstü	5	59.000	49.200	19.031	27.000	70.000	-.368	-2.681	.862	.235
Kaçınma alt boyutu	İlkokul	12	48.000	49.833	25.131	19.000	98.000	.988	.392	.877	.081
	Ortaokul	8	37.000	45.875	20.890	24.000	78.000	.953	-.701	.837	.070
	Lise	7	37.000	51.142	29.447	24.000	95.000	1.085	-.899	.765	.018*
	Lisans	14	46.000	46.142	15.805	22.000	72.000	-.081	-1.054	.956	.657
	Lisansüstü	5	67.000	55.800	30.646	23.000	83.000	-.419	-3.146	.787	.063
Toplam Puan	İlkokul	12	93.500	97.583	31.995	54.000	164.000	.670	.219	.961	.795
	Ortaokul	8	79.000	91.000	38.067	60.000	152.000	1.215	-.284	.749	.008*
	Lise	7	75.000	97.428	45.894	55.000	182.000	1.228	.729	.868	.179
	Lisans	14	88.000	97.785	35.264	47.000	159.000	.441	-.746	.943	.453
	Lisansüstü	5	137.00	105.000	48.445	50.000	142.000	-.604	-3.300	.723	.016*

* $p < .05$

Tablo 6 incelendiğinde grupların tamamının hiçbir değişkende normal dağılım göstermediği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 7).

Tablo 7. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Ort.	Sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Kaygı alt boyutu	İlkokul	12	25.58	4	2.605	.626	-
	Ortaokul	8	21.06				
	Lise	7	20.86				
	Lisans	14	23.63				
	Lisansüstü	5	19.10				
Kaçınma alt boyutu	İlkokul	12	25.58	4	3.319	.506	-
	Ortaokul	8	21.06				
	Lise	7	20.86				
	Lisans	14	24.04				
	Lisansüstü	5	24.60				
Toplam Puan	İlkokul	12	24.46	4	3.676	.452	-
	Ortaokul	8	21.50				
	Lise	7	22.29				
	Lisans	14	24.04				
	Lisansüstü	5	24.40				

* $p < .05$

Tablo 7 incelendiğinde YİYE-II ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının anne eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 8’de bağlanma stillerini ölçen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II’nin alt boyut ve toplam puanlarının baba eğitim düzeyine göre incelenmesine ilişkin betimsel istatistikler ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 8. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Kaygı alt boyutu	İlkokul	8	41.000	45.000	11.096	35.000	68.000	1.505	1.995	.864	.086
	Ortaokul	10	48.500	53.100	18.193	31.000	87.000	.669	-.399	.939	.544
	Lise	12	31.000	39.500	19.467	28.000	92.000	2.315	4.914	.609	.001*
	Lisans	10	50.500	56.300	24.770	25.000	100.000	.648	-.502	.936	.504
	Lisansüstü	6	51.000	49.833	15.625	27.000	70.000	-.249	-.853	.953	.766
	İlkokul	8	49.000	53.125	24.452	19.000	98.000	.692	-.494	.876	.174
	Ortaokul	10	45.000	54.800	26.101	25.000	95.000	.667	-1.104	.884	.144
	Lise	12	33.500	35.916	12.558	23.000	64.000	1.131	.851	.882	.093
	Lisans	10	46.000	50.000	17.416	22.000	78.000	.173	-.616	.973	.920
	Lisansüstü	6	63.500	57.333	26.295	23.000	83.000	-.511	-1.848	.863	.201
Kaçınma alt boyutu	İlkokul	8	99.000	98.125	30.493	54.000	137.000	-.229	-.979	.936	.570
	Ortaokul	10	88.000	107.900	42.974	61.000	182.000	.767	-1.033	.871	.102
	Lise	12	66.500	75.416	28.697	53.000	156.000	2.328	6.029	.724	.001*
	Lisans	10	105.000	106.300	36.052	47.00	159.000	-.015	-.929	.953	.700
	Lisansüstü	6	120.000	107.166	40.146	50.000	142.000	-.609	-1.741	.848	.150
Toplam Puan											

* $p < .05$

Tablo 8 incelendiğinde grupların tamamının yalnızca kaçınma alt boyutu puanlarında normal dağılım gösterdiği; kaygı alt boyutu ve toplam puanlarında normal dağılım göstermediği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında kaçınma alt boyutu puanı için One Way Anova (Bkz Tablo 9); kaygı alt boyutu ve toplam puan için parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 10).

Tablo 9. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Kaçınma Alt Boyutu Puanının Baba Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Kaynak	Sd	Ortalama Kare	F	p	Anlamlı Fark
Kaçınma alt boyutu	Gruplar arası	4	738.123	1.535	.210	-
	Gruplar içi	41	480.993			
	Toplam	45				

* $p < .05$

Tablo 9 incelendiğinde katılımcıların kaçınma alt boyutu puanlarının baba eğitim düzeylerine göre farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 10. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Kaygı Alt Boyutu ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Ort.	Sd	X^2	p	Anlamlı Fark
Kaygı alt boyutu	İlkokul	8	23.44	4	7.846	.097	-
	Ortaokul	10	28.20				
	Lise	12	14.58				
	Lisans	10	27.85				
	Lisansüstü	6	26.33				
Toplam Puan	İlkokul	8	24.63	4	6.931	.140	-
	Ortaokul	10	27.15				
	Lise	12	14.88				
	Lisans	10	27.40				
	Lisansüstü	6	26.67				

* $p < .05$

Tablo 10 incelendiğinde YİYE-II ölçeği kaygı alt boyutu ve toplam puanlarının baba eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 11’de bağlanma stillerini ölçen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II’nin alt boyut ve toplam puanlarının ebeveynlerin birlikte ya da ayrı olma durumuna göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 11. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Ebeveynlerin Birlikte ya da Ayrı Olma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp	Bas.	S-W	p
Kaygı alt boyutu	Birlikte	37	40.000	46.027	19.015	25.000	100.000	1.392	1.444	.851	.001*
	Ayrı	9	58.000	58.222	17.886	31.000	87.000	.073	-.861	.968	.875
Kaçınma alt boyutu	Birlikte	37	42.000	44.702	19.604	19.000	98.000	.950	.395	.919	.011*
	Ayrı	9	67.000	66.000	26.348	24.000	95.000	-.370	-1.222	.920	.395
Toplam Puan	Birlikte	37	79.000	90.729	32.837	47.000	159.000	.711	-.640	.912	.007*
	Ayrı	9	134.000	124.222	40.736	55.000	182.000	-.365	-.602	.976	.942

* $p < .05$

Tablo 11’deki betimsel istatistikler ve Shapiro Wilk değerleri grupların tüm değişkenlerde normal dağılım göstermediğini göstermektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 12).

Tablo 12.DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Ebeveynlerin Birlikte ya da Ayrı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Top.	Sıra Ort.	U	z	p
Kaygı alt boyutu	Birlikte	37	796.000	21.51	93.000	-2.036	.042*
	Ayrı	9	285.000	31.67			
Kaçınma alt boyutu	Birlikte	37	790.500	21.36	87.500	-2.189	.027*
	Ayrı	9	290.500	32.28			
Toplam Puan	Birlikte	37	787.500	21.28	84.500	-2.271	.021*
	Ayrı	9	293.500	32.61			

* $p<.05$

Tablo 12’deki sıra ortalamaları ve p değerleri incelendiğinde anne babası birlikte yaşayan katılımcıların kaygı alt boyutu ($U=93.000$, $Z=-2.036$, $p<.05$), kaçınma alt boyutu ($U=87.500$, $Z=-2.189$, $p<.05$) ve toplam puanlarının ($U=84.500$, $Z=-2.271$, $p<.05$) anne babası ayrı yaşayan katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 13’te bağlanma stillerini ölçen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II’nin alt boyut ve toplam puanlarının kardeş sayısına göre incelenmesine ilişkin betimsel istatistikler ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 13.DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	<i>p</i>
Kaygı alt boyutu	0	8	44.500	44.375	15.999	25.000	70.000	.305	-1.093	.951	.722
	1	18	40.500	42.555	15.462	27.000	92.000	2.022	5.566	.810	.002*
	2	12	50.000	55.250	24.113	30.000	100.000	.692	-.808	.893	.129
	3	8	54.000	55.375	19.653	31.000	87.000	.332	-1.293	.899	.286
Kaçınma alt boyutu	0	8	46.000	48.375	23.567	22.000	83.000	.260	-1.631	.913	.375
	1	18	45.500	46.444	20.281	23.000	98.000	1.131	1.391	.897	.050
	2	12	36.500	45.416	20.790	19.000	78.000	.446	-1.364	.895	.135
	3	8	84.000	60.000	28.774	30.000	95.000	.492	-2.139	.796	.026*
Toplam Puan	0	8	84.000	92.750	37.480	47.000	142.000	.247	-1.805	.905	.068
	1	18	81.000	89.000	30.029	50.000	156.000	.994	.380	.904	.068
	2	12	98.000	100.666	41.125	54.000	159.000	.214	-1.835	.863	.053
	3	8	106.500	115.375	41.904	61.000	182.000	.489	-.857	.956	.775

* $p < .05$

Tablo 13’te yer alan Shapiro Wilk normallik testi sonuçları incelendiğinde kaygı ve kaçınma alt boyut puanlarında grupların tamamının normal dağılım göstermediği, toplam puanda grupların normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle kaygı alt boyutu ve kaçınma alt boyutu puanlarına ilişkin grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H (Bkz Tablo 14), toplam puan karşılaştırmalarında ise One Way Anova Testi (Bkz Tablo 15) kullanılmıştır.

Tablo 14.DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Kaygı ve Kaçınma Alt Boyutları Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Ort.	Sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Kaygı alt boyutu	0	8	21.25	3	3.666	.300	-
	1	18	19.78				
	2	12	27.21				
	3	8	28.56				
Kaçınma alt boyutu	0	8	22.75	3	1.797	.616	-
	1	18	22.78				
	2	12	21.33				
	3	8	29.13				

Tablo 14 incelendiğinde katılımcıların kaygı alt boyutu ve kaçınma alt boyutu puanlarının kardeş sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Tablo 15. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Toplam Puanlarının Kardeş Sayısına Göre İncelenmesi

Değişkenler	Kaynak	Sd	Ortalama Kare	F	p	Anlamlı Fark
Toplam Puan	Gruplar arası	3	1385.095	.653	.386	-
	Gruplar içi	42	1334.763			
	Toplam	45				

* $p < .05$

Tablo 15 incelendiğinde katılımcıların bağlanma toplam puanlarının kardeş sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Tablo 16’da bağlanma stillerini ölçen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II’nin alt boyut ve toplam puanlarının ilaç tedavisi alma durumuna göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 16.DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanc a	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Kaygı alt boyutu	Kullanan	32	39.50	43.68	17.03	25.000	92.000	1.55	2.164	.836	.001*
	Kullanmayan	14	57.500	59.214	20.218	31.000	100.000	.396	-.230	.963	.776
Kaçınma alt boyutu	Kullanan	32	39.000	45.153	21.068	19.000	98.000	1.037	.366	.899	.006*
	Kullanmayan	14	54.500	57.357	23.960	23.000	95.000	.203	-.968	.948	.537
Toplam Puan	Kullanan	32	78.500	88.843	31.884	47.000	156.000	.731	-.614	.910	.011*
	Kullanmayan	14	115.00	116.571	40.393	54.000	182.000	-.028	-1.169	.964	.789

* $p < .05$

Tablo 16 incelendiğinde grupların tamamının hiçbir değişkende normal dağılım göstermediği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 17).

Tablo 17. DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Top.	Sıra Ort.	U	z	p
Kaygı Alt Boyutu	Kullanan	32	641.500	20.05	113.500	-2.639	.008*
	Kullanmayan	14	439.500	31.39			
Kaçınma Alt Boyutu	Kullanan	32	678.000	21.19	150.000	-1.768	.077
	Kullanmayan	14	403.000	28.79			
Toplam Puan	Kullanan	32	660.500	20.64	132.500	-2.185	.029*
	Kullanmayan	14	420.500	30.04			

* $p < .05$

Tablo 17’deki sıra ortalamaları ve p değerleri incelendiğinde ilaç kullanmayan katılımcıların kaygı alt boyutu ($U=113.500$, $Z=-2.639$, $p < .05$) ve toplam puanlarının

($U=132.50$, $Z=-2.185$), $p<.05$) ilaç kullanan katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 18’de bağlanma stillerini ölçen Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II’nin alt boyut ve toplam puanlarının psikolojik destek alma durumuna göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 18.DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Kaygı alt boyutu	Alan	24	44.500	51.416	20.755	27.000	100.000	1.047	.276	.887	.011*
	Almayan	22	39.000	45.136	17.310	25.000	87.000	.949	-.019	.886	.016*
Kaçınma alt boyutu	Alan	24	43.000	51.333	24.818	19.000	98.000	.634	-.877	.906	.029*
	Almayan	22	46.000	46.181	19.762	22.000	95.000	.771	.140	.931	.131
Toplam Puan	Alan	24	92.000	102.750	37.350	50.000	164.000	.291	-	.913	.040*
	Almayan	22	79.000	91.318	35.609	47.00	182.000	.940	1.389	.376	.067

* $p<.05$

Tablo 18 incelendiğinde grupların hiçbir değişkende aynı anda normal dağılım göstermediği görülmektedir ($p<.05$). Bu nedenle grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 19).

Tablo 19.DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Top.	Sıra Ort.	U	z	p
Kaygı alt boyutu	Alan	24	618.50	25.77	209.500	-1.199	.231
	Almayan	22	462.50	21.02			
Kaçınma alt boyutu	Alan	24	584.50	24.35	243.500	-.451	.652
	Almayan	22	496.50	22.57			
Toplam Puan	Alan	24	615.50	25.65	212.500	-1.133	.257
	Almayan	22	465.50	21.16			

* $p < .05$

Tablo 19 incelendiğinde katılımcıların bağlanma stili puanları psikolojik destek alıp almama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.1.2 Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi

Tablo 20’de psikolojik sağlamlığı ölçen Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden elde edilen puanların cinsiyete göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 20.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Psikolojik Sağlamlık	Kız	10	46.500	44.500	6.433	31.00	52.00	-1.022	.833	.926	.408
	Erkek	36	50.00	48.444	6.208	33.00	60.00	-.704	-.023	.944	.068

* $p < .05$

Tablo 20’deki Shapiro Wilk değerleri incelendiğinde grupların psikolojik sağlamlık puanlarının normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında Bağımsız Örneklemeler İçin T Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 21).

Tablo 21.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Ort.	SS	t	p
Psikolojik Sağlamlık	Kız	10	44.500	6.433	-1.764	.989
	Erkek	36	48.444	6.208		

* $p < .05$

Tablo 21 incelendiğinde katılımcıların psikolojik sağlamlık puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($t(44) = -1.764$, $p < .05$).

Tablo 22’de psikolojik sağlamlığı ölçen Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden elde edilen puanların yaşa göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 22.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Psikolojik Sağlamlık	10 yaş	10	49.500	48.100	5.743	36.000	56.000	-.909	1.000	.928	.427
	11 yaş	5	52.000	50.800	7.190	41.000	60.000	-.205	-.189	.991	.984
	12 yaş	12	50.500	49.250	4.826	40.000	54.000	-1.051	-.038	.856	.043*
	13 yaş	4	52.500	49.250	7.544	38.000	54.000	-1.930	3.768	.730	.024*
	14 yaş	15	47.000	44.400	6.874	31.000	56.000	-.517	-.131	.948	.501

* $p < .05$

Tablo 22 incelendiğinde 12 ve 13 yaşındaki katılımcıların psikolojik sağlamlık puanlarının normal dağılım göstermediği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 23).

Tablo 23.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Ort.	Sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Psikolojik Sağlamlık	10 yaş	10	23.90	4	6.789	.147	-
	11 yaş	5	29.80				
	12 yaş	12	27.21				
	13 yaş	4	29.38				
	14 yaş	15	16.60				

* $p < .05$

Tablo 23 incelendiğinde psikolojik sağlamlık puanlarının yaşa göre farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 24’te psikolojik sağlamlığı ölçen Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden elde edilen puanların anne eğitim düzeyine göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 24.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Psikolojik Sağlamlık	İlkokul	12	47.000	47.000	5.493	40.000	54.000	-.264	-1.715	.838	.026*
	Ortaokul	8	50.500	48.875	6.599	36.000	56.000	-1.154	.942	.907	.331
	Lise	7	50.000	47.571	9.536	31.000	60.000	-.690	.428	.969	.892
	Lisans	14	49.000	48.428	4.602	38.000	56.000	-.620	.772	.967	.828
	Lisansüstü	5	47.000	44.600	8.848	33.000	54.000	-.446	-1.981	.933	.618

* $p < .05$

Tablo 24 incelendiğinde anne eğitim düzeyi ilkokul olan grubun psikolojik sağlamlık puanının normal dağılım göstermediği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmasında parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 25).

Tablo 25. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Ort.	Sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
Psikolojik sağlamlık	İlkokul	12	21.79	4	.619	.961	-
	Ortaokul	8	27.13				
	Lise	7	24.57				
	Lisans	14	23.93				
	Lisansüstü	5	19,10				

Tablo 25 incelendiğinde katılımcıların psikolojik sağlamlık puanlarının anne eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Tablo 26’da psikolojik sağlamlığı ölçen Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden elde edilen puanların baba eğitim düzeyine göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 26. DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Psikolojik Sağlamlık	İlkokul	8	44.000	44.375	4.688	40.000	52.000	.439	-1.440	.838	.072
	Ortaokul	10	48.000	46.100	7.950	31.000	56.000	-.828	-.167	.922	.375
	Lise	12	52.500	52.916	3.028	49.000	60.000	1.061	1.596	.922	.305
	Lisans	10	47.000	47.900	3.842	43.000	53.000	.183	-1.734	.893	.182
	Lisansüstü	6	42.500	43.166	8.035	33.000	54.000	.115	-1.673	.936	.628

* $p < .05$

Tablo 26 incelendiğinde baba eğitim düzeyi ilkokul olan grubun psikolojik sağlamlık puanının normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmasında parametrik testlerden One Way Anova Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 27).

Tablo 27.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Kaynak	Sd	Ortalama Kare	F	p	Anlamlı Fark
Psikolojik Sağlamlık	Gruplar arası	4	140.932	4.51	.004*	lise>ilkokul, lise>lisansüstü
	Gruplar içi	41	31.205			
	Toplam	45				

* $p < .05$

Tablo 27 incelendiğinde katılımcıların psikolojik sağlamlık puanlarının baba eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir. Levene Testi varyansların homojen olduğunu göstermiş (Levene 4.531; $p = .004$) ve Tukey Post Hoc testi yapılmıştır. Post Hoc Testi babası lise mezunu olan grubun (Ort= 52.916, SS= 3.028), babası ilkokul (Ort= 44.375, SS= 4.688) ve lisansüstü eğitim (Ort= 43.166, SS= 8.035) mezunu olan gruptan anlamlı bir şekilde daha yüksek psikolojik sağlamlık puanına sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 28’de psikolojik sağlamlığı ölçen Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden elde edilen puanların ebeveynlerin birlikte ya da ayrı olma durumuna göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 28.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Ebeveynlerin Birlikte ya da Ayrı Olma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Psikolojik Sağlamlık	Birlikte	37	51.000	49.000	5.642	33.000	60,000	-.815	.717	.946	.074
	Ayrı	9	41.000	41.777	6.320	31.000	50,000	-.267	-.730	.965	.853

* $p < .05$

Tablo 28'deki betimsel istatistikler ve Shapiro Wilk değerleri grupların psikolojik sağlamlık puanlarının normal dağılım göstermediğini göstermektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 29).

Tablo 29.DEHB'li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Ebeveynlerin Birlikte ya da Ayrı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Top.	Sıra Ort.	U	z	p
Psikolojik Sağlamlık	Birlikte	37	974.500	26.34	61.500	-2.914	.004*
	Ayrı	9	106.50	11.83			

* $p < .05$

Tablo 29'daki sıra ortalamaları ve p değerleri incelendiğinde anne babası birlikte yaşayan katılımcıların psikolojik sağlamlık ($U=61.500$ $Z=-2.914$, $p < .05$) puanlarının anne babası ayrı yaşayan katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 30'da psikolojik sağlamlığı ölçen Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden elde edilen puanların kardeş sayısına göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 30.DEHB'li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Psikolojik Sağlamlık	0	8	47.500	46.250	7.741	33.000	56.000	-.631	-.398	.959	.799
	1	18	48.500	47.944	5.362	36.000	54.000	-	.304	.887	.034*
								1.018			
	2	12	50.500	49.083	4.399	41.000	54.000	-.713	-.740	.907	.194
	3	8	44.000	45.875	9.672	31.000	60.000	.058	-.840	.958	.791

* $p < .05$

Tablo 30’da yer alan Shapiro Wilk değerleri incelendiğinde grupların tamamının psikolojik sağlık puanlarının normal dağılım göstermediği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmasında parametrik olmayan istatistiklerden Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 31).

Tablo 31.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlık Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Ort.	Sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Psikolojik Sağlık	0	8	21.25	3	1.037	.792	-
	1	18	23.86				
	2	12	26.21				
	3	8	20.88				

* $p < .05$

Tablo 31 incelendiğinde katılımcıların psikolojik sağlık puanlarının kardeş sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir.

Tablo 32’de psikolojik sağlamlığı ölçen Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlık Ölçeğinden elde edilen puanların ilaç tedavisi alma durumuna göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 32.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlık Ölçek Puanlarının İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Psikolojik Sağlık	Kullanan	32	49.500	48.375	6.115	33.000	60.000	-.718	.277	.951	.156
	Kullanmayan	14	47.000	45.785	6.896	31.000	56.000	-.639	-.071	.944	.476

* $p < .05$

Tablo 32’deki Shapiro Wilk değerleri incelendiğinde ilaç kullanan ve kullanmayan katılımcıların psikolojik sağlık puanlarının normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında Bağımsız Örneklem İçin T Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 33).

Tablo 33.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının İlaç Tedavisi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Ort.	SS	t	p
Psikolojik Sağlamlık	Kullanan	32	48.375	6.119	1.271	.538
	Kullanmayan	14	45.785	6.896		

* $p < .05$

Tablo 33 incelendiğinde psikolojik sağlamlık puanlarının ilaç tedavisi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($t(44) = 1.121, p < .05$).

Tablo 34’te psikolojik sağlamlığı ölçen Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden elde edilen puanların psikolojik destek alma durumlarına göre betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 34.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Değişken	Grup	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Psikolojik Sağlamlık	Alan	24	48.000	47.833	6.356	33.000	60.000	-.581	.406	.964	.516
	Almayan	22	49.500	47.318	6.585	31.000	56.000	-.841	-.020	.906	.039*

* $p < .05$

Tablo 34’teki Shapiro Wilk değerleri incelendiğinde psikolojik destek almayan katılımcıların psikolojik sağlamlık puanlarının normal dağılım göstermediği görülmektedir. Bu nedenle grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 35).

Tablo 35.DEHB’li Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Ölçek Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Sıra Top.	Sıra Ort.	U	z	p
Psikolojik Sağlamlık	Destek alan	24	562.50	23.44	262.500	-.033	.974
	Destek almayan	22	518.50	23.57			

* $p < .05$

Tablo 35 incelendiğinde psikolojik destek alan ve almayan katılımcıların psikolojik sağlamlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

4.1.3 YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği Puanları ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Tablo 36’da YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği ve Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden elde edilen puanlarının betimsel istatistikleri ve Shapiro Wilk Testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 36.DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler

Değişken	n	Ortanca	Ort.	SS	Min.	Maks.	Çarp.	Bas.	S-W	p
Kaygı alt boyutu	46	42.500	48.413	19.237	25.000	100.000	1.040	.347	.893	.001*
Kaçınma alt boyutu	46	43.500	48.869	22.446	19.000	98.000	.733	-.454	.918	.003*
Bağlanma toplam puanı	46	87.500	97.282	36.580	47.000	182.000	.560	-.688	.930	.008*
Psikolojik Sağlamlık	46	49.000	47.587	6.399	31.000	60.000	-.689	.063	.952	.057

* $p < .05$

Tablo 36 incelendiğinde YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeğinin kaygı alt boyutu, kaçınma alt boyutu ve toplam puanlarının normal dağılım göstermediği; Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle değişkenler arası ilişkilerin incelenmesi amacıyla parametrik olmayan testlerden Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır (Bkz. Tablo 37).

Tablo 37.DEHB’li Ergenlerin YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	1	2	3
1. Kaygı alt boyutu	1		
2. Kaçınma alt boyutu	.610**	1	
3. Bağlanma toplam puanı	.859**	.919**	1
4. Psikolojik sağlamlık	-.464**	-.545**	-.521**

** $p < .01$

Tablo 37 incelendiğinde kaygı alt boyutu ile kaçınma alt boyutu ($r = .610$, $n = 46$, $p < .001$); kaygı alt boyutu ile bağlanma toplam puanı ($r = .859$, $n = 46$, $p < .001$); kaçınma alt boyutu ile bağlanma toplam puanı ($r = .919$, $n = 46$, $p < .001$) arasında pozitif ve yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlamlık ve kaygı alt boyutu arasında negatif ve orta düzeyde ($r = -.464$, $n = 46$, $p < .001$), psikolojik sağlamlık ile kaçınma alt boyutu ($r = -.545$, $n = 46$, $p < .001$) ve bağlanma toplam puanı ($r = -.521$, $n = 46$, $p < .001$) arasında ise negatif ve yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmektedir.

4.2 Tartışma

Katılımcıların YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeğinden aldıkları puanlar, demografik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular aşağıda aktarılmaktadır.

Kızların kaygı ve kaçınma alt boyut puanları ile toplam puanları, erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Buna göre, araştırmaya katılan DEHB tanılı kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha yüksek oranda güvensiz bağlanmaya sahip oldukları görülmektedir. DEHB tanılı ergenlerle yaptıkları çalışmalarda Uzun (2011) bağlanma ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulmazken; Tokaç (2016) kayıtsız ve

güvenli bağlanmada kızların daha yüksek oranda olduğunu bulmuştur. Tipik gelişim gösteren ergenlerle yaptıkları çalışmalarda, Onur (2006), Koser ve Barut (2020) ve Yolalan (2013) erkeklerin daha yüksek oranda güvenli bağlanmaya sahip olduğunu bildirmektedir. Türk toplum yapısında, ebeveynlerin erkek ve kız çocuklarının davranışlarına yönelik beklentileri farklı olabilmektedir. Bu durum ebeveyn-çocuk ilişkisinde kız çocukları aleyhine olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada DEHB'li kızların annelerini daha yüksek oranda denetleyici algıladıkları bildirilmektedir (Çöp, Çengel Kültür ve Şenses Dinç, 2017). Bu çalışmada da kızlarda güvensiz bağlanma oranının yüksek çıkması, sonuçların literatür ile örtüştüğünü göstermektedir.

Kaygı ve kaçınma alt boyut puanları ile toplam bağlanma puanlarının yaşa göre farklılaşmadığı bulunmuştur. DEHB tanılı ergenlerle yaptığı çalışmada Uzun (2011) kayıtsız ve güvenli bağlanmanın yaşa göre farklılık gösterdiğini bildirmektedir. Dekkers ve diğerleri (2021) ise DEHB tanılı çocukların bağlanma stillerinin yaşa göre farklılaşmadığını bildirmektedir. Green, Stanley ve Peters (2007) güvensiz bağlanma düzeyini yaş ile ilişkisiz bulmuştur. Her ne kadar gelişim hayat boyu devam etse de Bowlby (1969) ebeveyn çocuk arasındaki bağlanma ilişkisinin büyük oranda erken çocukluk döneminde oluştuğunu açıklamaktadır. Bu çalışmada, gelişimsel olarak tamamı ön ergenlik evresinde olan katılımcıların bağlanma boyutlarının yaşa göre farklılaşmaması literatür ile uyumlu bir bulgudur.

Katılımcıların güvensiz bağlanma boyutlarının anne ve baba eğitim düzeyine göre farklılık göstermediği bulunmuştur. DEHB tanılı çocuklarla yürütülen başka bir çalışmada Dekkers ve diğerleri (2021) de anne eğitim düzeyi ile bağlanma stilini ilişkisiz bulmuştur. Buna göre, bu araştırmada elde edilen sonuç literatür ile örtüşmektedir.

Katılımcılardan anne babası birlikte yaşayanların anne babası boşanmış olanlara kıyasla daha yüksek oranda güvensiz bağlanmaya sahip olduğu bulunmuştur. Tipik gelişen ergenler ile yapılan araştırmalarda, Yolalan (2013) bağlanma stillerinin ebeveyn birliktelik durumuna göre değişmediğini; Lamiser Atik (2013) ise ebeveynleri birlikte olan ergenlerin bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. DEHB tanılı örneklem grubu ile bu değişkeni inceleyen bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin aile içi iletişimde daha fazla çatışma yaşadığı ve evlilik

doyumunun daha düşük olduğu (Mash ve Johnston, 1983) göz önünde bulundurulduğunda; bu araştırmadaki DEHB tanılı ergenlerden ebeveynleri birlikte olanların güvensiz bağlanma oranlarının daha yüksek oluşu literatürle uyumlu bir sonuç olarak görülmektedir.

Katılımcıların bağlanma puanları ile kardeş sayılarının karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara göre, DEHB’li ergenlerin güvensiz bağlanma oranları kardeş sayısına göre farklılık göstermemektedir. Tokaç (2016) DEHB tanılı ergenlerde kardeş sayısı arttıkça kayıtsız bağlanmanın arttığını bildirmektedir. Tipik gelişen ergenlerle yapılan çalışmalarda, Yolalan (2013) kardeş sayısı 2’den fazla olanlarda korkulu bağlanmanın daha yüksek olduğunu; Onur (2006) ise bağlanma ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmektedir. Literatürde yer alan sonuçların birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılık kardeşlerin doğum sırasıyla ilişkili olabilir. Literatürde doğum sırasının bağlanmayı etkilediğine dair bulgular yer almaktadır (Kalkan ve Odacı, 2010).

İlaç tedavisi alma durumu ile bağlanma puanlarının karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara göre; ilaç kullanmayan katılımcıların güvensiz bağlanma oranları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada, DEHB tanılı çocuklarda ilaç tedavisinin, olumsuz ebeveynlik/negatif disiplin deneyimleme oranını düşürdüğü bildirilmektedir (Wells ve diğerleri, 2000). İlaç tedavisinin DEHB semptomlarını kontrol ederek, ebeveyn-çocuk arasındaki çatışmaların azalmasında etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada elde edilen bulgu literatür ile uyumludur.

Araştırmaya katılan DEHB tanılı ergenlerin bağlanma stillerinin, psikolojik destek alıp almama durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Literatürde bu değişkeni ele alan bir araştırmaya rastlanmıştır. DEHB tanısı almış ergenlerle yapılan çalışmada profesyonel destek alma durumu ile bağlanma stilleri arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Bu bulgu saplantılı bağlanma hariç tüm bağlanma stillerinde anlamlı çıkmıştır (Tokaç, 2016). Psikolojik destek alma durumunun bağlanma üzerindeki etkisini ele alan daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden aldıkları puanlar, demografik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular aşağıda aktarılmaktadır.

Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşmadığı bulunmuştur. DEHB tanı grubuyla yapılan başka bir araştırmada da benzer şekilde psikolojik sağlamlığın cinsiyet ile ilişkili olmadığı bulgulanmıştır (Regalla, Guilherme, Aguilera, Serra-Pinheiro ve Mattos, 2015). Klinik olmayan örneklem grubuyla yapılan araştırmalar incelendiğinde; Bedel ve Güler (2019) ve Turgut (2015) tarafından elde edilen sonuçlara göre kızların psikolojik sağlamlık oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte psikolojik sağlamlık düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığını bulgulayan araştırmalar da bulunmaktadır (Bindal, 2018; Lamiser Atik, 2013; Özen, 2021; Terzi, 2008). Sonuç olarak bu araştırmadan elde edilen bulgu literatür ile uyumlu görünmektedir.

Araştırmaya katılan DEHB'li ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yaşa göre farklılaşmadığı görülmektedir. Literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında, Regalla ve diğerleri (2015) DEHB tanılı ergenlerde psikolojik sağlamlık ile yaş arasında ilişki bulunmadığını bildirmektedir. Bu araştırmadan elde edilen sonuç literatür ile örtüşmektedir.

Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin annenin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı ancak babanın eğitim düzeyine göre farklılaştığı bulgulanmıştır. Babası lise mezunu olan katılımcıların, ilkokul ve lisansüstü mezunu olanlara göre daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde bu değişkenlerle ilgili farklı sonuçlar yer almaktadır. Akgöz Korkmaz (2019) psikolojik sağlamlık ile anne eğitim düzeyi arasında fark bulurken baba eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını bulmuştur. Bindal (2018) ise psikolojik sağlamlığın hem anne hem baba eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiğini bulmuştur. Bu değişkenlerin incelendiği DEHB tanı grubuyla yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmaya katılan DEHB tanılı ergenlerden ebeveynleri birlikte olanların psikolojik sağlamlık düzeyleri, ebeveynleri boşanmış olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu değişkeni ele alan ve DEHB tanılı örneklemle yürütülmüş bir çalışmaya

rastlanmamıştır. Ancak klinik olmayan grupla yürütülmüş çeşitli çalışmalarda psikolojik sağlamlık düzeyi ile ebeveynlerin birliktelik durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir (Akgöz Korkmaz, 2019; Lamiser Atik, 2013; Özen, 2021).

Araştırmanın verilerinden elde edilen bulgular, DEHB tanılı ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin kardeş sayısına göre farklılaşmadığını göstermektedir. DEHB tanılı örneklem grubunda bu değişkeni inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak tipik gelişen ergenlerle yapılan çeşitli araştırmalar benzer şekilde psikolojik sağlamlık ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmektedir (Akgöz Korkmaz, 2019; Bindal, 2018; Lamiser Atik, 2013; Özen, 2021).

Katılımcıların ilaç tedavisi alma durumu ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgular, psikolojik sağlamlık düzeylerinin ilaç tedavisi alma durumuna göre farklılaşmadığını göstermektedir. Bu değişkenle ilgili literatürde yer bir araştırmada, DEHB tanılı çocuklardan ilaç kullananlar annelerinden elde edilen verilere göre psikolojik sağlamlığı daha düşük olanlardır (Chan ve diğerleri, 2022).

Araştırmaya katılan DEHB tanılı ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyleri, psikolojik destek alıp almama durumuna göre farklılık göstermemiştir. Literatür incelendiğinde, klinik olmayan örneklem grubuyla yürütülen bir çalışmada ailesinde ya da kendisinde psikolojik destek alma öyküsü olanların psikolojik sağlamlık düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Bindal, 2018). Ancak DEHB tanılı örneklem grubu için benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların bağlanma stilleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla, YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeği ile Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular aşağıda aktarılmaktadır.

Bağlanma ölçeğinin kaygı ve kaçınma alt boyutları ile toplam puanının kendi aralarında pozitif yönde ilişkili oldukları bulunmuştur. Bu bulguya dayanarak güvensiz bağlanma boyutunu ölçen YİYE-II Orta Çocukluk Ölçeğinin kendi içinde tutarlı olduğu söylenebilir.

Katılımcıların psikolojik sağamlık düzeyleri ile kaygı alt boyutu, kaçınma alt boyutu ve bağlanma toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buna göre, araştırmaya katılan DEHB tanılı ergenlerde güvensiz bağlanma oranı azaldıkça psikolojik sağamlık düzeyi artmaktadır. Beklendiği şekilde literatür ile uyumlu bir sonuç elde edilmiştir. Yurt içinde ve yurtdışında yapılan pek çok çalışmada, güvenli bağlanan bireylerin daha yüksek düzeyde psikolojik sağamlığa sahip olduğu bildirilmektedir (Axford, 2007; Craba vd., 2023; Çakmak, 2018; Kural ve Kovacs, 2021; Xing, 2022). Ancak DEHB tanısı olan bireylerde bağlanma ve psikolojik sağamlık ilişkisini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın farkı DEHB tanısı olan grupta bağlanma ve psikolojik sağamlık arasındaki ilişkiyi ortaya koymasıdır.

Yaşamdaki zorluklarla ve stresli durumlarla olumlu şekilde başa çıkabilmemizi kolaylaştıran unsurlardan biri aile bağlarımızdır. Destekleyici ve şefkatli bir aile ortamı bireylerin zorluklar karşısında güçlü durabilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Güvensiz bağlanan bireylerde benliğe ve diğerklerine yönelik algı olumsuzdur. Kişi kendini değersiz ve diğerklerini de güvenilmez algılayabilir. Bu durumda güvensiz bağlanan bireyler yaşamda tehdit altında hissetmektedir. Tehdit altında ve değersiz hisseden bireyler zorluklar karşısında daha kırılgan ve dayanıksız olabilmektedir. Bu durum psikolojik sağamlığı olumsuz etkileyebilir. Güvenli bağlanan bireyler ise kendilerine ve dünyaya yönelik olumlu bakış açısıyla ve ailenin sağladığı duygusal destekle zorluklar karşısında daha güçlü durabilmektedir. Nitekim sıcak aile ortamı psikolojik sağamlık açısından koruyucu faktör olarak tanımlanmaktadır (Masten ve Garnezy, 1985, Werner, 1989). DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin de yaşamlarında pek çok stres unsuru olduğu ve risk altında oldukları gerek okullarda gerek klinik alanda çalışan uzmanlarca bilinmektedir. Bu çocuk ve gençler bazen akademik zorlanmanın getirdiği bazen de sosyal ilişkilerinde yaşadıkları güçlüklerden kaynaklanan stresle baş etmek durumunda kalabilmektedir. Aile ilişkileri olumlu olan ve güvenli bağlanmış olan DEHB tanılı bir ergenin stresle baş etmede daha dayanıklı olacağı söylenebilir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç:

Bu araştırma Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan 10-14 yaş arasındaki ergenlerin bağlanma stilleri ile psikolojik sağlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; DEHB tanılı ergenlerin psikolojik sağlımlıkları ile bağlanmanın kaygı boyutu, kaçınma boyutu ve güvensiz bağlanma arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Başka bir deyişle, DEHB tanılı ergenlerin güvensiz bağlanma oranları azaldıkça psikolojik sağlık düzeyleri artmaktadır. Araştırmadan elde edilen diğer bulgulara göre; DEHB tanılı kızların kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma ve (iki boyutu da kapsayan) güvensiz bağlanma oranlarının DEHB tanılı erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan DEHB tanılı ergenlerden ebeveynleri birlikte yaşayanların kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma ve güvensiz bağlanma oranlarının, ebeveynleri boşanmış olanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca ilaç tedavisi almayan katılımcıların kaygılı bağlanma ve güvensiz bağlanma oranlarının, ilaç tedavisi alanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların kaygılı, kaçınan ve güvensiz bağlanma oranlarının yaş, anne ve baba eğitim düzeyi, kardeş sayısı ve psikolojik destek alma durumu değişkenlerine göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte araştırmaya katılan DEHB tanılı ergenlerden babası lise mezunu olanların psikolojik sağlık düzeylerinin, babası ilkokul ve lisansüstü mezunu olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu; ebeveynleri birlikte yaşayanların psikolojik sağlık düzeylerinin de ebeveynleri boşanmış olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların psikolojik sağlık düzeyleri ile cinsiyet, yaş, anne eğitim düzeyi, kardeş sayısı, ilaç tedavisi ve psikolojik destek alma durumu değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Öneriler

DEHB tedavisinde semptom kontrolünün yanı sıra geleceğe yönelik koruyucu müdahalelerin de önemli olduğu düşünülmektedir. DEHB tanılı bireylerin psikolojik sağlamlığının yükselmesi yaşamlarını daha adaptif sürdürebilmelerine katkı sağlayabilir. Bu bağlamda alanda çalışan uzmanlar tarafından, DEHB tanılı çocuk ve gençlerin psikolojik sağlamlıklarını ve ebeveynleriyle olan ilişkilerini geliştirmeye yönelik koruyucu müdahalelerin planlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. DEHB'li çocuk ve gençler için psikolojik sağlamlığın ve güvenli bağlanmanın önemine yönelik ebeveynlerin farkındalığı artırılabilir. Bu konuda alanda çalışan uzmanlar tarafından ebeveyn eğitimleri planlanabilir. DEHB tanılı çocuk ve ergenlere yönelik verilen psikolojik destek sürecinde, aile ilişkilerinin iyileştirilmesi de terapi hedefi olarak değerlendirilmelidir.

Literatürde bu alanda yapılmış az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Yaygın görülen bir bozukluk olan DEHB'nin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu bildirilmektedir (Faraone vd., 2021). Ülkemizde DEHB ve bağlanma ilişkisini ele alan az sayıda çalışmanın (bu çalışma da dahil olmak üzere) ergen yaş grubuyla yapıldığı görülmektedir. Gelecekte yapılacak olan çalışmaların daha küçük yaş gruplarıyla da yürütülmesi araştırmacılara önerilmektedir. DEHB tanılı çocuk ve gençlere yönelik koruyucu çalışmaların ve terapötik uygulamaların etkinliğini sınavan deneysel araştırmaların da alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca hiperaktivitesi yüksek katılımcıların ölçekleri yanıtlarken zorlandıkları görüldüğünden, gelecekte yapılacak çalışmalarda araştırmacıların ölçek madde sayılarına ve likert tipinin uzunluğuna dikkat etmeleri önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Ainsworth, M. D., ve Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), s. 49-67.
- Ainsworth, M. D., ve Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), s. 333-341.
- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. J. Cassidy, ve P. R. Shaver (Ed) içinde, *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (2. b., s. 419-435). New York: The Guilford Press.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı* (5. b.). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arslanoğlu, A. (2008). *The relationship between the social skills and perceived quality of life of boys with attention deficit/hyperactivity disorder-predominantly hyperactive-impulsive subtype* (Yayın no. 231909) [Yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi].<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=0Pgtd1910xUnkuJY9VCQ&no=W-9r8hh4LmQDIKQE3oUymw>
- Association, A. P. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 4th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atik, E. L. (2013). *Liseli ergenlerde bağlanma stilleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkide öz-yansıtma ve içgörünün rolü* (Yayın no. 332631) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Axford, K. M. (2007). *Attachment, affect regulation, and resilience in undergraduate students* (Yayın no. 3252351) [Doktora tezi, Walden University].

<https://www.proquest.com/openview/bfda436924ff87fe101d58cb0cee225e/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of adhd. *Psychological Bulletin*, 121(1), s. 65-94.

Barkley, R. A. (2015). Etiologies of adhd. R. A. Barkley içinde, *Attention deficit hyperactivity disorder a handbook for diagnosis and treatment* (s. 356-390). New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2015). History of adhd. R. A. Barkley içinde, *Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment - fourth edition*. The Guilford Press.

Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., ve Fletcher, K. E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), s. 450-462.

Basal, F., Onur, S., Yamac, D., Karacin, C., Zengin, G., Bilgetekin, İ., . . . Oksuzoglu, B. (2020). Does a secure attachment style predict high psychological resilience in patients with cancer receiving chemotherapy? *Cureus*, 12(10). doi:10.7759/cureus.10954

Bedel, A., ve Güler, G. (2019). Ortaokul öğrencilerinin psikolojik sağlamlıklarının başa çıkma stratejileri açısından incelenmesi. *Akademik Bakış Dergisi*(71), s. 157-169.

Biederman, J., ve Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, s. 237-248.

Bindal, G. (2018). *Ergenlerin psikolojik sağlamlığın, çocukluk çağındaki travma ve bağlanma stilleri ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayın no. 498780) [Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=0WvPJ-4mJEbZMYkPv0Me2w&no=zWSgkcAqRkv7y9VRYk-WLg>

- Block, J., ve Kremen, A. M. (1996). Iq and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), s. 349-361.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., ve Vlahov, a. D. (2006). Psychological resilience after disaster. *Psychological Science*, 17(3), s. 181-186.
- Booth, P. B., ve Jernberg, A. M. (2014). *Theraplay*. (M. Gültekin, Çev.) İstanbul: Gün Yayıncılık.
- Bouchard, M. F., Bellinger, D. C., Wright, R. O., ve Weisskopf, M. G. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder and urinary metabolites of organophosphate pesticides in U.S. children 8-15 years. *Pediatrics*, 125(6).
- Bowlby, J. (2021). *Bağlanma* (5. b.). (T. V. Soylu, Çev.) İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
- Bralten, J., Greven, C. U., Franke, B., Mennes, M., Zwiers, M. P., Rommelse, N. N., . . . Buitel, J. K. (2016). Voxel-based morphometry analysis reveals frontal brain differences in participants with ADHD and their unaffected siblings. *J Psychiatry Neurosci*, 41(4), s. 272-279.
- Bretherton, I., ve Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships. J. Cassidy, ve P. R. Shaver (Ed) içinde, *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (2. b., s. 102-127). New York: The Guilford Press.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. J. Cassidy, ve P. R. Shaver (Ed) içinde, *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2. b.). New York: The Guilford Press.
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., vd. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*, 288(14), s. 1740-1748.

- Chang, Z., Lichtenstein, P., Asherson, P. J., ve Larsson, H. (2013). Deveopmental twin study of attention problems high heritabilities throughout development. *Jama Psychiatry*, 70(3), s. 311-318.
- Choi, W.-S., Woo, Y. S., Wang, S.-M., Lim, H. K., ve Bahk, W.-M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult adhd compared with non-adhd populations: A systematic literature review. *PLoS ONE*, 17(11).
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., ve Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2).
- Cohen, N. J., Sullivan, J., Minde, K., Novak, C., ve Keens, S. (1983). Mother-child interaction in hyperactive and normal kindergarten-aged children and the effect of treatment. *Child Psychiatry and Human Development*, 13(4), s. 213-224.
- Craba, A., Marano, G., Kotzalidis, G. D., Avallone, C., Lisci, F. M., Crosta, M. L., vd. (2023). Resilience and attachment in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *J. Pers. Med.*, 13(969). <https://doi.org/10.3390/jpm13060969> adresinden alındı
- Cunningham, C. E., ve Barkley, R. A. (1979). The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks. *Child Development*, 50(1), s. 217-224.
- Çakmak, Ö. N. (2018). *Bağlanma stilleri ve duygusal tepkisellik arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracılık rolünün incelenmesi*. (Yayın no. 492054) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Arel Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Dekkers, T. J., Hornstra, R., Hoofdakker, B. J., Jong, S. R., Schaaf, J. V., Bosmans, G., vd (2021). Attachment representations in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd). *Brain Sci.*, 11. <https://doi.org/10.3390/brainsci1111516> adresinden alındı

- Doğan, H. (2013). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin anne-babaya ve akranlarına bağlanması*. (Yayın no. 351251) [Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Driggers, J. (2013). *Resiliency in undergraduate college students diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd)*. (Yayın no. 3560477) [Doktora tezi, Walden University].
<https://www.proquest.com/openview/01a250e3e912543b13b3ed4d0e999270/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Dvorsky, M. R., ve Langberg, J. M. (2016). A review of factors that promote resilience in youth with adhd and adhd symptoms. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* doi:10.1007/s10567-016-0216-z
- Ellison-Wright, I., Ellison-Wright, Z., ve Bullmore, E. (2008). Structural brain change in attention deficit hyperactivity disorder identified by meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(51).
- Ercan, E. S. (2020). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu*. İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık.
- Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S., ve Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, s. 354-361.
- Faraone, S. F., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., vd (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, s. 1-23.
- Faraone, S. V., ve Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24, s. 562-575.
- Faraone, S., Sergeant, J., Gillberg, C., ve Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of adhd: is it an american condition? *World Psychiatry*, 2(2), s. 105-113.

- Fearon, R. M., ve Belsky, J. (2004). Attachment and attention: protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Development*, 75(6), s. 1677-1693. <http://www.jstor.org/stable/3696669> adresinden alındı
- Fischer, M., Barkley, R. A., Edelbrock, C. S., ve Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. academic, attentional, and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), s. 580-588.
- Freire, J. V., Cerqueira, R. A., Sousa, D. F., Novaes, J. F., Farias, T. M., ve Cal, S. F. (2021). Resilience and adhd: what is new? *Research Trends and Challenges in Medical Science* (Cilt 9, s. 1-15). içinde
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., ve Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep.*, 13(5), s. 333-344.
- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Orthopsychiatric Association*, 41(1), s. 101-116.
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), s. 159-174.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), s. 127-136. doi:10.1080/00332747.1993.11024627
- Gençoğlu, S., Erkan, M., Akgüç, L., Keten, H. S., Özatalay, E., ve Fettahoğlu, E. Ç. (2016). Ergenlerde ve ebeveynlerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunmasının ergenlerin bağlanma örüntüleri üzerine etkisi. *Ankara Med J.*, 16(1), s. 74-81. doi:10.17098/amj.30067
- Gizer, I. R., Ficks, C., ve Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of adhd: a meta-analytic review. *Hum Genet*, 126, s. 51-90.

- Glozman, J. M., ve Shevchenko, I. A. (2014). Executive function in children with adhd. *Psychology & Neuroscience*, 7(4), s. 453-460.
- Gomez, R., Chen, W., ve Houghton, S. (2023). Differences between dsm-5-tr and icd-11 revisions of attention deficit/hyperactivity disorder: a commentary on implications and opportunities. *World Journal of Psychiatry*, 13(5), s. 138-143.
- Green, J., Stanley, C., ve Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & Human Development*, 9(3), s. 207-222.
- Greydanus, D. E., Pratt, H. D., ve Patel, D. R. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan: the child, adolescent, and adult. *Dis Mon*, s. 70-131.
- Gül, N., Tiryaki, A., Kültür, S. E., Topbaş, M., ve Ak, İ. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(1), s. 50-56.
- Güler, A. S., Scahill, L., Jeon, S., Taşkın, B., Dedeoğlu, C., Ünal, S., vd. (2017). Use of multiple informants to identify children at high risk for adhd in turkish school-age children. *J Atten Disord*, 21(9), s. 764-775.
- Güngör, D. (2000). *Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklararası aktarımında anababalık stillerinin rolü*. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Hazan, C., ve Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), s. 511-524.
- Houghton, S., Durkin, K., Ang, R. P., Taylor, M. F., ve Brandtman, M. (2011). Measuring temporal self-regulation in children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), s. 88-94.

- İpçi, M., İzmir, S. B., Türkçapar, M. H., Özdel, K., Ardiç, Ü. A., ve Ercan, E. S. (2020). Dsm-iv'e göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (dehb) olan çocuk ve ergenlerde dehb alt tiplerinde psikiyatrik eş tanı varlığı. *Arch Neuropsychiatry*, 57, s. 283–289.
- Kalkan, M., ve Odacı, H. (2010). Psikolojik doğum sırası ve ana babaya bağlanma: okul öncesi öğretmen adayları üzerine bir çalışma. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 5(3), s. 810-819.
- Karadağ, Y., ve Güzel, H. Ş. (2020). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ve olmayan ergenlerin öz-yeterlik inançları, anne ve babalarının ebeveynlik öz-yeterlik inançları ve dehb belirtilerinin karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, 58(3), s. 11-19.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, III(26), s. 129-142.
- Karaman, D., Türker, T., Kara, K., Durukan, İ., ve Fidancı, M. (2013). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Gülhane Tıp Derg*, 55, s. 36-41.
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., ve Klassen, L. J. (2017). Adult adhd and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(302). doi:10.1186/s12888-017-1463-3
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., vd. (2006). The prevalence and correlates of adult adhd in the united states: results from the national comorbidity survey replication. *Results from the National Comorbidity Survey Replication*, 163(4), s. 716–723.
- Kır, Ö. (2021). Ortaokul öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin bağlanma stilleri ve duygu düzenleme becerileri açısından incelenmesi. (Yayın no. 28840601) [Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. <https://www.proquest.com/openview/1fb4dd6b6f7f906d50caf92d8610e226/1?p-q-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

- Kissgen, R., ve Franke, S. (2016). An attachment research perspective on adhd. *Neuropsychiatr*(30), s. 63-68.
- Klein, R. G., ve Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: a review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 30(3), s. 383-387.
- Koser, İ. E., ve Barut, Y. (2020). Üniversite öğrencilerinin iletişim becerileri, problem çözme becerileri ve bağlanma stilleri ilişkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(23), s. 1765-1789.
- Kural, A. I., ve Kovacs, M. (2021). Attachment anxiety and resilience: the mediating role of coping. *Acta Psychologica*, 221. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2021.103447> adresinden alındı
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., ve Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 2, s. 241-255.
- Larsson, H., Chang, Z., D'Onofrio, B. M., ve Lichtenstein, P. (2014). The heritability of clinically diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder across the life span. *Psychol Med*, 44(10), s. 2223–2229.
- Luthar, S. S., ve Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. *American Orthopsychiatric Association*, 61(1), s. 6-22.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., ve Becker, B. (2000). The Construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), s. 543-562. <http://www.jstor.org/stable/1132374> adresinden alındı
- Mak, A. D., Lee, S., Sampson, N. A., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P., vd (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd) comorbidity structure and impairment: Results of the who world mental health surveys international college student project (wmh-ics). *J Atten Disord.*, 26(8), s. 1078–1096.

- Mancini, A. D., ve Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model. *Journal of Personality*, 77(6), s. 1805-1832. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x
- Mash, E. J., ve Johnston, C. (1982). A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Development*, 53(5), s. 1371-1381.
- Mash, E. J., ve Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(1), s. 86-99.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), s. 227-238. doi:10.1037//0003-066X.56.3.227
- Masten, A. S., ve Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. B. B. Lahey, ve A. E. Kazdin (Ed) içinde, *Advances in clinical child psychology* (s. 1-52). New York: Plenum Press.
- Masten, A. S., ve Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, s. 13-27. doi:10.1196/annals.1376.003
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., ve Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), s. 378-385.
- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., ve Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(1), s. 16-22.
- Mikami, A. Y., ve Hinshaw, S. P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 34, s. 825-839. doi:10.1007/s10802-006-9062-7

- Olgaç, D. (2022). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesi. Z. D. Aktan (Ed.) içinde, *Çocuk ve ergenlerde psikolojik değerlendirme kılavuzu-ı* (s. 377-426). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Onur, N. (2006). *Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ile atılganlık düzeyleri arasındaki ilişki* (Yayın no. 191621) [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Oxford English Dictionary. (t.y.). "resilience". Temmuz 29, 2024 tarihinde <https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=resilience> adresinden alındı
- Özen, Ş. (2021). Sınavların öğrenciler üzerinde oluşturduğu kaygı düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin çeşitli demografik değişkenler açısından incelenmesi (Yayın no. 669607) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Öztop, D. B., Demirci, E., Özmen, S., Kondolot, M., Kardas, F., ve Per, H. (2018). Dehb etiyopatogenezinde bpa ve fitalatların rolü olabilir mi? *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(3), s. 300-308.
- Palmer, E. D., ve Finger, S. (2001). An Early description of adhd (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and `mental restlessness (1798). *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6, s. 66-73.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., ve Rohde, L. A. (2014). Adhd prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), s. 434-442.
- Polanczyk, G., ve Jensen, P. (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), s. 245-260.

- Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., ve Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of adhd: a systematic review. *Am J Psychiatry*, 164(6), s. 942-948.
- Ray, A. R., Evans, S. W., ve Langberg, J. M. (2016). Factors associated with healthy and impaired social functioning in young adolescents with adhd. *J. Abnorm. Child Psychol.* doi:10.1007/s10802-016-0217-x
- Regalla, M. A., Guilherme, P., Aguilera, P., Serra-Pinheiro, M. A., veMattos, P. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study. *Trends Psychiatry Psychother*, 37(3), s. 157-160.
- Regalla, M. A., Segenreich, D., Guilherme, P. R., ve Mattos, P. (2019). Resilience levels among adolescents with ADHD using quantitative measures in a family-design study. *Trends Psychiatry Psychother*, 41(3), s. 262-267.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), s. 307-321.
- Robinson, T., ve Tripp, G. (2013). Neuropsychological functioning in children with ADHD: Symptom persistence is linked to poorer performance on measures of executive and nonexecutive function. *Japanese Psychological Research*, 55(2), s. 154-167.
- Rochford, L. G. (2005). *Attending to attachment: the relation between attention-deficit/hyperactivity disorder and mother-child attachment in early childhood*. (Yayın no. 3180089) [Doktora Tezi, The University of North Carolina]. <https://www.proquest.com/openview/67bf14612522690c2f4228068af29667/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, s. 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598

- Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W., ve Ouellette, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), s. 150-160.
- Selçuk, A. B. (2023). *Psikolojik sağlamlık* (3. b.). İstanbul: Kronik Yayıncılık.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., vd. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Pnas*, 104(49), s. 19649–19654.
- Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., ve Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194, s. 204–211.
- Singh, S., ve Singh, S. (2015). The effectiveness of mindfulness therapy on self-esteem of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (adhd). *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(3), s. 267-272.
- Sparrow, E. P., ve Erhardt, D. (2014). *Essentials of adhd assessment for children and adolescents*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., ve Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with adhd. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), s. 1432-1437.
- Steinberg, L. (2023). *Adolescence* (13 b.). New York: McGraw Hill LLC.
- Stewart, M., Reid, G., ve Mangham, C. (1997). Fostering children's resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(1), s. 21-31.
- Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., ve Simonsen, E. (2016). Association between insecure attachment and adhd: environmental mediating factors. *Journal of Attention Disorders*, 20(2), s. 187-196.

- Sümer, N., ve Şendağ, M. A. (2009). Orta çocukluk döneminde ebeveynlere bağlanma, benlik algısı ve kaygı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), s. 86-101.
- Tarver-Behring, S., Barkley, R. A., ve Karlsson, J. (1985). The mother child interactions of hyperactive boys and their normal sibilgns. *Amer. J. Orthopsychiat*, 55(2), s. 202-209.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, s. 297-306.
- Thorell, L. B., Rydell, A.-M., ve Bohlin, G. (2012). Parent–child attachment and executive functioning in relation to adhd symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14(5), s. 517-532. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2012.706396> adresinden alındı
- Thorell, L. B., Salari, R., Bohlin, G., ve Rydell, A.-M. (2017). Neuropsychological functioning and attachment representations in early school age as predictors of adhd symptoms in late adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*, 48, s. 370-384.
- Ting, L. (2019). *The relationship between attachment and executive functioning in adult adhd*. Fordham University. New York: ProQuest LLC.
- Tokaç, S. (2016). *Dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı almış olan çocukların bağlanma stilleri ve algılanan yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayın no. 441308) [Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=BmHfRyOh7fM7A71SFTiTHQ&no=K11pwprY9bPP-8UyK3Ll5g>
- Treuting, J. J., ve Hinshaw, S. P. (2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *ournal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), s. 23-39.
- Turgut, Ö. (2015). *Ergenlerin psikolojik sağlık düzeylerinin, önemli yaşam olayları, algılanan sosyal destek ve okul bağlılığı açısından incelenmesi*. (Yayın no.

- 395175) [Yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Tüğen, L. E. (2018). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda bağlanma, duygu regülasyonu ve benlik saygısı ilişkisinin araştırılması*. (Yayın no. 493193) [Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Uyan, Z., Peker, A. G., Tekiner, A. S., ve Ulukol, B. (2014). Ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi*, 6(3), s. 21-26.
- Uzun, M. E. (2011). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan 11-15 yaş arası bir grup ergende bağlanma özelliklerinin ve ebeveyn tutumlarının araştırılması*. (Yayın no. 307399) [Tıpta uzmanlık tezi, Uludağ Üniversitesi].
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., ve Carlson, E. (2008). Individual differences in infant–caregiver attachment: conceptual and empirical aspects of security. J. Cassidy, ve P. R. Shaver (Ed) içinde, *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (2. b., s. 78-101). New York: The Guilford Press.
- Wender, P. H., ve Tomb, D. A. (2017). *Adhd : a guide to understanding symptoms, causes, diagnosis, treatment, and changes over time in children, adolescents, and adults*. New York: Oxford University Press.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *Amer. J. Orthopsychiat*, 59(1), s. 72-81.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of dsm-iv attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9, s. 490-499.
- Wylock, J.-F., Borghini, A., Slama, H., ve Delvenne, V. (2021). Child attachment and adhd: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01773-y> adresinden alındı

- Xing, J. (2022). A conceptual model of adolescents' attachment and resilience to daily stressors: implications for covid-19 normalization period and afterwards. *Psychiatra Danubina*, 34(4), s. 743-751.
- Yapıcıoğlu, B., Kavakcı, Ö., Güler, A. S., Semiz, M., ve Doğan, O. (2011). Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, s. 177-184.
- Yazgan, Y. (2017). *Hiperaktif çocuk (ve ergen) okulda* (6. b.). İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık.
- Yolalan, H. (2013). *Ergenlerde depresyon ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayın no. 358153) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Arel Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

EKLER

Ek:1: Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



Ek: 2: MEB Araştırma İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



Ek: 3: Ölçek Kullanım İzni-1

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



Ek: 4: Ölçek Kullanım İzni-2

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



**Ek: 5: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Ölçeği
Formu (Örnek Maddeler)**

Aşağıdaki cümlelerin sizi ne kadar tanımladığını belirleyiniz.		1=Hiç katılmıyorum	2=Katılmıyorum	3=Pek katılmıyorum	4=Kararsızım	5=Biraz katılıyorum	6=Katılıyorum	7=Tamamen katılıyorum
1	Annem artık beni sevmeyecek korkuyorum. diye	1	2	3	4	5	6	7
2	Gerçekte ne hissettiğimi anneme söylemekten hoşlanmıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6	Annemin yardımına ihtiyacım olduğunu kabul etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7	Annemin, benim onu sevdiğim kadar beni sevmediğinden endişe ediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
11	Annemle olan ilişkimiz hakkında kaygılanıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
12	Annemle çok yakın olmayı tercih etmem.	1	2	3	4	5	6	7
26	Her şeyi olduğu gibi annemle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27	Kendimi anneme çok yakın hissetmek istediğim halde, onun bundan	1	2	3	4	5	6	7

	hoşlanmayacağından korkuyorum.							
28	Annem bana çok yakın olmayı istediği zamanlarda kendimi rahatsız ve gergin hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
36	Annemin beni çok iyi anladığını hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7



Ek: 6: Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Formu (Örnek Maddeler)

Aşağıdaki cümlelerin sizi ne kadar tanımladığını belirleyiniz.		Beni hiç tanımlamıyor	Çok az tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça tanımlıyor	Beni tamamen tanımlıyor
1	Hayatımda saygı duyabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	5
2	Eğitim almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3	Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (örneğin arkadaşlarımla kim olduğumu, nelerden hoşlandığımı).	1	2	3	4	5
6	Yardıma ihtiyacım olursa nereden yardım alabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
8	Ailem zor zamanlarımda yanımdadır (örneğin hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
12	Ailemin aile geleneklerini ve kültürünü seviyorum.	1	2	3	4	5

ÖZ GEÇMİŞ

Mısra ÇİFTECİ

Eğitim

Lisans 2013 Boğaziçi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümü /
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Programı

İş/İstihdam (Varsa)

2013 – devam ediyor Okul Psikolojik Danışmanı

Mesleki Birlik/Derneğ Üyelikleri (Varsa)

Yıl	Kurum
2020- ...	Theraplay Oyun ve Aile Terapileri Derneği
2023- ...	EMDR Türkiye Derneği
2023-...	Türk PDR Derneği

