

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÇOCUKLARDAKİ DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) İLE
ANNELERDEKİ DEPRESYON DÜZEYİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Nazlı Deniz ÖZPOLAT

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÇOCUKLARDAKİ DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) İLE
ANNELERDEKİ DEPRESYON DÜZEYİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Nazlı Deniz ÖZPOLAT

Öğrenci No:

130790053

Danışman:

Prof. Dr. Nihal ÖREN

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Projesi olarak sunduğum “Çocuklardaki Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) İle Annelerdeki Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 10/09/2015

Nazlı Deniz ÖZPOLAT



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

07/10/2015

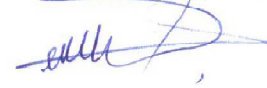
Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **13079053** numaralı **Nazlı Deniz ÖZPOLAT**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Çocuklardaki Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu (Dehb) İle Annelerdeki Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 15.09.2015 tarih ve 2015/37 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (40) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

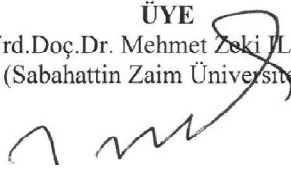
DANIŞMAN
Prof.Dr.Nihal ÖREN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Yrd.Doç.Dr. Emine Sevinç ÇAĞLAR
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Zeki ÇAĞLAR
(Sabahattin Zaim Üniversitesi)



TEŞEKKÜR

Bu tezi yazma sürecinde hayatımın her alanında, pratik yaralarını görebileceğim önemli bilgiler elde ettim. Bu araştırmayla birlikte kendimi ve becerilerimi tanıma fırsatına sahip oldum. Tezimi hazırlama sürecinde bana olan güvenini sürekli belirten, sonsuz bilgisi ile benden ilgi ve değerli yardımlarını esirgemeyen, çalışmalarımı yönlendiren, her konuda desteğini hissettiğim çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nihal ÖREN'e, araştırmam süresince bana yardımcı olan okul yöneticilerine, öğretmenlerine, her zaman sonsuz sevgileri ile yanımda olan, araştırmamın her aşamasında kaygılarımı paylaşıp beni yüreklendiren, bu yaşıma kadar maddi ve manevi her türlü desteği ile yanımda olan ve bundan sonra da olacağını bildiğim, sahip olduğu her türlü olanağı benim için gözünü kırpmadan önüme seren çok sevdiğim, değerli canım Ailem'e sonsuz teşekkür ve sevgilerimi sunmayı bir borç bilirim.

Ağustos, 2015

Nazlı Deniz ÖZPOLAT

Adı ve Soyadı : Nazlı Deniz ÖZPOLAT
Danışman : Prof. Dr. Nihal ÖREN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Hiperaktivite, Dikkat Eksikliği, Depresyon

ÖZ

ÇOCUKLARDAKİ DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) İLE ANNELERDEKİ DEPRESYON DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışmada, DEHB tanısı alan çocukların anneleri ve tanı almayan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma grubu 7-11 yaş arası DEHB tanısı almış ve tanı almamış 50 çocuk ve annesinden oluşturulmuştur. Belirlenen örneklemdaki çocukların DEHB tanısı ve annelerin depresyon düzeyi ile ilgili veriler betimsel tablolarla incelenmiş ve uygulanmış olan BECK Depresyon Envanteri sonucunda tanı alan çocukların annelerinin depresyon düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca çocukların cinsiyetleri ile annelerin depresyon düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuş, çocukların erkek olmasının annenin depresyon düzeyini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Name and Surname : Nazlı Deniz ÖZPOLAT
Advisor : Prof. Dr. Nihal ÖREN
Type and Date : Master, 2015
Field : Psychology
Key Words : Hyperactivity, Attention Deficit, Depression

ABSTRACT

THE RELATION BETWEEN THE LEVEL OF DEPRESSION OF MOTHERS AND THE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) IN THEIR CHILDREN.

In this study, the diagnosis of ADHD children and their mothers take the children's mother was aimed to investigate the level of depression. The working group was created from aged 7-11 who were diagnosed with ADHD and 50 children who did not receive diagnosis and mother. Determining the level of depression in our sample of children with ADHD and depression level data on mothers who underwent examined with descriptive statements as a result of the BECK Depression Inventory results in the diagnosis of the children's mother was found to be high. In addition, mothers with children and gender have a significant positive correlation between the level of depression, the conclusion that depression increases the level of mothers of male children being reached.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ..... vi

KISALTMALAR vii

BÖLÜM I

GİRİŞ 1

1.1. Problem 2

1.2. Alt Problemler 2

1.3. Hipotezler 3

1.4. Sayılılar 3

1.5. Sınırlılıklar 4

1.6. Tanımlar 4

1.7. Araştırmanın Konusu ve Önemi 4

1.8. Araştırmanın Amacı 5

BÖLÜM II

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR 6

A. DEPRESYON İLE İLGİLİ KAVRAMSAL TANIMLAR 6

2.1. DEPRESYON KAVRAMI VE TANIMI 6

2.2. DEPRESYONUN TARİHÇESİ 7

2.3. DEPRESYON BELİRTİLERİ 8

2.4. DEPRESYON NEDENLERİ 11

2.4.1. Yatkinlık Hazırlayan Etkenler 11

| | |
|---|-----------|
| 2.4.2. Tetikleyen-Ortaya Çıkaran Etmenler | 12 |
| 2.5. DEPRESYONA KURAMSAL YAKLAŞIMLAR | 13 |
| 2.5.1. Psikanalitik Kuram | 13 |
| 2.5.2. Kişilerarası Kuram | 14 |
| 2.5.3. Davranışçı Kuram | 14 |
| 2.5.4. Bilişsel Kuram | 15 |
| B. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) İLE İLGİLİ KAVRAMSAL TANIMLAR..... | 16 |
| 2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) KAVRAMI VE TANIMI | 16 |
| 2.2. DEHB TARİHÇESİ | 17 |
| 2.3. DEHB TANISI VE BELİRTİLERİ | 18 |
| 2.4. DEHB ETİYOLOJİSİ | 21 |
| 2.4.1. Nörofizyolojik Etkenler | 21 |
| 2.4.2. Genetik Etkenler | 23 |
| 2.4.3. Nörokimyasal Etkenler | 23 |
| 2.5. KOMORBİDİTE..... | 24 |
| 2.6. YAŞAMBOYU SEYİR..... | 25 |
| 2.7. AİLE VE ARKADAŞ İLİŞKİLERİ | 26 |
| 2.8. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ | 27 |
| 2.9. FRANSIZ OKULU VE PSİKODİNAMİK YAKLAŞIM..... | 28 |
| C. İLGİLİ YAYIN VE ARAŞTIRMALAR..... | 29 |
| 2.1. YURT İÇİNDE YAPILAN ARAŞTIRMALAR..... | 29 |
| 2.2. YURT DIŞINDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR | 30 |

BÖLÜM III

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 3. YÖNTEM..... | 32 |
| 3.1. Araştırmanın Modeli..... | 32 |
| 3.2. Çalışma Grubu..... | 32 |
| 3.3. Veri Toplama Araçları..... | 33 |
| 3.4. Verilerin Analizi..... | 34 |

BÖLÜM IV

| | |
|---|-----------|
| 4. BULGULAR..... | 35 |
| 4.1. Demografik Özellikler ve BECK Boyutları Arasındaki İlişkilerin Analizleri..... | 39 |

BÖLÜM V

| | |
|--|-----------|
| TARTIŞMA VE YORUM | 44 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 46 |
| EKLER..... | 53 |
| EK I. Anne Bilgi Formu | 53 |
| EK II. Katılım Formu | 54 |
| EK III. BECK Depresyon Envanteri | 55 |
| KAYNAKÇA..... | 48 |

TABLULAR LİSTESİ

| | Sayfa No. |
|---|-----------|
| Tablo 1: Örnekleme Ait Demografik Bilgiler | 33 |
| Tablo 2: Annelerin Depresyon Anketinden Aldıkları Puanlara İlişkin Yüzde Ve Frekans Dağılımı | 35 |
| Tablo 3: Annelerin Depresyon Düzeyleri Arasında Gruplararası ve Grup İçi Ortalama Farkları Tablosu | 36 |
| Tablo 4: DEHB’li Çocukların Annelerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki Ortalama Farklarını Karşılaştırma Tablosu Tukey HSD | 36 |
| Tablo 5: Annelerin Depresyon Anketinden Aldıkları Puanlara İlişkin Mann Whitney-U Testi | 39 |
| Tablo 6: Çocukların Cinsiyetleri ve Annelerin Depresyon Düzeylerinin t-testi Sonuçları | 40 |
| Tablo 7: Çocukların Yaşları ve Annelerin Depresyon Düzeylerinin t-testi Sonuçları | 41 |

KISALTMALAR

| | |
|---------------|--|
| CBCL | : Çocuk Davranış Sorunları |
| DEHB | : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu |
| DSM | : Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı |
| EEG | : Elektroensefalografi |
| ICD | : Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması |
| IPM | : Psikomotor İstikrarsızlık |
| KGB | : Karşı Gelme Bozukluğu |
| WISC-R | : Wechsler Çocuklar için Z Zekâ Testi |

BÖLÜM I

GİRİŞ

Günümüzde hem ailelerin hem de eğitim kurumlarının önemseydiği bir sorun olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), genellikle nörolojik tabanlı bir gelişim bozukluğu olarak kendini çocukluk çağında dikkatsizlik ya da hiperaktivite, unutkanlık, kontrolsüz veya ani ve dürtüsel tepkiler, kolay bir şekilde farklı şeylere kayma şeklinde gösterir. Çocukluk döneminde başlayan ve ergenlikte biçim değiştirerek seyir eden bu bozukluk 4-5 yaşları arasında fark edilir ve 7 yaşından sonra ortaya çıktığı görülmez. Erkek çocuklarında kız çocuklarına oranla daha sık görüldüğü, erkek çocuklarında özellikle hiperaktivite ve impulsivite belirtiler, kızlarda ise daha çok dikkat eksikliği ön plana çıkmaktadır.

DEHB'nin çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri, çocukların daha saldırgan ve uyumsuz, annelerinden daha fazla talepte bulunmasıyken, aile üzerinde ise çocuğu yetiştirmeye bağlı olarak gerginlik, yaşam kalitesinin düşmesi gibi olumsuzlukların yanı sıra, annelerinin daha otoriter olup az ödüllendirici olması ve daha az hoşnut bir yapıda oldukları ortaya koyulmuştur. DEHB olan çocukların annelerinde daha fazla ebeveynlik stresinin görülmesinin yanında psikiyatrik sorunlarında eşlik ettiği özellikle anksiyete ve depresyon yaşadıkları, annenin agresyon ve çatışma yoğunluğunun çocuğun DEHB ve karşı gelme bozukluğu (KGB) ile birlikte anneyle çocuk arasındaki ilişkiyi olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir.

Bu araştırmada annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların DEHB tanısı alması arasında olumlu bir ilişki olup olmadığına ilişkin araştırma ve değerlendirme sonuçlarının yorumlanması amaçlanmaktadır.

1.1. Problem

Günümüzde yapılan araştırmalarla, DEHB'nin çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri çocukların daha saldırgan ve uyumsuz, annelerinden daha fazla talepte bulunması, aile üzerinde ise çocuğu yetiştirmeye bağlı olarak gerginlik, yaşam kalitesinin düşmesi gibi olumsuzlukların yanı sıra, annelerinin daha otoriter olup az ödüllendirici olması ve daha az hoşnut bir yapıda olduğu ortaya koyulmuştur.

Bu araştırmada “Çocuklardaki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile Annelerdeki Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki var mıdır?” sorusuna cevap aranmuştır.

1.2. Alt Problemler

Araştırmada belirtilen probleme dayalı olarak yapılan çalışma ve incelemeler doğrultusunda araştırmanın alt problemleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- i. Annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların DEHB tanısı alması arasında bir ilişki var mıdır?
- ii. Annelerin depresyon düzeyi ile DEHB olan çocukların arasındaki ilişkide cinsiyetin rolü var mıdır?
- iii. Annelerin depresyon düzeyi ile DEHB olan çocukların arasındaki ilişkide yaşın rolü var mıdır?

1.3. Hipotezler

Araştırmanın temel problemine ve alt problemlere dayalı olarak geliştirilen hipotezler aşağıda belirtilmiştir.

- i. Annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların DEHB tanısı alması arasında olumlu yönde ilişki vardır.
- ii. Annelerin depresyon düzeyi ile DEHB olan çocukların cinsiyetleri arasında olumlu yönde ilişki vardır.
- iii. Annelerin depresyon düzeyi ile DEHB olan çocukların yaşı arasında olumlu yönde ilişkiler vardır.

1.4. Sayıltılar

Bu araştırmanın sayıltıları;

- i. Belirlenen örneklemin seçilen araştırma grubunu temsil edebilecek yeterlikte olduğu,
- ii. Örneklem grubunu oluşturan anne ve çocukların ölçülen durum dışında herhangi fiziksel ve ruhsal bozukluğu sahip olmadığı,
- iii. Örneklem grubunu oluşturan annelere uygulanan ölçeğin sorularını doğru algılayarak yanıtlarının kendilerini yansıttığı varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Araştırmayla ilgili sınırlılıklar;

- i. 2015 yılında İstanbul il merkezinde yaşayan anne ve çocukları ile
- ii. 25 kişilik deney, 25 kişilik kontrol grubu ile,
- iii. “BECK Depresyon Envanteri”nin ölçtüğü nitelik ve ölçümlerle sınırlandırılmıştır.

1.6. Tanımlar

Depresyon; psikiyatride bir ümitsizlik, karamsarlık, yetersizlik, güvensizlik, çaresizlik, değersiz hissetme, cinsel isteksizlik, somatik belirtiler, uyku problemleri, intihar senaryoları gibi durumlarda tanımlanan ruhsal çökkünlüktür.

DEHB; aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize, çocukluk çağının erken başlangıçlı nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Okul öncesi dönemde başlayarak yetişkinlikte de farklı bulgularla devam eden bir bozukluktur. Tedavi edilmediğinde, çocuğun eğitim ve hayatının hemen her alanında olumsuz etkilere, sorunlara yol açmaktadır.

1.7. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Bu araştırmanın konusunu çocuklardaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile annelerdeki depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi oluşturmaktadır.

Bu araştırmanın önemi, annelerin ruhsal yapılanmasının çocuklarda DEHB'nin ortaya çıkmasında bir etken olduğu düşünülerek tedavi sürecine annelerin ruhsallığının incelenmesinin de gerekliliğidir. Bu araştırma ile çocuklarda ortaya

ıkan DEHB'ye ebeveynlerin etkileriyle ilgili çalışma yapmak isteyen araştırmacılara kaynak teşkil edecek bir ürün ortaya çıkarmaktır.

1.8. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmayla annelerin depresyon düzeyleri ile ocukların DEHB tanısı almış ya da almamış olması arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

BÖLÜM II

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR

A. DEPRESYON İLE İLGİLİ KAVRAMSAL TANIMLAR

2.1. DEPRESYON KAVRAMI VE TANIMI

Kökü Latince “depressus” kelimesinden türemiş olan depresyon aşağıya doğru bastırma, dermansız, kaygılı, donukluk, durgunluk gibi anlamlar taşımaktadır. Depresyon kelimesinin Türkçe sözlüğündeki anlamı çöküntü ya da bunalımdır. Köknel depresyon tanımını yaparken “Ruhi olarak depresyon belirli kıstasları, kısıtları ve zamanı olan bir hastalıktır ve insan hayatının bir parçası şeklinde kimi zaman belli bir sebebi olmadan, kimi zamanda günlük pürüzler sonucu ortaya çıkar. Temel bulgu bireylerin üzüntü sonucunda artan duygulanımdan oluşan duygu halini anlayarak öznel hayatla ilişkilendirmesi böylece yeni bir hayat deneyimi kazanması” ifadelerine yer vermiştir (Köknel, 2005).

Genel bir tanımlamayla depresyon; elemli duygu halinde, düşünce, konuşma ve hareket yavaşlaması, durgunlaşma, yorgun hissetme, dikkatte eksiklik, isteksiz olma, karamsarlıkla bedensel fonksiyonların ağırlaşması gibi bulguları olan bir sendromdur (Karayağız, 2013). Beck yaptığı tanımda (1972), depresyonun duygusal bulguları arasında, elemli duygu hali, kendi halinden hoşnut olmama, doyumsuz olma, ilginin azalması, ağlama krizleri ve neşesizlik yer almaktadır (akt. Hisli,1989).

DSM-IV’ e göre depresyon bir hastalık ya da tanı olmaktan ziyade, birden çok alt çeşide sahip hastalıklar kümesi olarak kullanılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yaptığı sınıflandırmaya göre depresyon depresif bozukluklar, duygudurum bozuklukları arasında yer almaktadır.

2.2. DEPRESYONUN TARİHÇESİ

Bugün depresyon ile ilgili bilgilerin çoğu Yunan ve Romalı hekim ve filozoflarca tanımlanmıştır. Antik çağlardan bu yana duygu hali bozukluklarını tanımlamak için “mani” ve “melankoli” terimleri ortaya çıkmış, Platon melankoli sebebi olarak tanrılar ve doğaüstü güçlerini kaynak göstermiş, Apollo, Dionisos ve Eros gibi tanrıların öfkesinden kaynaklanan dört tip melankoli tablosu tanımlamıştır. Celsus’un “Hekimlik” isimli kitabında, baştan ayağa tüm fiziki hastalıklara yer verilmiş, melankoli ve mani hastalıklarını baş hastalıkları olarak tanımlayarak, ilk defa bu hastalıklarla beyin ve merkezi sinir sisteminin ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Galen ise melankoli ve mani durumunda kişilik, beyindeki fonksiyonel bozukluklar ve hormonlarında rol aldığını belirtmiştir. Orta çağa gelindiğinde Romalı hekim Posidonius, akıl hastalıklarını on grupta toplamış melankoli ve maniyeye de bu hastalıklar içinde yer vermiştir. Aegina, ruh hastalıklarıyla birlikte, şeytanın insan ruhunu ele geçirecek meydana gelen melankoli çeşitleri tanımlamıştır. Orta çağda, ruhi bozukluklar ve hastalıklar tanımlaması ve sınıflamasında İslam dünyası da birçok fikir ortaya atmış, Razi, insan hayatını üç farklı ruh halinin oluşturduğunu ve bu hallerden eksiklik ya da fazlalık olması durumunda ruhsal bozuklukların ortaya çıkacağını belirtmiştir. İbni Sina ise ruh bozukluklarını ve hastalıklarını sınıflandırırken aşırı tutkular, eşcinsellik, karabasanın maniyeye sebep olduğunu savunmuştur.

Yeniçağda da ruhi bozukluklar ve hastalıklar sınıflandırılırken eski Yunan, Roma ve İslam hekimlerince ortaya atılan düşünceler geliştirilmiştir. Fernel, ruhsal bozukluk ve hastalıkların beyin zarları, yapısı ve karıncıklarının bozulmasına sebep olduğunu belirterek üç grup oluşturmuştur; birinci grupta “baş ağrıları”, ikinci grupta “ateşli hastalıklar” ve “mani”, üçüncü gruptaysa “baş dönmesi”, “epilepsi”, “karabasan”, “kasılmalar” ve “titremeler” bulunmaktaydı. Timothy Bright, “Melankoli” isimli kitabında melankolinin doğal ve doğal olmayan iki şeklinin olduğunu; doğal melankolinin kara safradan, doğal olmayan melankolinin ise “kara safra”, “kan” ve “lenf” bozukluklarından kaynaklandığını belirtmiştir. Paolo Zacchias ise ruhi bozuklukları ve hastalıkları sınıflandırıp tanımlarken bilimsel bir

yaklaşım ile hastalıkları “zihinsel çöküntü ve yetersiz olma durumu”, “ateşli” ve “ateşsiz hastalıklar” olarak üçe ayırmış melankoli ve maniyi ateşsiz hastalıklar olarak incelemiştir. Thomas Willis ise beyinsel ve ruhi hastalıkların ortak sebeplerden kaynaklandığını ileri sürmüştür.

Yakınçağa gelindiğinde ruhi hastalıklar sınıflandırılırken ve tanımlanırken farklı görüşler ortaya çıkmış Philippe Pinel ruhi hastalıkları semptom ve bulguları doğrultusunda “mani”, “melankoli”, “bunama” ve “zeka geriliği” olarak dört grupta incelemiş ve hastalık kaynağı olarak yapısal bozuklukları göstermiştir. Theodor Meynert ise beyinin anatomisini inceleyerek yapısal bozuklukların olmadığı ruhi hastalıklarda beyin kabuğuyla sapı arasında bağlantılarda fonksiyonel bozukluklar olduğunu belirtmiştir. Carl Wernicke ise çalışmalarında beyin sinir sisteminde birleştirici ve bütünleştirici organ olduğunu, ruhsal hayatında bunun üzerinde meydana gelen tüm bağlantılardan oluştuğunu savunmuştur (Köknel, 2005).

2.3. DEPRESYON BELİRTİLERİ

Depresyondaki asıl bozukluk üzüntülü duygu halidir. Üzüntülü duygu hali, keder yönünde artan duygulanımdır. Karamsar ve kötümser olma, mutsuz, umutsuz ve yalnız hissetme gibi duygusal tepkileri kapsamaktadır (Köknel, 2005). Depresyon durumunda zevk alınan şeylerin eksilmesi ve ilgisizlik, üzgün ve hüzünlü hissetme, kilo alma ya da verme, aşırı uyku olma ya da uykusuzluk, sıkıntılı ve huzursuz olma, kararsız olma gibi belirtiler meydana gelebilir. Bununla birlikte kendini yetersiz görme, değersizlik hissi, dikkat ve odaklanmada azalma, enerji ve verim kaybı, tekrar eden ölüm düşüncesi gibi belirtilerde görülebilir (Tarhan, 2013). DSM-IV-TR (2007), bir bireye depresyon tanısının konulabilmesi için şu kıstaslar belirlemiştir;

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının)

bulunmuş olması, belirtilerden en az birinin (1) depresif duygu durum (2) ilgi kaybı (3) artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duygu-duruma uygun olmayan sanrı ya da varsanı belirtilerini katılması gerekmektedir.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn; kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn; ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde tedirgin duygu durum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde olmadığı halde önemli derecede kilo kaybının olması, hemen her gün iştahın azalmış olması ya da çok azında kilo almanın olması (örn; ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere).

Not: Çocuklarda beklenen kilo almanın olmaması.

4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku olması.

5. Hemen her gün psikolojik olarak aşırı uyarılmışlık ya da gerileme olması.

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallık olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu belirtirler).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler karışık bir epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn; kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn; hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler iki aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşıp durma, öz kıyım düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor reterdasyonla belirlidir.

İki hafta süren zaman diliminde, daha önceki fonksiyonelliğinde bir değişimle birlikte, yukarıda belirtilen durumlardan beşinin ya da daha fazlasının olması; semptomlardan en az biri “depresif duygu hali”, “ilgisizlik” veya “zevk alamama hali” olmalıdır (Beck & Alford, 2009). Depresyon halinin temelinde durgun, ilgisiz, isteksiz bir durum mevcuttur. Depresyonlu kişi bir taraftan ailesi, eşi, dostu için önceden duyduğu ilgiyi kaybettiğini belirtirken; diğer taraftan kendinden memnun olmadığından onlara bağımlıdır. Çevresinde bulunan kişilerin yardım ve desteğinin olmaması halinde, doğru düşünerek karar alamazlar. Ağır depresyon halinde olan bireylerse; yemek yemez, su içmez, yaşama katılmazlar (Köknel, 2005).

2.4. DEPRESYON NEDENLERİ

Depresyon halinin oluşumunda birçok değişik sebep ortaya atılmış ve birden çok etmenin etkili olabileceği ileri sürülmüştür. Bu etmenlerden en önemlileri “fizyolojik”, “biyolojik”, “kalıtsal” ve “sosyal” etmenlerdir. Depresyon halinin oluşmasındaki faktörler iki temel gruba ayrılabilir. Birinci grup “yatkınlık hazırlayan etkenler”; kalıtım, kişilik, aile yapısı, genel kültür ve eğitim seviyesi gibi faktörleri kapsar. İkinci grupsa “tetikleyen-ortaya çıkaran etkenler”; bütün psikososyal stres faktörlerini kapsar (Güleç, 2009).

2.4.1. Yatkınlık Hazırlayan Etkenler

i. Biyolojik Nedenler; İnsan hayatında kalıtım önemlidir ve üzerine birçok araştırmalar yapılmıştır. Kraepelin yaptığı çalışmalarda duygu durum bozuklukları, mani ve depresyonda kalıtımın önemli olduğunu ileri sürmüş bu tür hastalıklarda temel faktörün kalıtımla gelen bozukluklardan oluştuğunu vurgulamıştır. Kalıtım ve ruh hastalıkları arasındaki ilişkiyi analiz etmek için yapılan aile çalışmalarında, duygu durum bozukluğu yaşayan bireylerin birinci dereceden akrabalarında benzer hastalığın bulunması, hastalığın genel nüfusa oranından 10-15 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Köknel, 2005).

ii. Fizyolojik Nedenler; Depresyonun meydana gelmesinde merkezi sinir sisteminde bulunan yapıların fonksiyonları önemlidir. Normal davranışların, ruhi bozukluk ve hastalıkların, beyinde farklı seviyelerde bulunan yapılardaki fonksiyonlarında bazı fiziksel ve kimyasal süreçler vardır. Davranışların temelini belirlemek, ruhi bozukluk ve hastalık oluşumlarını anlamak için organizmanın yapı ve fonksiyonlarını bilmek gereklidir (Köknel, 2005).

iii. Sosyal Nedenler ve Kişilik Faktörleri; Yapılan çalışmalarda, toplumsal mesajların zorlayıcı, zararlı, hasta eden toplumsal faktörler olmasında iki etmenin önemi üzerinde durulmuştur.

- a. Ortamın tehditkâr, tehlikeli boyutlara ulaşması,
- b. Ortam ile kişinin ruhi hali arasında çatışma oluşmasıdır.

Bununla birlikte bireylerin hadiseler karşısındaki tutumları bazı ruhi hastalıklarda hastalığın meydana gelmesinde etkilidir. Aşırı bağımlılık hissi, terkedilme korkusu, katı üst benlik, kin ve nefret hislerinin olması, saldırgan hislerin kişinin benliğine çevrilmesi gibi kişisel nitelikleri olan bireyler depresyon haline yatkındır. (Köknel, 2005).

2.4.2. Tetikleyen-Ortaya Çıkaran Etmenler

İnsanların hayatında önemli yere sahip kişi veya nesne kayıpları, sağladığı doyumla doğru orantılı olarak depresyon halinin oluşumunda önemlidir. Bununla birlikte bireyin içgüdüsel tepkileriyle toplumsal kuralları arasında yaşayacağı çatışmada depresyona neden olabilir. Tetikleyici etmenler içinde bulunan psikolojik etmenlerden birisi de bireyin içgüdüsel gereksinimleri ve beklentileri sağlayamadığını fark ettiğinde ortaya çıkan hayal kırıklıklarıdır. Yaşanılan hayal kırıklığı kişiyi negatif hislere yöneltir ve depresyon halinin oluşmasında tetikleyicidir (Güleç, 2009).

2.5. DEPRESYONA KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Uzun yıllardır araştırmacıların ilgi alanı olan ve birçok negatif etkisi bulunan depresif bozukluklar, çeşitli kuramcılarca değişik noktaların üzerinde durularak açıklanmıştır. Depresyon açıklanırken önemli bir yeri olan kuramlar ve yaklaşımlar aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

2.5.1. Psikanalitik Kuram

Depresyonu açıklamada kullanılan en eski yaklaşımlardan biri psikanalitik kuramdır. Karl Abraham (1911), depresyon etkenleriyle ilgili altı depresif semptom gösteren hastasını inceleyerek; oral erotizme yapısal yatkınlık, psikoseksüel gelişimin oral dönemde saplanması, ilk çocukluk döneminde sevgisiz kalma, cinsel kimlik döneminde yaşanan çatışmanın sonuçlanmadan travma derecesinde hayal kırıklığı yaşamının önemli olduğunu belirtmiştir (akt. Gökdağ, 2014). Buna ek olarak depresyonlu bireylerin ilişkilerinde kararsız olduğunu, kin ve aşk hissini birlikte hissettiğini belirtmiştir.

Sigmund Freud (1917) ise depresyonu, bir çeşit yas tepkisi olarak tanımlamıştır. Birey, sevdiği bir kişi veya nesne kaybıyla çöküntü yaşamaktadır. Ayrıca depresyon durumunun herhangi bir kayıp olmaksızın imgesel yaşanan bir kayıp sonucunda da başlayabileceğini belirtmiştir. Bireyi bu durumda depresyona iten etmen, terk edilmişlik hissi sonucunda özsaygı yitimi yaşamasıdır. (akt. Öztürk & Uluşahin, 2011). Freud'a göre, depresyonu yastan farklı kılan en büyük özellik, bireyin yas tutan bireyden farklı olarak, yoğun olarak değersiz hissetmesi ve kendini suçlamasıdır (Kaplan & Sadock, 2004).

Silvano Arieti (1977), depresyona yatkınlık gösteren bireylerin hayatlarını kendileri için değil de "Baskın öteki" için yaşadıklarını belirtmiştir. Birey, hayatında dominant olan başka bir birey ya da kurum için yaşamaya çalışır; ancak bu olanaksız

olduğu için bir süre sonra durumu anlayarak çaresizce değişmeyeceğini, hayatının önemsiz olduğunu düşünür (akt. Özmen, 2001).

2.5.2. Kişilerarası Kuram

Depresyonu iyileştirmek için ortaya çıkan bu kuram, bireyin hislerini ve başka bireylerle etkileşimini inceler ve depresyonun genellikle bireylerin birbiriyle etkileşimi ya da sosyal bağlam içinde ortaya çıktığını savunmaktadır (Mufson, Dorta, Moreau & Weissman, 2004). Sevilen birisini kaybetmek, boşanma, ilişkide yaşanan problemler, emekli olmak, işten çıkarılmak gibi sıklıkla karşılaşılan olaylar bireye ve ilişkilerine zarar verebilir ve bu da bireyde depresyona neden olabilir.

Kişilerarası kuramda, depresyon 3 ana yapı üzerinden incelenmektedir: belirtiler, toplumsal kişilerarası hayat ve kişilik. Bireyde olan depresyonun anlaşılması için ilk olarak semptomlar sıralanmalı, sonra bireyin bulunduğu toplumsal çevre anlaşılmalıdır ki böylelikle stresörlerin depresyon üzerindeki etkisi belirlenebilsin ve en son olarak da kişilik nitelikleri sorgulanmalıdır. Depresyon halindeki bireylerin asabi, bağımlı ve kendisiyle ağır uğraşlar içinde olduğunu vurgulayan kuram; depresyonun ortadan kalkması halindeyse bu kişilik niteliklerinin de kaybolduğunu savunmaktadır.

2.5.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı yaklaşımda, kaygı bozuklukları temel olarak inceleniyor olsa da depresyonla ilgilide çalışmalar yapılmaktadır. Davranışçı kuram, davranışın ödül ya da cezayla değiştirdiğini ve bu doğrultuda depresyonu, belirli bir uyaran karşısında ortaya çıkan isteksiz olma, yeme isteğinin azalması gibi genel tepkiler olarak tanımlamaktadır (Batur & Demir, 2009).

Peter M. Lewinsohn (1975)'a göre, bireydeki toplumsal yeteneğin eksik olması veya çevreden aldığı zayıf pekiştireçler depresyon sebebidir. Depresyon halindeki bireyler diğer bireylere göre sosyal açıdan daha az yeteneklidir; depresyon halindeyse zaten az olan bu seviye, daha da azalmaktadır. Özetle, depresyon hali ve devam etmesinin sebebi kişinin toplumsal çevresinden yeterli olumlu pekiştireç almamasıdır (akt. Gökdağ, 2014).

Martin Seligman'ın 1975 yılında yaptığı laboratuvar deneyleri sonucunda ortaya çıkan “öğrenilmiş çaresizlik modeli”, insanların da benzer biçimde öğrenilmiş çaresizlik yaşayarak depresyona girdiğini göstermektedir. Hayatının erken evrelerinden itibaren negatif olaylar yaşayan, gayret etmesine karşın istediği sonuca ulaşamayan, ne yapacağını bilemeyen bireyler en sonunda gayretlerinin boşuna olduğunu düşünerek umutsuz hissederler.

2.5.4. Bilişsel Kuram

Depresyon halini açıklayabilmek ve tedavi edebilmek için Aaron T. Beck ve arkadaşlarınca ortaya çıkarılan bilişsel kuramda, depresyon halinin bir duygu bozukluğundan ziyade bilişsel bozukluk olduğunu düşünmüşler, depresif duygu halini, bireyin gerekli düzeyde olmayan bilişlerinden kaynaklandığını savunmuşlardır. Bireyin gelecek ve dış dünya ile ilgili çocukluk dönemlerinde yer etmeye başlayan olumsuz inançları, gelişerek tutum ve yargılara neden olur ve bu çarpık biliş onu depresyona iter.

B. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) İLE İLGİLİ KAVRAMSAL TANIMLAR

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) KAVRAMI VE TANIMI

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, aşırı hareketli olma, dikkatte eksiklik ve dürtüsellik olarak üç temel kümede sınıflandırılabilen, öncelikle kişiyi sonrasında aile ve toplumu ilgilendiren yönleriyle çocukluk döneminin önemli psikiyatrik problemlerindedir. DEHB okul öncesi ve okul dönemi çocuklarında, davranış ve dikkatlerinde açık bir şekilde gözlemlenebilen bir bozukluktur. Toplumca yeni tanınan ancak çok uzun zamandır bilinen ve hakkında birçok araştırma yapılan DEHB için günümüzde şu tanım yapılabilir; ebeveynlerin çocuklarını yetiştirme tarzından doğrudan etkilenmeyen, kalıtsal niteliklerin ağırlıklı olduğu, çocukta dikkat eksikliği ve davranışlarını kontrol etmede sıkıntılar yaşanan bir rahatsızlıktır.

DEHB tanısı kliniklidir ve bu sebeple tanıya dönük bir laboratuvar veya görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır (Hechtman, 2007). Tanı koyulurken çocuklar “Çocuk Davranış Sorunları” (CBCL), “Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği”, “Wechsler Çocuklar için Zekâ Testi” (WISC-R) gibi nöropsikolojik testler uygulanarak gelişim ve zihin yönünden değerlendirilirler. Ailelerle görüşme sırasında gebelik, doğum öncesinde ve sonrasında çocuk gelişimi, ebeveyn tutumları ve aile arasındaki ilişkiler DSM ölçütleri doğrultusunda çocuğun öyküsünü inceleyerek araştırılır. Değerlendirme yapan uzman, klinik gözlemlerini, araştırma bulgularını, psikometrik testlere ait sonuçları, aile ve öğretmenlerden edindiği bilgilerle harmanlayarak tanıyı koyar. Değerlendirme esnasında çocuklara, tiroit işlevleri, kansızlık gibi yapısal bozuklukların dışlanması için kan tahlilleri ve beyinin elektriksel aktiviteleriyle ilgili bilgi edinmek için EEG yaptırılabilir (Şenol, 2006).

2.2. DEHB TARİHÇESİ

Tarihsel süreçte Palmer ve Finger (2001) DEHB'nin alt tipi olan dikkatsizliğin, ilk olarak 1798'de Alexander Crichton'ın "Mental Restlessness" isimli kitabında yer aldığını belirtmiştir (akt. Keser, 2010). 1846'da Alman Psikiyatrist Heinrich Hoffmann, farklı kısa hikâyelerin yer aldığı çocuk ve ergen psikiyatrik hastalıklarını konu alan "Struwwelpeter" isimli eğitimsel kitabında, DEHB hiperkinetik bir bozukluk diye tanımlanmıştır (Fitzgerald, Bellgrove & Gill, 2007: akt. Keser, 2010).

20. yüzyılda ise DEHB; "Uyku Hastalığı", "Minimal Beyin Disfonksiyonu", "Minimal Beyin Hasarı", "Hiperkinesiz", "Minimal Serebral Palsi", "Atipik Ego Gelişimi" ve "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" gibi farklı isimler almış, bozukluğun nedeni ya da en belirleyici nitelikleri tanımlanmıştır (akt. Rafalovich, 2001). DEHB tanımı ilk olarak 1902'de G. F. Still tarafından yapılmış; klinik tatbikte saldırganlık, karşı gelme, kısıtlı dikkat devamlılığı ve kaidelere uymama bulguları olan 43 çocuk üzerinde yaptığı araştırmalar sonucunda Still DEHB'yi doğumdan önce ve sonrasında olan yaralanmalar ya da kalıtsal eksiklik sebebiyle oluşan ahlaki kontrol kusur olarak tanımlamaktadır. Alfred Tredgold ise 1908 yılında Still'in kuramını geliştirmiş ve DEHB tanımını asgari beyin hasarı olarak yapmıştır (Fitzgerald, Bellgrove & Gill, 2007: Keser, 2010).

1930'ların sonunda DEHB'nin ilaç tedavisiyle iyileşebilen bir hastalık olduğu belirlenmiş ve günümüzde tedavide kullanılmaya devam edilen Ritalin isimli ilaç 1950'li yıllarda üretilmeye başlanmıştır. 1960'lardaysa kalıtım gibi faktörlerin hastalık oluşumunu etkilediği gözlemlenmiştir. 1970'lerde bozukluk kapsamına dikkat eksikliği ve dürtüsellikte dâhil edilmiştir. 1980'li yıllar ve sonrasında yapılan çalışmalar, DEHB'nin kendi kendine iyileşme gösteren bir rahatsızlık olmadığı, ergenlik dönemi ve yetişkinlikte de görülebileceğini göstermiştir (Akt. Weiss & Murray, 2003).

DEHB'nin ilk resmi tanımı 1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğince yayımlanan "Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı" nda DSMII'de

çocukluk hiperkinetik tepkimesi şeklinde yapılmıştır. 1980’de yayımlanan DSM-III ise, aşırı hareket ve dürtüsellikle birlikte, dikkat dağınıklığı öncelikli klinik problemler olarak tanımlanmıştır. 1994’te yayımlanan DSM-IV’de ise tanı kriterleri değiştirilip hala günümüzde de kullanılmakta olan kriterlere yer verilmiştir. Bu kriterler bir sonraki bölümde detaylı olarak açıklanacaktır.

2.3. DEHB TANISI VE BELİRTİLERİ

DEHB tanı koyulma süreci oldukça karmaşıktır ve DEHB belirtileri, sürekliliği ve hikâyesi, hayattaki fonksiyonelliğe ne derece etki ettiğine dayanmaktadır. Ayrıca, bulguların diğer muhtemel sebeplerini devre dışı bırakabilmek için fiziksel kontroller ve yakın çevreden ulaşılan bilgiler doğrultusunda değerlendirilmelidir. DEHB tanısı konulurken günümüzde en çok DSM-IV-TR tanı kriterleri kullanılır fakat tanı kriterlerinin özgül olmayışı, bozukluğun açık olarak tanımlanmaması ve kriterlerin okul dönemindeki çocuklarla yapılan alan çalışmaları sonucunda türetilmiş olması sebebiyle ergen ve yetişkin bireyler için gelişim açısından uygun olmayışı DSM-IV-TR’nin en büyük sınırlılıklarıdır. (Hechtman, 2007).

DSM-IV-TR’ye göre DEHB tanısını ölçütleri aşağıdaki şekildedir (APA, 1994):

A. Aşağıdakilerden “biri” ya da “ikisi” vardır:

1. Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı ya da daha fazlasını, en az altı aydır uyumsuzluk yaratacak ve gelişim düzeyine uygun olmayan şekilde göstermiş olması gerekir.

Dikkatsizlik

a) Sıklıkla ayrıntıya dikkat etmede başarısızdır ya da okulla, işiyle ilgili ya da başka etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.

b) Sıklıkla görevlerinde ve oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c) Sıklıkla kendisiyle doğrudan konuşulduğu zaman dinlemez görünür.

d) Sıklıkla yönergeleri başından sonuna kadar takip etmez ve okul ödevlerini, görevlerini, sorumluluklarını çalıştığı yerde bitirmez. Bitirememesinin nedeni karşıt tepki göstermesi veya yönergeleri anlamakta başarısız olması değildir.

e) Sıklıkla görevleri veya etkinlikleri organize etmekte güçlük yaşar.

f) Sıklıkla uzun süreli bilişsel çaba gerektiren görevlerden (okul veya ev ödevleri gibi) kaçınır, hoşlanmaz veya gönülsüzce yapar.

g) Sıklıkla görevleri veya etkinlikleri için gerekli şeyleri (oyuncak, okul ödevi, kalem, kitap veya araçlar) kaybeder.

h) Sıklıkla dış uyarıcılar kolaylıkla dikkatini dağıtır.

i) Sıklıkla günlük aktivitelerinde unuttandır.

2. Aşağıdaki hiperaktivite belirtilerinden altısını ya da daha fazlasını, en az altı ay, gelişimsel düzeyle uyumsuz bir şekilde göstermiş olması gerekir.

Hiperaktivite

a) Sıklıkla elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

b) Sıklıkla sınıfta ya da oturması beklenen diğer ortamlarda oturduğu yerden kalkar.

c) Sıklıkla uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır.

d) Sıklıkla, sakin bir biçimde etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

e) Sıklıkla hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibi davranır.

f) Sıklıkla çok konuşur. Dürtüsellik (impulsivite)

g) Sıklıkla sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.

h) Sıklıkla sırasını bekleme güçlüğü vardır.

i) Sıklıkla başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B. İşlev bozukluğuna yol açan bazı hiperaktivite / dürtüsellik belirtileri ya da dikkat eksikliği belirtileri 7 yaşından önce başlamıştır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir işlev bozukluğu vardır (örn. okulda, işte ve evde).

D. Sosyal, akademik ya da mesleki alanlarda klinik açıdan belirgin bir işlevsel bozulma olduğunun açık kanıtları vardır.

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun varlığında ortaya çıkmamaktadır ve başka mental bozukluklarla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Kaygı Bozukluğu, Disosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

Bununla birlikte, DSM-IV'de başlıca üç tip DEHB belirlenmiştir. Bu tipler; (a) Bileşik Tip; (b) Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip; (c) Hiperaktivite ve Dürtüsellik (Impulsivite) Önde Geldiği Tip şeklindedir. Bu tipler ise aşağıdaki gibi kodlanmaktadır:

1) Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip: Son altı ay boyunca hem A1, hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmışsa.

2) Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamışsa.

3) Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-Dürtüsellik Önde Geldiği Tip: Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamışsa.

DEHB olan çocuklarla yapılan boylamsal araştırmalarda hareket bulgusunun yaş ile birlikte biçim değiştirerek içsel huzursuzluk şekline dönüştüğünü, dikkat eksikliğinin ise daha az değişimle dürtüsellik ile ilgili şikâyetlerin ise kural dışı hayat şekline dönüştüğünü göstermektedir (Resnick, 2005: akt. Keser, 2010). Genellikle DEHB belirtileriyle çocuğun normal gelişimi sırasında gösterdiği davranışlar birbirinden ayırlamadığı için 5 yaşından önce fark edilmesi güçtür.

2.4. DEHB ETİYOLOJİSİ

2.4.1. Nörofizyolojik Etkenler

DEHB'li çocukları kapsayan birçok çalışma, fizyolojik bir anormallik olup olmadığını saptamaya çalışmıştır. Kardiyovasküler ve elektrodermal araştırmaların birçoğunda hiperaktivitesi olan çocukların normal çocuklardan farklı olmadığını belirlenmiştir (Cantwell,1996: akt. Zabcı, 2004). Yapılan EEG çalışmaları, DEHB'li çocukların EEG'lerinde sıkça nonspesifik değişimler ve yavaş dalga işlevlerinde artma olduğu da bulunmuştur (Hechtman,1996). Yani DEHB, EEG kaynaklı bir bozukluk değil, merkezi sinir sistemindeki olgunlaşmanın gecikmesinden dolayı olduğu düşünülmüş ve bu hipotezler DEHB'li çocuklarda ergenlik dönemine gelindiğinde EEG'lerin normal bir hal almasıyla desteklenmiştir (Cantwell,1996: akt. Zabcı, 2004).

Gray (1982), hayvanlar, farmakoloji ve davranışlar üzerinde yaptığı deneyler sonucunda, beyinde fonksiyonel “Davranışsal Ketlenme Sistemi (Behavioral Inhibition System)” diye isimlendirdiği bir sistem olduğunu savunmuştur. (akt. Keser, 2010) Quay (1988), DEHB’nin beyin işlemindeki bir ketlenme eksikliğinden kaynaklandığını ve bu eksikliğin davranışsal olarak iki temel özelliklerle kendisini gösterdiğini belirtmiştir. Bunlar:

i. Beynin dikkati kanalize etmek için gerekli ketlenmeyi yeterli seviyede yapamaması sonucu ortaya çıkan bilişsel davranışlar,

ii. Motor davranışların engellenme eksikliğiyle ortaya çıkan yaşa uygun olmayan ve dışarıdan gözlemlenebilen davranışlardır (Horn, 1994: akt. Zabcı, 2004).

DEHB’de dikkati toplamak, süredeki kısalık, kolayca dağılması sıkça karşılaşılan problemler içinde sayılabilir. Dikkati sürdürme zorluğu birçok araştırmaya konu olmuş ve bazı araştırmacılar bunun sebebini, çevrede olan dış uyarıcıların birçoğuyla aynı zamanda ilgilenilmesi olarak açıklamıştır. DEHB’de dikkati sürdürme ve algı problemleri, bellek sorunlarını da beraberinde getirir. (Öktem, 1993). DEHB’li çocuklarda sıkça karşılaşılan diğer bir problem ise görsel algılama bozukluklarıdır. Yazında bu bozukluğun varlığını destekleyen ve DEHB’li çocukların normal çocuklara kıyasla görsel-motor davranış gerektiren görevleri gerçekleştirmekte zorlandıklarını ortaya koyan birçok bulgu bulunmaktadır (Lufi & Cohen, 1990: akt. Yelkenci, 2013). Ayrıca DEHB’li çocukların WISC-R zekâ testinde “şifre”, “aritmetik”, “sayı dizisi”, “küplerle desen” ve “resim düzenleme” gibi alt testlerden düşük puan aldıklarına dair bulgularda mevcuttur (Lufi & Cohen, 1990: akt. Yelkenci, 2013). Bütün bu sonuçlar, DEHB olan çocukların dikkat ve görsel algılamanın yoğun olarak kullanılması gereken durumlarda zorlandığını göstermektedir.

2.4.2. Genetik Etkenler

DEHB'nin nedenleri arasında genetik özellikler önemli bir yere sahip olmasına karşın genetik aktarımın ne şekilde olduğu hala belirlenememiştir. DEHB'de genetik faktörlerin önemliliğini araştırmak için “evlat edinme”, “aile” ve “ikiz” çalışmaları gibi araştırmalar yapılmıştır (Fourneret, 2001: akt. Zabcı, 2004).

Cantwell (1975), Morrison ve Stewart (1973) DEHB'li çocukların biyolojik ebeveynlerinde, DEHB'li çocukları evlat edinen ebeveynlere göre daha yüksek DEHB bulguları olduğunu gösteren çalışmalar yapmışlardır. Yapılan aile çalışmalarında DEHB'li çocukların birinci dereceden akrabalarının da DEHB tanısı alma olasılığının %10 - % 35 arasında değiştiği, kardeşlerinde görülme olasılığı da %32 olarak bulunmuştur (Biederman & Cooper, 1991a). Gilger ve arkadaşları (1992), ikizler üzerinde yaptıkları çalışmada genetik aktarımın varlığını desteklemektedir ve DEHB tanısı alan ikiz kardeşlerden diğerinde de aynı bozukluğun görülme olasılığının mono zigot ikizlerde %81, di zigot ikizlerde %29 olduğunu göstermektedir (akt. Barkley, 1996).

2.4.3. Nörokimyasal Etkenler

Bilim ve teknolojinin ilerlemesi sonucunda son 10 yılda nörokimyasal alanda birçok çalışma yapılmış, uzun süre boyunca tartışılan ve birbirleriyle çelişen çalışma sonuçları olmasına karşın, DEHB'de günümüzde “dopaminerjik” ve “nonadrenerjik nörotransmitterler”in etkinliği kabul görmüştür (Fourneret, 2001: akt. Zabcı, 2004).

Birçok nörotransmitterin DEHB belirtileriyle ilişkili olduğu sonucuna, bozuklukta kısmi pozitif etkiler ortaya çıkararak ilaçların kullanılması sonrasında ulaşılmıştır. DEHB tedavisinde sıklıkla kullanılan ve incelenen ilaçların “sempatomimetikler”, “dopamin” ve “norepinefrin” üzerinde etkin olması sebebiyle

“adrenerjik” ve “dopaminerjik” sistemlerde işlevsel bozukluğuna neden olan “nörotransmitter” varsayımı ortaya atılmıştır.

2.5. KOMORBİDİTE

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozuklukları için tanı ve eşlik eden bozukluk arasındaki ayrımın her zaman açıkça ve kolayca yapılamaması söz konusudur. DEHB olan çocuklarda eşlik eden bozukluk olma ihtimali, yaş küçüldükçe artarken yaş büyüdükçe azalmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozuklukları olan bireylerde olmayan bireylere kıyasla “karşıt olma” (%60), “davranım bozukluğu” (%15), “anksiyete bozuklukları” (%30), “öğrenme ve duygu durum bozuklukları” (%25) ve “kötü madde kullanımı” olduğu araştırmalarla ortaya koyulmuştur (Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein & Faraone, 2005: akt. Zabcı, 2004). Bu problemler bozuklukla başlayabildiği gibi, tedavinin yapılmaması sonucu da ortaya çıkabilir (Tahiroğlu, Avcı, Fırat & Şeydaoğlu, 2005).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada, DEHB tanısı alan çocuk ve gençler üzerinde eşlik eden bozuklukların yaş ve cinsiyet bakımından değişimleri incelenmiş, sonuçlara göre bireylerin %29’unda eşlik eden bozukluk bulunmazken, %35’inde bir bozukluk, %25.5’inde iki, %8’indeyse üç bozukluğa rastlanmaktadır. Erkeklerde “karşıt olma” (%62.3), “davranım bozukluğu” (%30.2), “iletişim bozuklukları” (%11.3), “duygu durum bozuklukları” (%7.5) ve “kaygı bozuklukları” (%6.6) kızlardaysa “karşıt olma” (%54.8), “davranım bozukluğu” (%22.6), “duygu durum bozuklukları” (%12.9), “iletişim bozuklukları” (%9.7), ve “kaygı bozuklukları” (%6.5) en sık karşılaşılan beş bozukluktur (Erman, Turgay, Öncü & Urdarivic, 1999).

2.6. YAŞAM BOYU SEYİR

Geçmişte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluklarının yaşla birlikte azaldığına ve ergenlik dönemindeyse tamamen iyileştiği gibi bir kanı bulunmaktaydı ancak yapılan izlem çalışmaları bunun aksine bozukluğun seyrinin kişiden kişiye farklılık gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. Bu seyirler:

1. Belirtilerin kaybolması: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerin %30'unda genç erişkinliğin erken dönemlerinde belirtiler kaybolur.

2. Belirtilerin sürmesi: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %40'ında belirtiler toplumsal ve duygusal zorluklarla erişkinlik döneminde de devam eder.

3. Gelişimsel bozulma: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerin %30'unda DEHB ile birlikte alkol ve madde kullanımı, anti-sosyal kişilik bozuklukları gibi psikopatolojilerin eklenmesidir.

Hiperaktivitenin yaş arttıkça azalması söz konusuysen dikkat eksikliği, dürtüsellik ve öğrenme bozukluğu kalıcı olabilmektedir. Genelde öncelikle aşırı hareketli olma durumu ortadan kalkarken ve en son dikkat eksikliği ortadan kalkarken, öğrenme bozukluklarıysa sıklıkla devam etmektedir. Yatışma durumuysa 12 yaşından önce az rastlanan bir durumdur ve genellikle 12-20 yaş arasında görülür. Ancak olguların büyük bir kısmında DEHB yatışma dönemine girmesi diğer bozuklukların şiddetini arttırmaktadır.

2.7. AİLE VE ARKADAŞ İLİŞKİLERİ

DEHB olan çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar göstermiştir ki; bireysel ilişkilerinde “dürtüsel”, “olgun olmayan”, “rahatsızlık veren”, “saldırgan”, “yoğun”, “duygusal” ve “aşırı davranışlar” sergilemektedirler. Pelham ve Bender (1982) yaptıkları bir araştırmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların arkadaşlarınca negatif niteliklere sahip olduklarını düşünmeleri ve bunun sonucunda daha az arkadaş sahibi olduklarını ortaya koymuştur (akt. Barkley, 1996).

Barkley (1987) anne-baba ve çocuk ilişkileri üzerinde yaptığı bir çalışmada, DEHB olan çocukların olmayan çocuklara kıyasla anne-baba ilişkilerinde daha az itaatkâr olduklarını, saldırgan tavırlar sergilediklerini, daha çok karşı geldiklerini ve az tepki verdiklerini bulmuştur. Aile üzerine yapılan birçok çalışma sonucunda, DEHB olan çocukların negatif, karşı gelen, işbirliği içinde olmayan, yardıma muhtaç olduğu ortaya konulmuştur (Akt. Türe, 2010).

Hiperaktivitenin daha çok erkeklerde görülmesini dikkate alan, Berges (2003) anne ile erkek çocuğun arasındaki ilişki etkinliklerinin niteliklerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmalarda bu durumu “annenin isteğinin faaliyete geçmesi” olarak indirgemıştır (akt. Zabcı, 2004). Mallarive ve Bourgeois (1976) ise “anne ile çocuk arasındaki bağın devamlı saptırılmasından” bahseder ve annenin gizli, aşırı koruyucu tutumla kendini maskeleydiğini fakat altında çocuğun reddedilmesinin yattığı bir duruma dikkat çeker (Zabcı, 2004). Flavigny (2001), anne ile çocuk arasındaki yakın ilişkinin altında saldırganlık hayalleri ve anne tarafından ya da kendi babasıyla yaşadığı olumsuzluktan dolayı kendini dışarıda bırakmış bir baba varlığına dikkat çeker.

2.8. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

DEHB olan çocuklarla ilgili yapılan araştırmalardan çok azı kişilik özellikleriyle ilgilidir. Anglosakson okullarında yapılan kişilik çalışmalarının büyük bir kısmı, dürtüsellik ve dışadönüklük ilişkisine odaklanmış; dürtüsellik heyecan deneyimleri ve ketlenme eksikliği gibi etmenler dışadönüklükle ilişkilendirilmiştir. Günümüzde ise yapılan çeşitli araştırmalar DEHB olan bireylerde, biyolojik düşük uyarılma düzeylerine bağlı, çoğalan hareket ve heyecan tecrübeleriyle, dış uyarım aradıklarını, ketlenme denetimlerinin düşük düzeyde kaldığı gösterilmiştir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda gözlemlenen bir diğer kişilik özelliği de duygusal değişkenliktir. Bu alanla ilgili yapılan çeşitli araştırmalar, DEHB'li çocuklarda düşünceyi daha az önemseme, zayıf sosyallik, dış odaklı denetime göre hareket etme davranışları gösterdiklerini ortaya koymuştur. Mallarive ve Bourgeois (1976) yaptıkları boylamsal bir araştırmaya göre DEHB olan çocukların duygulanım olgunluk düzeylerinin düşük olduğu ayrıca fobik ya da takıntılı savunmaların sürekli eşlik ettiğini ortaya koymuşlardır (Zabcı, 2004).

Flavigny yaptığı çalışmalarda projektif testler kullanmış ve DEHB olan çocuklara ait şu kişilik özelliklerini saptamıştır:

- i. “Görünen ve hemen hemen devamlı depresif bileşen”,
- ii. “Saldırgan ya da yıkıcı özellikli bulguların ara sıra ortaya çıkması”,
- iii. “Takıntılı, sağlam olmayan ve fobik savunmalar”,
- iiii. “Gerçeklik bağın korunmasıdır”. (Flavigny,2001: akt. Zabcı, 2004).

2.9.FRANSIZ OKULU VE PSİKODİNAMİK YAKLAŞIM

Fransız Okulu, DEHB tanımında istikrarsızlık kavramını dayanak alarak, Psikomotor istikrarsızlık “İnstabilite psychomotrice (IPM)” terimini DEHB yerine kullanmaktadırlar ayrıca DSM-IV ve ICD-10 ölçütleri bu okullarda pek tercih edilmemektedir. Diğer taraftan klinisyenler DEHB’yi psiko-sosyal koşullar içinde değerlendirerek çocuğun davranış bozukluğunun tedavi edilmesi gerekliliğini, ruhsal, ailesel ve sosyal sistemde problem yaşamasından ileri geldiğini savunmaktadırlar (Claudon, 1998). Bu açıdan, IPM’in çocuğun ruhsallığına bakılmadan anlaşılması çok zordur. Golse (1996) IPM 'in klinik tanımını şu şekilde yapmıştır:

(1) Motor ve psikomotor alan: Davranışların hızlanması, dağınık tutumlar, hedeflenmiş ve belirlenmiş amaçlara yönelimin az olması, algısal-mekânsal çevrede çocuğun tesadüfi olarak hareket etmesi, sık olarak gözlenen dürtüsel davranışlar, hareketin düşünceye baskın çıkması.

(2) Ruhsal alan: Hipomanik bir çekirdeğin varlığı, depresif duygular, karşı çıkma, saldırganlık, zihinsellik dağılma, dikkatin ya çok az ya da çok fazla olması durumu (akt. Zabcı, 2004).

Psikodinamik yaklaşım ise DSM-II de ağırlıklı olarak kabul gören fakat dahaanglo-sakson okulunda etkisi kalmayan; Fransa’ da ise hala yaygın olarak devam eden bu görüş görünen davranışlardan çok altında yatan ve kişisel hikâyeye bağlı olan davranışları dikkate almaktadır.

Fourneret 19. yüzyılın sonundan bu yana birçok Fransız klinisyenin hareketli ve öğrenim zorluğu yaşayan çocukları incelemeye başladığını aktarmaktadır. Bourneville (1897) ise bu çocukların klinik niteliklerini betimleyen ilk kişidir. Henri Wallon (1925) ise yaptığı çalışmalarda çeşitli iç ve dış faktörleri dâhil ederek, psikodinamik yaklaşımın yolunu açarak Fransız okulunun temel anlayışı haline gelmesini sağlamıştır (Fourneter, 2001: akt. Zabcı, 2004).

Jeammet’in (1989) yaptığı çalışmalarda eyleme geçmenin (acting-out) bir anlatım biçimi olduğunu, bu çocukların, kendi ve diğer kişilerin alanı arasında bir

sınır patalojisinin mevcudluğunu ortaya koymuştur. (Claudon, 1998). De Tyche (1991) ise yaptığı bir çalışmada, saldırgan tutum sergileyen çocukların cinsel ve yırtıcı dürtülerin simgesel işleminin yetersizliğine dikkat çekmiştir. Burada simgesel işleme kavramı, mentalizasyon ve ruhsal işleyiş tutumuyla dolayısıyla da hareket problemleriyle yakından ilişkilidir (Claudon, 1998). Claudon'a (1998) göre ise, hareket, bu çocuklarda içsel ve bireyler arası çatışmalara karşın bir savunma işlemi olarak görür.

Bozukluğun dikkat boyutuna gelindiğinde, Dugas (1987) bireyin dikkat derecesini belirlemek ya da değerlendirmenin, hareket düzeyini ölçmekten çok daha zor olduğunu savunmuştur. Berger ise yaptığı bir çalışmada hiperaktiviteyle ilgili problemlerin sebebinin hayatın ilk yıllarında yetersiz ilişkilerden kaynaklandığını tespit etmiştir. Winnicott ise yerinde duramayan çocukların, nesne varlığının yanı sıra kendi başlarına olma kapasitelerinin de olmadığını savunmaktadır (Akt. Zabcı, 2004)

Bütün kuram ve kuramcılarının görüşlerini özetlersek bir çok klinisyen, araştırmacı ve yazarın, hiperaktivite kavramını yanlış tanımladıkları ve başlıca bir sendrom olmadığı görüşüne hakim oldukları söylenebilir. Hiperaktiviteyi, alta yatan başka bir psikopatolojik bozukluğun belirtisi olarak; çocuktaki ruhsal organizasyon ve ilişki şekillerinin gelişimiyle ilişkilendirmeden, tanımsal bir yaklaşımla kabullenmek yanlış bir tutum olacaktır.

C. İLGİLİ YAYIN VE ARAŞTIRMALAR

2.1. YURT İÇİNDE YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Öztürk ve arkadaşları (2000), "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri" üzerine yaptıkları çalışmada tanı alan çocukların annelerinin depresyon düzeylerini tanı almamış çocukların annelerine göre daha yüksek bulmuştur.

Durukan ve arkadaşları (2008), “DEHB Olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kullanılan Başa Çıkma Yöntemlerini” araştırdıkları çalışmalarında tanı alan çocukların annelerinin oluşturduğu deney grubunun depresyon düzeylerini tanı almamış çocukların annelerinin oluşturduğu kontrol grubuna göre daha yüksek bulmuştur.

Önal (2009) yaptığı çalışmalar sonucunda annede bulunan depresyon, kaygı ve duygusal problemler ile çocuğun “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” (DEHB) arasında ilişki olduğu ortaya koymuştur.

Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı Gelişimsel Pediatri (2013), yaptıkları araştırmada anne depresyonunun okul çağındaki çocuklar üzerinde “aşırı hareketlilik” ve “dikkat eksikliği” gibi etkileri olduğunu ortaya koymuştur.

Balat (2014), “Okul Öncesi Dönemde Çocuğu Olan Annelerin Öz yeterlilik Ve Depresyon Düzeylerinin” incelediği çalışmasında örneklemini oluşturan annelerin çocuklarının cinsiyetine göre depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bulmuştur.

Zabcı (2004), “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirildiği” çalışmasında DEHB’li çocukların %70’inin anne temsili olan kartları reddettiği sonucuna ulaşmıştır.

2.2. YURT DIŞINDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Gau ve arkadaşları,” DEHB’de Ebeveyn Ve Ailesel Etkenleri” araştırmış ve annelerde depresyon, bedensel yakınmalar ve uyku sorununun arttığı saptanmıştır.

Lesesne ve arkadaşları, DEHB’li okul çağındaki çocukların annelerinin işlevselliklerini bozacak düzeyde depresyon, anksiyete sorunları yaşadığını ortaya koymuştur.

Brown ve Pacini, DEHB olup klinik başvurusu olan ve normal erkek çocukların ebeveynlerini inceledikleri kontrollü bir çalışmada, DEHB olan çocukların ebeveyninde depresif belirti yaygınlığının kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu ortaya koymuştur.

BÖLÜM III

3. YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde; araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel teknikler ile ilgili açıklamalar bulunmaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, 7-11 yaş arası çocuklardaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile annelerdeki depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan DEHB tanısı konmuş çocuklar ve bu bozukluğu geliştirmemiş çocuklar ile anneleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemi ise, İstanbul ili Bahçelievler ilçesinde ilköğretim okullarına devam etmekte olan DEHB tanısı konmuş çocuklar ve bu bozukluğu geliştirmemiş çocuklar ile annelerinden 50 tanesinin rastgele yöntemle seçilmesiyle oluşturulmuştur.

Tablo 1. Örnekleme Ait Demografik Bilgiler

| Değişkenler | | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | |
|-------------|--------|-------------|-----------|---------------|-----------|
| | | Frekans | Yüzde (%) | Frekans | Yüzde (%) |
| Çocuk | Yaş | | | | |
| | 7 yaş | 7 | 28 | 6 | 24 |
| | 8 yaş | 3 | 12 | 3 | 12 |
| | 9 yaş | 6 | 24 | 3 | 12 |
| | 10 yaş | 7 | 28 | 5 | 20 |
| | 11 yaş | 2 | 8 | 8 | 32 |
| Cinsiyet | Kız | 13 | 52 | 13 | 52 |
| | Erkek | 12 | 48 | 12 | 48 |

Tablo 1 incelendiğinde araştırmaya katılan deney grubu çocukların 7'si (%28) 7 yaş, 3'ü (%12) 8 yaş, 6'sı (%24) 9 yaş, 7'si (%28) 10 yaş, 2'si (%8) 11 yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan kontrol grubu çocukların 6'sı (%24) 7 yaş, 3'ü (%12) 8 yaş, 3'ü (%12) 9 yaş, 5'i (%20) 10 yaş, 8'i (%32) 11 yaş aralığındadır.

Araştırmaya katılan çocukların deney grubu çocukların 13'ü (%52) kız, 12'si (%48) ise erkeklerden oluşmaktadır. Ayrıca kontrol grubu çocukların 13'ü (%52) kız, 12'si (%48) ise erkeklerden oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu aşamada, hazırlanan ölçekler (BECK Depresyon Envanteri, Katılım Formu ve Anne Bilgi Formu) rastgele yöntemle seçilen annelere elden ulaştırılmış, doldurulduktan bir hafta sonra annelerden teslim alınmıştır.

Anne Bilgi Formu, annelere uygulanmaktadır ve ebeveynlerle ilgili demografik bilgi elde etmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu formda annelerin yaşı, eğitim durumu, çocuk sayısı gibi demografik bilgileri içeren toplam 5 soru bulunmaktadır. Anne Bilgi Formu, Ek I'de sunulmaktadır.

Katılım Formu, katılımcılara ölçeğin amacıyla ilgili detaylı bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır. Katılmak istiyorum ve Katılmak istemiyorum şeklinde iki seçeneğin bulunduğu Katılım Formu Ek II'de sunulmaktadır.

BECK Depresyon Envanteri (BDE), depresyonun varlığını, varsa şiddet düzeyini tespit etmek amacıyla annelere uygulanmaktadır. Aaron T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçek 21 depresif belirtiyi sorgulamaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması 1980 yılında Tegin tarafından yapılmış ve yarıya bölme güvenirlik katsayısının .77; test tekrar test güvenirlik katsayısının ise .65 olarak hesaplanmıştır. 1989 yılında Hisli ölçeği gözden geçirip düzenlemiştir. Her bir madde 4 seçenek ile değerlendirilerek 0 ile 63 arasında puanlanmaktadır. Puanların yüksekliği depresyonun şiddetini belirlemektedir. BDE Formu Ek III'de sunulmaktadır.

3.4. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 17 programı ile analiz edilmiştir. Analizinde Frekans, Yüzde, Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Pearson Korelasyon Katsayısı, Non-parametrik Mann Whitney-U Testi, Bağımsız Gruplar T-Testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, alt problem ve hipotezler doğrultusunda elde edilen verilerin analizi sonuçlandırılarak tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 2’de annelerin BECK depresyon anketinden aldıkları puanların frekans dağılımı verilmiştir.

Tablo 2. Annelerin Depresyon Anketinden Aldıkları Puanlara İlişkin Yüzde ve Frekans Dağılımı

| Alınan puan | Deney Grubu | | Kontrol grubu | |
|---|-------------|-----|---------------|-----|
| | F | % | F | % |
| Normal düzeyde depresif belirtiler(0-9) | 7 | 28 | 15 | 60 |
| Hafif düzeyde depresif belirtiler(10-16) | 3 | 12 | 6 | 24 |
| Orta düzeyde depresif belirtiler(17-29) | 11 | 44 | 4 | 16 |
| Şiddetli düzeyde depresif belirtiler(30-63) | 4 | 16 | 0 | 0 |
| Toplam | 25 | 100 | 25 | 100 |

Tablo 2 incelendiğinde kontrol grubu annelerinden elde edilen dağılıma göre %60'ı normal düzeyde, %24'ü hafif düzeyde, %16'sı orta düzeyde depresif belirtiler gösterirken deney grubu yani DEHB tanısı almış çocukların annelerinden elde edilen dağılıma göre % 28'i normal, % 12'si hafif düzeyde, % 44'ü orta düzeyde, % 16'sı şiddetli depresif belirtiler göstermektedir.

Tablo 3. Annelerin Depresyon Düzeyleri Arasında Gruplar arası ve Grup içi Ortalama Farkları Tablosu

| | Kareler Toplamı | Df | Ortalama farkı | f | Sig. (p) |
|----------------------|------------------------|-----------|-----------------------|----------|-----------------|
| Gruplar arası | 10.580 | 1 | 10.580 | 11.977 | .001 |
| Grup içi | 42.400 | 48 | .883 | | |
| Toplam | 52.980 | 49 | | | |

Tablo 3, depresyon düzeyini ifade eden dört grup arasındaki farklılığı belirtmek amacıyla oluşturulmuştur. Elde edilen P (Sig.) değeri (0.001)'dir. $P < 0.05$ olduğu için gruplar arası anlamlı bir fark vardır. Hangi gruplar arasında ne kadar fark olduğu Tablo 4'teki verilerden görülmektedir.

Tablo 4. DEHB’li Çocukların Annelerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki Ortalama Farklarını Karşılaştırma Tablosu Tukey HSD

| (I) Düzye | (J) Düzye | Ortalama Farkı (I - J) | Std. Hata | Sig. (p) | %95 Güven aralığı | |
|--------------|--------------|------------------------------|--------------|-------------|-------------------|-----------|
| | | | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Normal | Hafif düzey | .015 | .182 | 1.00 | -.47 | .50 |
| | Orta düzey | .415* | .154 | .046 | .01 | .83 |
| | Şiddetli | .682* | .250 | .043 | .02 | 1.35 |
| Hafif düzey | Normal | -.015 | .182 | 1.00 | -.50 | .47 |
| | Orta düzey | .400 | .194 | .180 | -.12 | .92 |
| | Şiddetli | .667 | .276 | .088 | -.07 | 1.40 |
| Orta düzey | Normal | .415* | .154 | .046 | -.83 | .00 |
| | Hafif düzey | -.400 | .194 | .180 | -.92 | .12 |
| | Otoriter | .267 | .258 | .732 | -.42 | .96 |
| Şiddetli | Normal | -.682* | .250 | .043 | -1.35 | -.02 |
| | Hafif düzey | -.667 | .276 | .088 | -1.40 | 0.7 |
| | Orta düzey | -.267 | .258 | .732 | -.96 | .42 |

* Ortalama farkları 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Sig.(p) değeri 0,05’in altında olan gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır, hangi gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu (*) imgesiyle işaretlenerek gösterilmektedir.

Buna göre;

i. Uygulanmış olan BECK depresyon envanterine göre DEHB’li çocukların annelerinin normal düzeyde depresif belirtileri, orta düzeyde depresif belirtilerden

daha düşüktür. Aralarındaki ortalama farkı $-.415$ 'tir ve $p < 0.05$ olduğundan anlamlıdır.

ii. DEHB'li çocukların annelerinin normal düzeyde depresif belirtileri, şiddetli düzeyde depresif belirtilerden daha yüksektir. Aralarındaki ortalama farkı $.682$ ve $p < 0.05$ olduğundan anlamlıdır.

iii. Uygulanmış olan BECK depresyon envanterine göre DEHB'li çocukların annelerinin orta düzeyde depresif belirtileri, normal düzeyde depresif belirtilerden daha yüksektir. Aralarındaki ortalama farkı $.415$ 'tir ve $p < 0.05$ olduğundan anlamlıdır.

iv. Annelerin şiddetli düzeyde depresif belirtileri, normal düzeyde depresif belirtilerden daha düşüktür. Aralarındaki ortalama farkı $-.682$ ve $p < 0.05$ olduğundan anlamlıdır.

Bu veriler doğrultusunda annelerin depresyon puanları arasındaki farklılık $0,05$ düzeyinde anlamlı ve ayırt edicidir.

Çocukların DEHB tanısı alması ile annelerin depresyon düzeyi arasındaki ilişkilendirme için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Buna göre;

Problem “50 kişilik (25 deney, 25 kontrol) anne grubunda deney ve kontrol grubu annelerin depresyon puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?” olarak belirlenmiş, H_0 ve H_1 hipotezleri aşağıdaki gibi kurulmuştur.

$H_0 =$ deney ve kontrol grubu annelerinin depresyon testinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

$H_1 =$ deney ve kontrol grubu annelerinin depresyon testinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 5. Annelerin Depresyon Anketinden Aldıkları Puanlara İlişkin Mann Whitney-U Testi

| | N | Ortalama | Std. Sapma | Sıra Ortalaması | Z | Sig.(p) |
|---------------|----|----------|------------|-----------------|--------|---------|
| Deney Grubu | 25 | 1.48 | 1.085 | 31.38 | -3.037 | 0.002 |
| Kontrol Grubu | 25 | 0.56 | 0.768 | 19.62 | | |

Tablo 5 incelendiğinde ankete katılan DEHB tanısı alan çocukların anneleri ile tanı almayan çocukların annelerinin bulunduğu kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırma sonucunda p(sig.) değeri 0.002 olarak bulunmuştur ve $p < 0.05$ olduğundan H_0 hipotezi reddedilir ve H_1 hipotezi kabul edilir. Yani deney ve kontrol grubu annelerinin depresyon testinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark vardır. Tabloda yer alan sıra ortalaması değerlerine bakıldığında ise deney grubunun daha yüksek depresyon düzeyinde olduğu görülmektedir.

4.1. Demografik Özellikler ve BECK Boyutları Arasındaki İlişkilerin Analizleri

Bu bölümde araştırmanın alt problemleri olarak belirlenen

- i. Annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların DEHB tanısı alması arasında bir ilişki var mıdır?
- ii. Annelerin depresyon düzeyi ile DEHB olan çocukların arasındaki ilişkide cinsiyetin rolü var mıdır?
- iii. Annelerin depresyon düzeyi ile DEHB olan çocukların arasındaki ilişkide yaşın rolü var mıdır?

sorularına ilişkin korelasyon testleri yapılmış elde edilen bulgular paylaşılmıştır.

Annelerin depresyon düzeyi ile DEHB olan çocukların arasındaki farkta çocukların cinsiyetlerinden kaynaklan bir fark farklılık olup olmadığı t-testi ile incelenmiştir.

Tablo 6. Çocukların Cinsiyetleri ve Annelerin Depresyon Düzeylerinin t-testi Sonuçları

| Depresyon Düzeyi | Cinsiyet | N | X | Sd | T | Sig.(p) |
|--------------------------------------|----------|---|------|-------|------|---------------|
| Normal Düzeyde Depresif Belirtiler | Kız | 3 | 6.33 | .52 | 1.82 | Anlamlı değil |
| | Erkek | 4 | 8.25 | .09 | | |
| Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler | Kız | 1 | 13 | .08 | 1.09 | Anlamlı değil |
| | Erkek | 3 | 15.3 | 1.2 | | |
| Orta Düzeyde Depresif Belirtiler | Kız | 4 | 18.3 | 1.32 | 3.52 | .002 |
| | Erkek | 7 | 28.5 | 2.57 | | |
| Şiddetli Düzeyde Depresif Belirtiler | Kız | 1 | 33 | 1.265 | 3.45 | .002 |
| | Erkek | 2 | 61 | 2.062 | | |

Tablo 6 incelendiğinde annelerin depresyon puan ortalamaları şu şekilde belirlenmiştir; normal düzeyde depresif belirtiler gösteren kız çocuk anneleri 6.33 (Sd =.52) iken erkek çocuk annelerinin ortalaması 8.25'dir (Sd= .09). Hafif düzeyde depresif belirtiler gösteren kız çocuk anneleri 13 (Sd=.08) iken erkek çocuk

annelerinin ortalaması 15.3'tür (Sd= 1.2). Orta düzeyde depresif belirtiler gösteren kız çocuk anneleri 18.3 (Sd=1.32) iken erkek çocuk annelerinin ortalaması 28.5'tir (Sd= 2.57). Şiddetli düzeyde depresif belirtiler gösteren kız çocuk anneleri 33 (Sd=1.265) iken erkek çocuk annelerinin ortalaması 61'dir (Sd= 2.062).

Çocukların cinsiyetleri ile annelerin orta düzeyde depresif belirtiler göstermesi arasında anlamlı bir fark vardır ($t= 3.52, p < .02$). Buna göre, erkek çocuk annelerinin orta düzeyde depresif belirtiler göstermesi, kız çocuk annelerine göre daha fazladır. Ayrıca çocukların cinsiyetleri ile annelerin şiddetli düzeyde depresif belirtiler göstermesi arasında anlamlı bir fark vardır ($t= 3.45, p < .02$). Buna göre, erkek çocuk annelerinin şiddetli düzeyde depresif belirtiler göstermesi, kız çocuk annelerine göre daha fazladır. Normal düzeyde depresif belirti gösterme ve hafif düzeyde depresif belirtiler gösterme ile çocukların cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 7. Çocukların Yaşları ve Annelerin Depresyon Düzeylerinin t-testi Sonuçları

| Depresyon Düzeyi | Yaş | N | X | Sd | T | Sig.(p) |
|---------------------------------------|--------|---|-----|------|------|---------------|
| Normal Düzeyde Depresif Belirtiler | 7 yaş | 2 | .5 | 1.16 | 1.82 | Anlamlı Değil |
| | 8 yaş | 2 | .5 | 1.16 | | |
| | 9 yaş | 2 | .5 | 1.16 | | |
| | 10 yaş | | | | | |
| | 11 yaş | 1 | .33 | | | |

| | | | | | | |
|---|--------|---|-----|-----|------|---------------|
| Hafif Düzeyde Depresif Belirtiler | 7 yaş | 1 | .5 | .57 | 1.09 | Anlamlı Değil |
| | 8 yaş | 2 | .67 | .62 | | |
| | 9 yaş | 1 | .5 | .57 | | |
| | 10 yaş | | | | | |
| | 11 yaş | | | | | |
| Orta Düzeyde Depresif Belirtiler | 7 yaş | 2 | .25 | .60 | 1.91 | Anlamlı Değil |
| | 8 yaş | | | | | |
| | 9 yaş | | | | | |
| | 10 yaş | 4 | .35 | .80 | | |
| | 11 yaş | 5 | .40 | .90 | | |
| Şiddetli Düzeyde Depresif Belirtiler | 7 yaş | | | | 1.1 | Anlamlı Değil |
| | 8 yaş | | | | | |
| | 9 yaş | | | | | |
| | 10 yaş | 1 | .55 | .89 | | |
| | 11 yaş | 2 | .70 | .91 | | |

Annelerin depresyon düzeyi ile DEHB olan çocukların arasındaki farkta çocukların yaşlarından kaynaklan bir farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiş, çocukların yaşları ile annelerin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmamızda, DEHB tanısı almış çocukların annelerinin depresyon düzeyi ile tanı almayan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre deney grubu annelerinin depresyon düzeyinin, kontrol grubu annelerin depresyon düzeyine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öztürk ve arkadaşları (2000), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri üzerine yaptıkları çalışmada tanı alan çocukların annelerinin depresyon düzeylerini tanı almamış çocukların annelerine göre daha yüksek bulmuştur. Benzer şekilde Gau ve arkadaşları DEHB’de ebeveyn ve ailesel etkenleri araştırmış ve annelerde depresyon, bedensel yakınmalar ve uyku sorununun arttığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise Lesesne ve arkadaşları DEHB’li okul çağındaki çocukların annelerinin işlevselliklerini bozacak düzeyde depresyon, anksiyete sorunları yaşadığını ortaya koyması çalışmamızda elde edilen bulguları desteklemektedir.

Durukan ve arkadaşları (2008) DEHB Olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kullanılan Başa Çıkma Yöntemlerini araştırdıkları çalışmalarında tanı alan çocukların annelerinin oluşturduğu deney grubunun depresyon düzeylerini tanı almamış çocukların annelerinin oluşturduğu kontrol grubuna göre daha yüksek bulmuştur. Benzer şekilde Önal (2009) yaptığı çalışmalar sonucunda annede bulunan depresyon, kaygı ve duygusal problemler ile çocuğun “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” (DEHB) arasında ilişki olduğu ortaya koymuştur. Ayrıca Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı Gelişimsel Pediatri (2013) yaptıkları araştırmada anne depresyonunun okul çağındaki çocuklar üzerinde “aşırı hareketlilik” ve “dikkat eksikliği” gibi etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte Zabcı, (2004) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle

Değerlendirildiği çalışmada DEHB'li çocukların %70'inin anne temsili olan kartları reddedildiği sonucuna ulaşması çalışmamızda elde edilen bulguları desteklemektedir.

Araştırmamızda, DEHB tanılı çocukların annelerinin depresyon düzeyi ile çocukların cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre DEHB tanısı alan erkek çocukların annelerinin depresyon düzeyinin, DEHB tanısı alan kız çocuklarının annelerinin depresyon düzeyinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Brown ve Pacini, DEHB olup klinik başvurusu olan ve normal erkek çocukların ebeveynlerini inceledikleri kontrollü bir çalışmada, DEHB olan çocukların ebeveyninde depresif belirti yaygınlığının kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu ortaya koymaları çalışmamızda elde edilen bulguları desteklemektedir.

Balat (2014), Okul Öncesi Dönemde Çocuğu Olan Annelerin Özyeterlilik Ve Depresyon Düzeylerinin İncelediği çalışmasında örnekleme oluşturan annelerin çocuklarının cinsiyetine göre depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulması çalışmamızda elde edilen bulguları desteklememektedir.

DEHB tanılı çocukların annelerinin depresyon düzeyi ile çocukların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunamamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

DEHB okul öncesi ve okul dönemindeki çocuklarda, etiyojisi net olmayan biyolojik, nöropsikiyatrik, psikolojik, eğitimsel ve toplumsal tarafları olan bir bozukluktur. Bazı araştırmacılara göre bozukluğun sebebi genetik faktörlerken bazı araştırmacılara göre çevresel faktörlerdir. Yapılan birçok araştırmada anne sağlığının çocuğun davranış problemlerine etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. DEHB üzerine yapılan birçok çalışmada benzer bulgular elde edilerek çocuğun DEHB belirtilerinin anne-baba davranışlarında değişikliğe neden olduğu gibi anne-babanın davranışlarının da çocuktaki DEHB belirtilerini etkilediği görülmüştür.

Bu araştırmada bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Araştırmada DEHB tanısı almamış çocukların anneleriyle birebir görüşerek bilgi alınırken, DEHB tanısı almış grubun anneleriyle ilgili bilgiler klinisyenler aracılığı ile sağlanması bu kısıtlılıklardan biridir. Annelerin eğitim düzeylerinin düştükçe BECK Depresyon Envanterine karşı tutumlarında çekingen bir tavır sergilemeleri araştırmanın bir başka kısıtlılığıdır. Sonuçların genellenebilmesi için geniş bir örneklem üzerinde araştırma yapmaya ihtiyaç vardır ancak zaman kısıtlılığı ve kurumların dışarıya bilgi paylaşımında uyguladıkları katı prosedür araştırmanın bir başka kısıtlılığıdır.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. DEHB tanısı almış çocukların annelerinin depresyon düzeyi ile tanı almayan çocukların annelerinin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre deney grubu annelerinin depresyon düzeyinin, kontrol grubu annelerin depresyon düzeyine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

2. DEHB tanılı çocukların annelerinin depresyon düzeyi ile çocukların cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre DEHB tanısı alan erkek çocukların annelerinin depresyon

düzeşinin, DEHB tanısı alan kız çocuklarının annelerinin depresyon düzeyinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

3. DEHB tanılı çocukların annelerinin depresyon düzeyi ile çocukların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunamamıştır.

Araştırmadaki bu sonuçlar doğrultusunda annelerin depresyonunun çocukların DEHB tanısına etkilerini azaltmak amacıyla şu öneriler yapılabilir:

1. DEHB tanılı çocukların tedavisinde ailenin bütünsel bir yaklaşımla ele alınması gerektiği görülmektedir. Özellikle, annedeki depresyon bulgularının araştırılarak tedavi edilmesi, çocuktaki bozukluğun tedavisine yardımcı için gereklidir.

2. DEHB'nin tedavisinde psikososyal eğitim programlarında anneler bozukluğun etiolojisi, sebepleri, tedavisi gibi konularda bilgilendirilmeli ve eğitilmelilerdir.

3. DEHB tanısı alan çocukların bir bütün olarak değil kişisel farklılıkları ve cinsiyetleri dikkate alınarak değerlendirilmesinin annenin depresyonunun anlaşılmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abraham, K. (1911). *Notes on the Psychoanalytical Investion and Treatment of ManicDepressive Insanity and Allied Conditions*. s.102-110. Akt. Gökdağ, C. (2014). *Otomatik Düşünceler, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ve Mizaç Ve Karakter Arasındaki İlişkiler*. s.11. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. s. 55-58. Washington, DC.
- Barkley, R. A. (1996). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. The Guilford Press. s. 91-98. New York
- Batur, S. & Demir, H. K. (2009). *Depresyonun Tedavisi: Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım (4.Baskı)*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. s.12. Ankara
- Beck, A. (1972). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Hoeber. s. 256. Hisli, N. (1989). *Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği*. Psikoloji Dergisi.
- Beck, A. & Alford, B. (2009). *Depression Causes and Treatment*. Akt. Aktay, M. (2014). *Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi ve Depresyonun Yordayıcısı Olarak Bağlanma Stilleri*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi. İstanbul.
- Berges, M. (2003). *Sait-on Jouer avec l'Instabilite?* Le Carnet Psy. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Biederman, I. & Cooper, E. E. (1991a). *Evidence for complete translational and reflectional invariance in visual object priming*. Archive of general psychiatry. s.633.

- Biederman, J., Monuteaux, M., Kendrick, E., Klein, K., & Faraone, S. (2005). *The CBCL as a Screen for Psychiatric Comorbidity in Paediatric Patients with ADHD*. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Cantwell, D. (1996). *Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years*. s. 978-980. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Claudon, P. (1998). *L'instabilité psychomotrice infantile. Une pensée en action*. s.450-455. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- DSM-IV. (2007). *(The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-4): Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. E. Köroğlu (çev.). HYB Yayıncılık. İstanbul.
- Erman, Ö., Turgay, A., Öncü, B., & Urdarivic, V. (1999). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Komorbidite: Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları*. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi. s.12.
- Fitzgerald, M., Bellgrove, M., & Gill, M. (2007). *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. s.205-210. Keser, N. (2010). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Ve Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne Baba Tutumları, Annenin Dehb Belirti Ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.
- Flavigyn, C. (2001). *Psychodynamique de l'instabilité infantile*. s.90. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

- Fourneret, P. (2001). *L' hiperactivite: Historie et actualite d'un syptome*. s.13-20.
- Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Golse, B. (1996). *Hyperactivité de l'enfant et dépression maternelle*. Journal de pédiatrie et de puériculture. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Güleç, C. (2009). *Psikiyatri'nin ABC'si*. 2. Baskı. Say Yayınları. s.63-65. İstanbul.
- Hechtman, L. (1996). *Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review*. Can J Psychiatry. s.350.
- Hechtman, L. (2007). *Dikkat Eksikliği Bozuklukları* (Çev. H. Aydın ve A. Bozkurt) (8.Baskı). Güneş Kitabevi. s.360-362. Ankara.
- Horn, M. (1994). *An Exploratory Study of the Rorschach Responses of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. s.21. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). *Klinik Psikiyatri*. Nobel Tıp Kitabevleri. s.20. İstanbul.
- Karayağız, Ş. (2013). *Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi*. Uzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Kayseri.
- Keser, N. (2010). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış VE Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne Baba Tutumları, Annenin DEHB Belirti Ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.

- Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*. 6. Baskı. Altın Kitaplar Yayınevi, s.30-46. İstanbul.
- Lewinsohn, P. M. (1975). *The Behavioral Study and Treatment of Depression*. Academic Press. New York.
- Lufi, D., & Cohen, A. (1990). *Identifying ADHD with the WISC-R and the Stroop Color And Word Test*. s.28-34. Akt. Yelkenci, İ. (2013). *Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Depresyon İle Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi. İstanbul.
- Mallarive, J., & Bourgeois, M. (1976). *L'enfant hyperkinétique. Aspects psychopathologiques*. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (2. Baskı)*. Guilford Press. s.256. New York.
- Öktem, F. (1993). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bpzukluğu*. Türk Psikiyatri Dergisi. s.113.
- Özmen, M. (2001). *Depresyonda Dinamik Nedenler*. Duygudurum Dizgisi. s.253.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Yenilenmiş 11. Baskı)*. Tuna Matbaacılık A.ş., s.50. Ankara.
- Palmer, E., & Finger, S. (2001). *An Early Description of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Keser, N. (2010). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Ve Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne*

Baba Tutumları, Annenin Dehb Belirti Ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi.
Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.

Rafalovich, A. (. (2001). *The Conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Idiocy, Imbecility, Encephalitis and the Child Deviant.* An Interdisciplinary Journal. s.93.

Resnick, R. (2005). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Teens and Adults: They don't all Outgrow it.* J Clin Psychol. s.529. Akt. Keser, N. (2010). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış VE Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne Baba Tutumları, Annenin DEHB Belirti Ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.

Seligman, M. E., Abramson, L. Y., & Semmel, A. (1975). *Depressive Attributional Style.* Journal of Abnormal Psychology.

Şenol, S. (2006). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı.* HYB Yayıncılık. s.325. Ankara.

Tahiroğlu, A., Avcı, A., Fırat, S., & Şeydaoğlu, G. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri.* . Anadolu Psikiyatri Dergisi. s.5-10.

Tarhan, N. (2013). *Kendinizle Barışık Olmak. Duyguların Eğitimi. 20. Baskı.* Timaş Yayınları. s.50. İstanbul.

Türe, F. (2010). *DEHB Olan Çocukların (8-12 YAŞ) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi.* Yüksek Lisans tezi. Maltepe Üniversitesi. İstanbul.

Weiss, M., & Murray, C. (2003). *Assessment and Management of AttentionDeficit Hyperactivity Disorder in Adults.* CMAJ. s.715-722

Zabcı, N. (2004). *DEHB Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

EKLER

EK I. Anne Bilgi Formu

Protokol No:

Tarih:

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

Tahsil yok ilkokul Ortaokul Lise Üniversite

Yüksek lisans Doktora

Diğer (açıkça belirtiniz)

3. Şu andaki işiniz:

4. Oturduğunuz semt:

5. Çocuklarınızın yaş ve cinsiyetlerini belirtiniz.

Kız Erkek

7 8 9 10 11

EK II. Katılım Formu

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji alanında, 7-11 yaş arasında çocuğu olan annelerin depresyon düzeyini ölçen bir test ile çocukların dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan yüksek lisans tezi yapmaktayım. En fazla 10 dakikanızı alacak bu testin sonuçları tamamen saklı tutulacak ve kimlik bilgileriniz alınmayacaktır.

Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Nazlı Deniz Özpolat

Klinik Psikoloji Bölümü

EK III. BECK Depresyon Envanteri

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) oğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama Şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her Şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın Şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) BaŐkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuŐmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık evremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

ÖZGEÇMİŞ

14 Kasım 1990 tarihinde, İstanbul’ da doğdum. İlköğretim öğrenimimi Abdulkadir Uztürk İlköğretim Okulu’nda, orta öğrenimimi Küçükçekmece Anadolu Lisesinde, lisans öğrenimimi ise T.C Bilim Üniversitesi Fen–Edebiyat Fakültesi, Psikoloji bölümünde (2012) tamamladım. 2012 yılından itibaren çeşitli kolejlerde psikolog olarak çalıştım. 2013 yılında da Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bölümünde yüksek lisans eğitimime başladım. Yabancı dilim İngilizcedir.

Aday: Nazlı Deniz ÖZPOLAT