



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANISI OLAN VE
OLMAYAN ERGENLERDE STRESLE
BAŞA ÇIKMA TARZLARI, BİLİŞSEL
HATALAR VE ALGILANAN ANA-BABA
DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

SÜMEYYE ÇETİN

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ÖZALP EKİNCİ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
KASIM/2022**

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde aktardıkları bilgi birikimi ile öğrenim sürecime katkı sağlayan tüm değerli hocalarıma ve tezin yazım süreci ve veri toplama aşamalarında birçok olanağı bana sunan ve destek veren tez danışmanım Prof. Dr. Özalp Ekinci'ye,

Tez sürecindeki ilgi ve destekleri için Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı başkanı Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu'na,

Fikir ve deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Hüseyin Güleç ve Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e,

Tezin en zahmetli kısmı olan veri toplama aşamasında bana kolaylıklar sağlayan başta Dr. Büşra Üstündağ olmak üzere Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri ekibinde bulunan tüm asistan doktor ve çalışanlarına,

Pandemi sürecindeki kısıtlı imkanlarda araştırmamı destekleyerek her türlü yardım ve destekte bulunan, zamanlarını ayıran ve imkanlarını sunan Kazım İşmen Anadolu Lisesi müdürü Ahmet Selim Sarı ve rehber öğretmenleri Mübine Balcı ile diğer tüm idareci ve öğretmenlere,

Birlikte çalışıyor olmaktan mutluluk duyduğum, destekleyici ve öğretici bir çalışma ortamı sunan İstanbul Medeniyet Üniversitesi Psikoloji bölümü bölüm başkanı Prof. Dr. F. Işıl Bilican'a, yol göstermeleri ve desteği için Dr. Öğr. Üyesi Uzay Dural Şenoğuz'a ve her zaman desteklerini hissettiğim diğer tüm değerli hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Bu uzun süreçte karşılaştığım tüm durumlarda yanımda olan ve desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Sümeyye Karadağ'a,

Hayatımı kolaylaştırmaktaki rolü çok büyük olan, bana güvenen, destekleyen ve sevgisini her zaman hissettiğim canım anneme, bana bıraktıklarından dolayı sevgili babama, her zorluğumda beni dinleyen, yol gösteren, hep yanımda hissettiğim canım ablama,

Tez çalışmasına katılarak vakitlerini ayıran tüm gençlere ve ebeveynlerine

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	5
2.1.1. Tarihçe.....	5
2.1.2. Tanım	6
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Etiyoloji	8
2.1.4.1. Genetik faktörler	8
2.1.4.2. Nörolojik faktörler.....	9
2.1.4.3. Psikososyal faktörler	10
2.1.5. Tedavi.....	11
2.1.5.1. İlaç tedavileri	11
2.1.5.2. Psikososyal tedaviler	11
2.1.5.3. Diğer tedavi yöntemleri.....	12
2.2. EBEVEYN TUTUMLARI.....	13
2.2.1. Baumrind'in Çalışmaları	14
2.2.2. Maccoby ve Martin'in İki Boyutlu Yaklaşımı	15
2.2.3. Bütünsel Model.....	16
2.3. STRES.....	18
2.3.1. Uyaran Yönelimli Yaklaşım.....	19
2.3.2. Tepki Yönelimli Yaklaşım	20
2.3.2.1. Savaş/Kaç kuramı.....	20
2.3.2.2. Genel adaptasyon sendromu	20
2.3.3. Etkileşim Yönelimli Yaklaşım	21
2.3.3.1. Etkileşimsel kuram.....	21
2.4. STRESLE BAŞA ÇIKMA.....	24
2.4.1. Kişi Odaklı Yaklaşımlar	24
2.4.2. Durumsal Faktörler	25

2.4.3. Bilişsel Yaklaşımlar	25
2.5. BİLİŞSEL MODEL	26
2.5.1. Bilişsel Hatalar.....	27
2.6. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI OLAN KİŞİLERİN STRES DÜZEYLERİNİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARINI İNCELEYEN ARAŞTIRMALAR	28
2.7. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE EBEVEYN STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ İNCELEYEN ARAŞTIRMALAR	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	36
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	36
3.2.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri	36
3.2.2. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri	37
3.3. UYGULAMA.....	37
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	38
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	38
3.4.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)	38
3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	39
3.4.4. Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği (ÇOBHÖ).....	40
3.4.5. Leuven Algılanan Ana-Babalık Ölçeği-Ergen Sürümü (LAAÖ/e)	41
3.4.6. Leuven Algılanan Ana-Babalık Ölçeği-Ebeveyn Sürümü (LAAÖ/a)	41
3.4.7. Conners Derecelendirme Ölçekleri (CDÖ)-Kısa Form.....	42
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	42
4. BULGULAR	43
4.1. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ	43
4.2. ÖLÇEKLERİN İNCELENMESİ	45
4.2.1. Ölçeklerin Normallik Dağılımları.....	45
4.2.2. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	51
4.2.3. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlere Uygulanan Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	51
4.2.4. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlere Uygulanan Ölçeklerin Sosyodemografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması	58
4.2.4.1. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	58
4.2.4.2. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	59
4.2.4.3 Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde Leuven anne-baba davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	60

4.2.4.4. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde Leuven anne-baba davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	62
4.2.4.5. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven anne-baba davranışları puanlarının sınıf düzeyine göre karşılaştırılması	63
4.2.4.6. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının gelir düzeyine göre karşılaştırılması.....	67
4.2.4.7. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ÇOBHÖ ve Leuven anne-baba davranışları puanlarının gelir düzeyine göre karşılaştırılması	68
4.2.5. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	72
4.2.5.1 Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ASÖ ve SBTÖ puanlarının karşılaştırılması.....	72
4.2.5.2. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının karşılaştırılması..	73
4.2.5.3. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven baba puanlarının karşılaştırılması	74
4.2.5.4. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven anne puanlarının karşılaştırılması	74
4.2.5.5. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuğu olan ve olmayan ebeveynlerin Leuven ebeveyn puanlarının karşılaştırılması	75
5. TARTIŞMA	76
5.1. ERGENLERDE ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ VE LEUVEN ANNE BABA DAVRANIŞLARI ÖLÇEKLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	76
5.2. ERGENLERDE ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ VE LEUVEN ANNE BABA DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	79
5.3. SAĞLIKLI VE DEHB TANILI ERGENLERİN ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ VE LEUVEN ANNE BABA DAVRANIŞLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	84
5.3.1. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin ASÖ ve SBTÖ Puanlarının Karşılaştırılması Bulgularının Değerlendirilmesi	84
5.3.2. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin Leuven Anne-Baba Davranışları Puanlarının Karşılaştırılması Bulgularının Değerlendirilmesi	86
5.3.3. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin ÇOBHÖ Puanlarının Karşılaştırılması Bulgularının Değerlendirilmesi	88
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	90
KAYNAKLAR	93
EKLER	101

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. 1: Maccoby ve Martin'in ebeveynlik stilleri.....	16
Tablo 4. 1: Örneklem ait sosyodemografik bilgiler.....	44
Tablo 4. 2: Ergen örnekleminde normallik dağılımının Shapiro-Wilk analizi ile incelenmesi	45
Tablo 4. 3: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlere uygulanan ölçeklerin normallik dağılımları	46
Tablo 4. 4: Ebeveyn örnekleminde normallik dağılımının Shapiro-Wilk analizi ile incelenmesi	48
Tablo 4. 5: Ebeveynlere uygulanan ölçeklerin normallik dağılımları.....	49
Tablo 4. 6: Ergenlerin DEHB toplam puanlarının sosyodemografik özellikleri bakımından karşılaştırılması	51
Tablo 4. 7: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı olan ergenlerin ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven anne-baba davranışları özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi	55
Tablo 4. 8: Sağlıklı ergenlerin ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven anne-baba davranışları arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	56
Tablo 4. 9: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	59
Tablo 4. 10: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması.....	59
Tablo 4. 11: Sağlıklı ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması	60
Tablo 4. 12: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde Leuven baba davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	60
Tablo 4. 13: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde Leuven anne davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması	61
Tablo 4. 14: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde Leuven anne davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması	61

Tablo 4. 15: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde Leuven anne-baba davranışları puanlarının cinsiyete değişkenine göre karşılaştırılması	62
Tablo 4. 16: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ASÖ ve SBTÖ puanlarının sınıf düzeyine göre karşılaştırılması	63
Tablo 4. 17: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının sınıf düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması	64
Tablo 4. 18: Sağlıklı ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının sınıf düzeyine göre Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırılması	64
Tablo 4. 19: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven baba davranışı puanlarının sınıf düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması	65
Tablo 4. 20: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerin Leuven anne davranışı puanlarının sınıf düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması	66
Tablo 4. 21: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerin Leuven baba davranışı puanlarının sınıf düzeyine göre Kruskal Wallis ile karşılaştırılması	66
Tablo 4. 22: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının gelir düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması	67
Tablo 4. 23: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının gelir düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması	68
Tablo 4. 24: Sağlıklı ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının gelir düzeyine göre Kruskal Wallis ile karşılaştırılması	69
Tablo 4. 25: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven baba davranışlarının gelir düzeyi değişkenine göre tek yönlü ANOVA ile incelenmesi	69
Tablo 4. 26: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin Leuven anne davranışlarının gelir düzeyi değişkenine göre tek yönlü ANOVA ile incelenmesi	70
Tablo 4. 27: Sağlıklı ergenlerin Leuven anne davranışlarının gelir düzeyi değişkenine göre Kruskal Wallis analizi ile incelenmesi	71
Tablo 4. 28: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ASÖ ve SBTÖ puanlarının karşılaştırılması	72
Tablo 4. 29: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin SBTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	73

Tablo 4. 30: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının karşılaştırılması ...	73
Tablo 4. 31: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven baba puanlarının karşılaştırılması	74
Tablo 4. 32: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven anne puanlarının karşılaştırılması	75
Tablo 4. 33: Sağlıklı ve DEHB tanılı ebeveynlerin Leuven ebeveyn puanlarının karşılaştırılması	75



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. 1: Lazarus'un stres modeli.....	23
--	----



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
ÇOBHÖ	: Çocuklar İçin Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği
DB	: Davranım Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
SBTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI OLAN VE OLMAYAN ERGENLERDE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI, BİLİŞSEL HATALAR VE ALGILANAN ANA-BABA DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada DEHB tanısı olan ergenlerin stresle başa çıkma tarzları, bilişsel hatalar ve algılanan ebeveyn davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın diğer bir amacı ise bu değişkenlerin DEHB tanılı ve sağlıklı ergenlerde karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın verileri ergenlerde Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Çocuklar için Bilişsel Hatalar Ölçeği (ÇOBHÖ), Leuven Algılanan Ana-Baba Davranışları Ölçeği (LAAÖ/e), ebeveynlerde Conners Derecelendirme Ölçeği ve Leuven Ana-Baba Davranışları Ölçeği (LAAÖ/a), öğretmenlerde ise Conners Derecelendirme Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. DEHB grubuna ait veriler Ekim 2020-Nisan 2021 tarihlerinde İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde, sağlıklı gruba ait veriler ise Mayıs 2021-Nisan 2022 tarihlerinde çeşitli okullardan toplanmıştır ve 179 kişi analizlere dahil edilmiştir. Parametrik test varsayımları karşılandığında değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon Katsayıları; gruplar arasındaki farklılıkların incelenmesi için Bağımsız Örneklem t-Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada DEHB tanılı ergenlerde stresle aktif başa çıkma tarzları ile olumsuz bilişsel hatalar arasında negatif; anne ve babanın duyarlılığı ile pozitif bir ilişki bulunurken stresle pasif başa çıkma tarzları ile olumsuz bilişsel hatalar arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. DEHB tanısı olan ergenlerde stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım puanları ve babaların algılanan psikolojik kontrol puanları sağlıklı ergenlerden daha yüksek; anne ve babaların algılanan duyarlılık puanları sağlıklı gruptaki ergenlerden daha düşük bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma sonucunda stresle başa çıkma tarzının bilişsel hatalar ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte anne ve babaların duyarlı davranışlarının aktif başa çıkmada önemli bir etken olabileceği saptanmıştır. Ayrıca DEHB ve sağlıklı grup arasında

ebeveynlerin algılanan duyarlılık ve psikolojik kontrol davranışlarının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Hatalar, DEHB, Ebeveyn Davranışları, Stres, Stresle Başa Çıkma



THE EXAMINATION OF RELATIONSHIP BETWEEN COPING STYLES, COGNITIVE ERRORS AND PERCEIVED PARENTING BEHAVIOURS IN DIAGNOSED AND NOT DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to determine the relationship between coping, cognitive errors and perceived parenting of adolescents diagnosed with ADHD. Secondary aim of this study is to compare these variables in adolescents diagnosed with ADHD and healthy.

Materials and Methods: Data of this study were collected by using Personal Information Form, Perceived Stress Scale (PSS), Ways of Coping Inventory (WCI), The Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire (CNCEQ), Leuven Adolescent Perceived Parenting Scale (LAPPS) from teenagers, Conners' Parent Rating Scale and Leuven Perceived Parenting Scale from parents and Conners' Teacher Rating Scale from teachers. Data belonging to ADHD group were collected from Istanbul Erenköy Psychiatry Hospital from October 2020 to April 2021 and data belonging to healthy group were collected from various schools from May 2021 to April 2022. After data collection, 179 adolescents were included in the analyses. Relationships between variables were examined with Pearson Correlation Coefficients and differences between groups were examined Independent Sample t-Test when parametric test assumptions were met.

Results: In this study, a negative correlation was found between active coping styles and cognitive errors and positive correlation was found between sensitivity of both mothers and fathers and passive coping styles in adolescents diagnosed with ADHD. It was determined that subjugation coping style score and perceived psychological control score of father was higher on ADHD groups than healthy groups. Perceived sensitivity of mothers and fathers score was found lower on ADHD groups.

Conclusion: As a result of the study it was determined that coping styles are correlated with cognitive errors. However, it was determined that sensitivity of mothers and fathers could be an important factor on coping styles. Furthermore, there was found a

difference on perceived sensitivity and psychological control between ADHD and healthy groups.

Key Words: Cognitive Errors, ADHD, Parenting Behaviors, Stress, Coping



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkati uzun süre sürdürememe, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, istekleri erteleyememe gibi belirtilerle seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB'nin dünyadaki yaygınlığı %5-12 arasında değiştiği, Türkiye'de ise bu oranın %2-13 olduğu bilinmektedir. İlkokul çağında DEHB tanısı almış olan çocukların %80'i ergenlikte; ergenlikte DEHB belirti gösterenlerin ise %60'ı yetişkinlikte de belirti göstermeye devam etmektedir. DEHB genetik geçişi yüksek olan bir bozukluk olmakla birlikte genetiğin yanı sıra travmatik beyin zedelenmesi, hamilelikte sigara kullanımı, doğum komplikosyanları, çevresel toksinlere maruz kalma gibi etkenlerin de DEHB etiyolojisinde rol oynayabileceği tartışılmaktadır. Ebeveynlik tutumları, duygusal yoksunluk, düşük sosyoekonomik düzey ve stres gibi psikososyal faktörlerin ise doğrudan DEHB etiyolojisine katkıları olmasa dahi DEHB belirtilerini artıran özellikte olduğu görülmektedir. DEHB tedavisinde temel tedavi yöntemi ilaç tedavisidir; bununla birlikte davranışçı yöntemler psikososyal ortamın düzenlenmesi amacıyla kullanılmaktadır (1).

DEHB tanısı alan ergenlerin zeka düzeyinden bağımsız olarak akademik performanslarının akranlarından daha düşük olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra tanı alan ergenlerin sosyal alanda yaşadıkları birçok zorluk da bulunmaktadır. DEHB'li kişilerin kişiler arası ilişkilerde problem yaşadıkları ve daha az arkadaşları olduğu görülmektedir. Bu gibi sorunlar kişilerde stres oluşturmakta ve bu stresle başa çıkmayı gerektirmektedir (1,2).

Stresle başa çıkma bilişsel yaklaşımda iki temel boyutta incelenmektedir: aktif/problem odaklı başa çıkma ve pasif/duygu odaklı başa çıkma (3,4). Aktif başa çıkma, stres halini ortaya çıkaran sebepleri yani stresörleri ortadan kaldırmaya yöneliktir. Bu başa çıkma tarzını kullanan kişiler koşulları değiştirmeye, yeni seçenekler oluşturmaya, fizyolojik ve psikolojik kaynakları artırmaya odaklanmaktadır. Diğer bir deyişle, stresin kendisini değil onu oluşturan çevresel faktörleri ortadan kaldırmaya çabalarlar (5–8). Pasif/duygu odaklı başa çıkmada ise temel amaç duygunun kendisini ortadan kaldırmaktır. Bu yüzden pasif başa çıkmayı kullanan kişiler problemin sebeplerini ortadan kaldırmak yerine inkar, kaçınma gibi bilişsel veya spor yapma, alkol tüketme gibi davranışsal stratejiler ile duyguya müdahale etmektedirler (4,5,7,8).

Aktif/problem odaklı başa çıkmanın planlama, organizasyon, bilişsel esneklik, zaman yönetimi ve bellek gibi yürütücü işlevlerle ilişkili olmasından kaynaklı olarak DEHB tanılı kişilerin bu başa çıkma yöntemini kullanmakta zorlandıkları görülmektedir (9,10). Ancak yapılan araştırmalara bakıldığında DEHB ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların daha çok yetişkin veya ebeveyn örneklemleriyle yapıldığı görülmektedir (11). Bu açıdan bu araştırma ergen örneklem grubunda yapılmasının ergenlerdeki süreçlerin fark edilebilmesi açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

Bilişsel hatalar, kişinin kendisi, başkaları ve dünya hakkındaki olumsuz inançları ve olayları değerlendirirken çarpıtmaları dolayısıyla oluşturdukları bir tür bilişsel kestirmelerdir. Bilişsel hataların sıklıkla kullanılması kişilerin kendileri hakkındaki olumsuz yargılarını sürdürmelerine sebep olmaktadır (12). Bu olumsuz yargının kişilerde öz-güven kaybına yol açabileceği dolayısıyla problem çözme becerilerine güvenmeyecekleri düşünülmektedir. Ayrıca bilişsel hataların ortadan kaldırılması için oluşturulan alternatif düşüncelerde esnek düşünmenin büyük bir rolü vardır (13,14). Stresle aktif başa çıkmanın oluşabilmesi için de gerekli olan bu özellikler sebebiyle bilişsel hatalar ve stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Beck'e göre her psikopatolojik durumda o psikopatolojiye özgü oluşan bilişsel hatalar bulunmaktadır (15). Ancak DEHB ile bilişsel hatalar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır (15–19) ve bunlardan yalnızca birinde (15) ergen DEHB grubu ve diğer gruplar karşılaştırılarak incelenmiştir.

Ebeveynlik tutumları ve davranışları hem aile içinde oluşturduğu iklim hem de ebeveynlik uygulamaları açısından çocuğun gelişimini etkilemekte ve çocuğun topluma hazırlanmasını sağlamaktadır (20–22). Bu konuda ilk önemli çalışmaları yapan Baumrind demokratik, otoriter ve izin verici olmak üzere üç ebeveyn tutumu ortaya koymuştur (20,23) ancak bu tür bir sınıflandırmanın ebeveynin hangi davranışının çocukta belli bir davranışa aracılık ettiği anlaşılamamaktadır (20,24). Ebeveynlik davranışlarının çocuğa hem bir sosyal öğrenme ortamı sağladığı hem de çocuk üzerindeki olumlu-olumsuz etkilerinin stresle başa çıkma tarzlarına da yansıdığı düşünülmektedir. Ebeveyn davranışlarının çocuğun davranışlarını ve gelişimini etkilemesiyle birlikte ergenliğin aileden ayrılarak daha bireysel olmaya başladığı bir dönem olması sebebiyle ebeveyn davranışlarının ergenin davranışları üzerinde ne kadar etkili olacağı merak edilmektedir (25). Bunun yanı sıra, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin daha çok otoriter

ve izin verici tutumu kullanmalarını gösteren çalışmalar (26,27) olmasına rağmen bu çalışmalarda daha çok annenin tutumu incelenmiştir. Bu nedenle bu çalışmada ergenler hem anne hem de babalarının davranışlarını değerlendirmişlerdir; ayrıca ebeveynlerin de kendilerini değerlendirmeleri sağlanarak daha kapsamlı bilgi edinilmesi amaçlanmıştır.

Stresle başa çıkmada ebeveynlerin ergenlere sunmuş olduğu duyarlılık ve özerklik desteği gibi ebeveynlik davranışlarının ergenin problem çözme becerilerine güvenini artırarak aktif başa çıkma tarzını daha fazla kullanmaları olasıdır. Bunun yanı sıra stresle başa çıkma ile bilişsel hatalar arasında da bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda DEHB’li çocuğu olan ebeveynlerin stresle başa çıkma tarzları sıklıkla incelenmiş (28,29) olmasına rağmen ergenlerin becerilerini inceleyen çalışmalar daha sınırlıdır. DEHB’li gruplarda ebeveyn stilleri sıklıkla incelenmiş olmasına rağmen bu çalışmada hem ebeveyn hem de ergen değerlendirmeleri alarak ve ergenlerin hem anne hem de babalarını değerlendirmelerini sağlayarak ve ebeveyn stilleri yerine ebeveyn davranışlarını inceleyerek daha kapsamlı bir sonuç elde etmek amaçlanmaktadır. Bilişsel hataların DEHB gruplarında araştırıldığı çalışmaların çok kısıtlı olması sebebiyle, bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, stresle başa çıkma tarzları, ebeveynlik davranışları ve bilişsel hatalar arasındaki ilişkilerin birlikte incelenmesinin DEHB tanılı kişilerin sosyal yaşamdaki zorluklarını yönetebilmeyi sağlayacak olan stresle başa çıkma tarzlarının hangi faktörle daha kuvvetli bir ilişkisi olduğunun tespit edilmesi ve böylece bu faktörlerden hangisinin tedaviye daha çok katkı sunacağının tartışılması amaçlanmaktadır. Ayrıca yapılan birçok çalışmada klinik tanı almamış olan örneklem kullanılmasının aksine bu çalışmada DEHB tanı grubu ile sağlıklı grubun karşılaştırılarak literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir.

Bununla birlikte bu çalışma, stresle başa çıkma tarzları ile ebeveyn davranışları arasındaki ilişkide bilişsel hataların aracılığı rolünün incelenebileceği ve değişkenlerin diğer hasta gruplarıyla karşılaştırılabileceği ileriki araştırmalara ışık tutacaktır. Ayrıca daha geniş örneklem grubuyla yapılacak sonraki çalışmalarda DEHB’li ergenlerin kullandıkları olumsuz bilişsel hatalar ve stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarının daha detaylı incelenmesi yönünde bir ön çalışma niteliği taşıyacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

1. DEHB tanılı ergenlerde stresle aktif başa çıkma tarzı ile olumsuz bilişsel hatalar ve ebeveynlerin psikolojik kontrol davranışları arasında negatif yönde ilişki vardır.

2. DEHB tanılı ergenlerde stresle aktif başa çıkma tarzı ile ebeveynlerin duyarlılık ve özerklik desteği davranışları arasında pozitif yönde ilişki vardır.

3. Olumsuz bilişsel hatalar ile ebeveynin psikolojik kontrol davranışı arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

4. Olumsuz bilişsel hatalar ile ebeveynin duyarlılık davranışı arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

5. DEHB tanılı ergenlerde algılanan stres düzeyi, stresle pasif başa çıkma tarzı ve olumsuz bilişsel hatalar sağlıklı ergenlerden daha fazladır.

6. DEHB tanılı ergenlerde stresle aktif başa çıkma tarzı sağlıklı ergenlerden daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tarihçe

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tarihine bakıldığında DEHB'nin ilk kez Rusya çarçesinin doktoru olan Melchior Adam Weikard tarafından dile getirildiği görülmektedir. Weikard, 1770 yılında yazdığı bir tıp kitabının bir bölümünü “dikkat eksikliği”ne ayırmıştır. Bunun ardından 1790 yılında İskoçyalı bir hekim olan Crichton çocuklardaki dikkat eksikliği problemine değinmiştir. 1845 yılında Alman hekim Heinrich Hoffman epilepsisi olan bir çocuğun aşırı hareketli oluşunu gözlemlemiş ve çocukluk döneminde görülen bozukluklar hakkındaki eserinde “kıpır kıpır Phil” şiiri ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu gündeme getirmiştir. Bu konudaki ilk bilimsel kaynaklar ise George Still ve Alfred Tredgold tarafından oluşturulmuştur. 1902 yılında Still, çocuklarda duygu, düzenleme, hiperaktivite, dürtü kontrol ve konsantrasyon sorunu, öğrenme güçlüğü ve davranım bozuklukları ile karakterize olan “ahlaki yetersizlik” (moral defect) adlı bir klinik tablo tanımlamıştır. Still'in tarif etmiş olduğu bu tablo bugünkü dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanımı ile benzerdir. Still, aynı zamanda, bu bozukluğun erkeklerde kızlara oranla daha çok görüldüğünü ve organik ve sosyal faktörlerden etkilendiğini belirtmiştir. Bunu izleyen yıllarda, bu bozukluğun daha çok organik nedenli olabileceği üzerinde durulmuştur. Birinci Dünya Savaşı sonrasında “ensefalit letarjika” geçiren çocuklarda benzer belirtilerin görülmesi de bu organik nedenlere ilişkin görüşü desteklemiştir. Bu sebeple Khan ve Cohen da bozukluğun merkezi sinir sisteminin zedelenmesi ile ortaya çıktığı görüşünü savunarak bu davranış bozukluğuna “organik hareketlilik” adını vermişlerdir (1,2,30).

1947 yılında Straus ve arkadaşları aşırı hareketlilik, perseverasyon, bilişsel yetersizlik ve dürtüsellik gösteren çocukların, sonradan tespit edilemeyen bir beyin hasarına sahip olduklarını ileri sürerek bunu “minimal beyin hasarı” olarak adlandırmışlardır. Ancak bazı klinisyenler, tespit edilemeyen bir beyin “hasarının” hasar

olarak adlandırılmayacağını ve bu sebeple bunun bir tanı kategorisine giremeyeceğini savunarak bu görüşe karşı çıkmışlardır. 1950’lerde bozukluğa neden olabilecek nörolojik yapılar anlaşılma çalışılmış ve bu belirtileri gösteren kişileri tanımlamak için “hiperkinetik dürtü bozukluğu” terimi kullanılmıştır. 1960’larda “minimal beyin hasarı” (minimal brain damage) adlandırılması, belirtilerin nörolojik bozukluğu olmayan çocuklarda da görülmesinden dolayı “minimal beyin işlev bozukluğu” (minimal brain dysfunction) şeklinde değiştirilmiştir. 1970’li yıllara gelindiğinde, yukarıda bahsedilen belirtileri tanımlamak için ayrı ayrı “disleksi”, “hiperaktivite”, “öğrenme bozukluğu”, “konuşma bozukluğu” gibi terimler kullanılmaya başlanmıştır. 1971’de Wender minimal beyin işlev bozukluğunun 1. motor davranış, 2. dikkat, algı, bilişsel işlevsellik, 3. öğrenme, 4. dürtü denetimi, 5. kişilerarası ilişkiler, 6. duygu olmak üzere altı sorun başlığına sahip olduğunu belirtmiştir. 1980’lerde Sir Michael Rutter çocuklarda herhangi bir beyin hasarına ve işlev bozukluğuna rastlanmadığında da bu problemlerin yaşanabileceğini belirterek bu bozukluğun davranışsal olarak tanımlanması gerektiği düşüncesini ortaya koymuştur. 1983’te “dikkat eksikliği”, 1992’de “zayıf engelleyici süreç” ve 1993’te, engelleme düzeneklerinin gecikmişliğine vurgu yapan “ters ve gecikmiş engellenme” terimleri kullanılmıştır (1,2,30).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanısal sınıflandırılması sürecine bakıldığında ise, ICD-9 ve DSM-II’de “çocukluktaki hiperkinetik sendrom” başlığında incelendiği görülmektedir. DSM-II tanı kriterlerinde hiperaktivite, dikkat kısıtlılığı ve kolay uyarılabilirlik bulunmaktadır. DSM-III, bozukluğu dikkat eksikliği olarak tanımlamış; hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz olarak incelemiştir. Temel belirtileri ise dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ismi DSM-III-R ile oluşturulmuş ve tanı için sıralanan 14 belirtiden 8’ini sağlamak koşulu konulmuştur. ICD-10 ve DSM-IV’te önceki sınıflandırmalardaki şekliyle tanımlanmaya devam edilmiştir (1,2).

2.1.2. Tanım

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu dikkat süresinin kısıtlılığı, aşırı hareketlilik, davranış veya bilişlerde meydana gelen ataklık, istekleri erteleyememe, dürtüsellik belirtileriyle seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur.

DEHB’nin gelişimsel probleme neden olan iki boyutu vardır: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik. Dikkat eksikliği gündüz düşleri, kuralları olan bir

oyuna/faaliyete uzun süre odaklanamama, unutkanlık; hiperaktivite-dürtüsellik boyutu yerinde duramama, aşırı konuşma, huzursuz hissetme gibi durumlarla görülmektedir (1,2,31).

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB'nin epidemiyolojisine yönelik yapılan araştırmalarda okul çağı çocuklarında prevelansın %5 ile %12 arasında değiştiği bulunmuş; Amerikan Psikiyatri Birliği ise bu oranı %3-7 olarak belirtmiştir (1,32). Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda birbirinden oldukça farklı sonuçlar da bulunmuş ve %0,2 ile %27 olarak uç değerleri gösteren bulgular dahi elde edilmiştir. Ancak elde edilen uç değerli bulguların coğrafi veya ırksal değil yalnızca metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı belirtilmiştir (33). Polanczyk ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları gözden geçirme çalışmasında DEHB'nin epidemiyolojisi konusunda yalnızca küçük farklılıklar olduğu ve ortalama değerin %5,3 olduğu (32); 2007 ve 2012 yıllarında yapılan bir meta analiz çalışmasında da DEHB'nin dünyadaki ortalama prevelansının %5,29 ve %5,9-7,1 olduğu gösterilmiştir (33). 2015 yılında, 27 ülkeden 41 çalışmayı içeren bir başka meta-analiz çalışmasında ise bu ortalama değer %3,4 olarak bulunmuştur (33).

Türkiye'de 1993-2010 yılları boyunca çeşitli bölgelerde yapılan DEHB epidemiyoloji çalışmalarına bakıldığında oranın %2 ve %13,38 arasında değiştiği görülmektedir (1,33,34). Ercan (2013) tarafından yapılan boylamsal bir araştırmada ülkemizdeki DEHB yaygınlığı ilk yıl %13,38; ikinci yıl %12,53; üçüncü yıl %12,22; dördüncü yıl %12,55 olarak bulunmuştur (35). Bu sonuçlar başka birçok ülkede yapılmış epidemiyoloji çalışmalarını içeren bir meta-analiz çalışmasından elde edilen ortalama değer ile karşılaştırıldığında ülkemizdeki okul çağı çocuklarında DEHB prevelansının yüksek olduğunu göstermiştir (33,35). Bununla birlikte DEHB'li çocukların %80'inin ergenlikte de tanı kriterlerini karşıladığı, tanı kriterlerini karşılayan ergenlerin de %60'ının yetişkinlikte de devam ettiği belirtilmektedir (32).

DEHB görülme sıklığının cinsiyetler arasındaki farklılığına dair yapılan araştırmalarda DEHB'nin erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü saptanmıştır. Toplum örnekleminde çocukluk ve ergenlik çağında DEHB görülme sıklığı erkek/kız oranı 3/1; klinik örnekleimde ise 9/1 olarak saptanmıştır (1,32-34). Ancak bunun kız çocuklarına yeterli tanı konulmamış olmasından kaynaklandığına inanılmaktadır (1,32).

Erol (2010) tarafından ülkemizde yapılan çalışmada ise bu oranın 3,23/1 olduğu saptanmıştır (36).

2.1.4. Etiyoloji

DEHB nedeni bilinmeyen nörogelişimsel bir bozukluktur. Genetik, nöropsikoloji, nörotransmitterler, beslenme, çevre ve psikososyal etkenler DEHB'nin etiyolojisine yönelik araştırmalarda sıklıkla incelenmektedir (1). Genel çerçevede bakıldığında, hamilelikte sigara kullanımının, düşük doğum ağırlığının, hipoksik-anoksik beyin zedelenmesinin, epilepsi ve travmatik beyin zedelenmesinin DEHB riskini artırdığı, hamilelik ve doğum komplikasyonlarının ise DEHB etiyolojisine etkisinin karmaşık olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Çevresel toksinlere maruz kalma da DEHB semptomları ile ilişkili bulunmuştur. Erken dönem ayrılmalar hariç, ailesel ve psikososyal zorluklar ile DEHB arasındaki ilişki ise net değildir. Ayrıca nörogörüntüleme çalışmaları, erken beyin gelişimindeki bozuklukların da DEHB'ye işaret ettiğini göstermektedir (37).

2.1.4.1. Genetik faktörler: DEHB'nin ortaya çıkmasında prenatal dönemde, hamileliğin stresli geçmesi, annede madde kötüye kullanımı, prematüre veya düşük ağırlıklı doğum, doğum komplikasyonları gibi genetik faktörler araştırılmaktadır. Ancak ortaya çıkabilecek prenatal döneme ait risk faktörlerini sosyal zorluklar ve ebeveynlerin zihinsel sağlığı gibi postnatal döneme ait risk faktörlerinden ayırmak pek mümkün gözükmemektedir (38).

Prematüre doğumun DEHB üzerindeki risk oranının değerlendirildiği boylamsal çalışmalar, gebelik süresinin azalmasının DEHB tanısı alma riskini artırdığını göstermiştir. Prematüre doğumda, bebeğin nöronal gelişimini tamamlayabilmesi için daha az bir süre bulunmasının bunda etkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak, doğum komplikasyonlarının nöronal bir hasara neden olabileceği veya genetik faktörlerin hem DEHB hem de prematüre doğum için risk oluşturabileceği gibi başka diğer birçok mekanizmanın da bu ilişkinin oluşumunda etkili olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Düşük doğum ağırlığı ile ilgili ise araştırmalar farklı sonuçlara işaret etmektedir. Bu çalışmalarda metodolojik bazı eksikliklerin olabileceği, bulunan ilişkilerin, annenin hamilelik sürecinde sigara kullanımı gibi ölçülmeyen başka faktörlerden kaynaklı olabileceği de düşünülmektedir (38).

Alkol ve sigara kullanımına ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında, alkolün hamilelik öncesinde dahi üreme hücrelerinde bir tür mutasyona sebep olabileceğini ve DEHB riskini artırabileceği söylenmekle birlikte alkol kullanımını genetik faktörlerden ayırmak mümkün gözükmemektedir. Birçok araştırma hamilelik sürecinde hem annenin hem babanın sigara kullanmasının DEHB ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte annenin sigara kullanımının DEHB ile daha ilişkili olduğu da görülmüştür. Nikotin, serotonin ve dopaminerjik sistemlerini etkilemesi ile normal beyin gelişimine zarar vererek DEHB belirtilerini ortaya çıkardığı düşünülmektedir (38).

2.1.4.2. Nörolojik faktörler: İlk tanımlanmaya başlandığı yıllardan itibaren DEHB’de bir beyin hasarının varlığı tahmin edilmekteydi. Yapılan çalışmalar da DEHB’de merkezi sinir sisteminde bir hasara işaret etmekte ancak bu hasarın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Toksik, metabolik, mekanik ve dolaşımla ilgili nedenlerden veya erken bebeklikteki merkezi sinir sistemini etkileyen enfeksiyonlardan dolayı bu hasarın meydana gelebileceği düşünülmektedir. Öğrenme bozukluğu, epilepsi gibi hastalıkların DEHB’ye çoğunlukla eşlik etmesi de beyin hasarı ile ilgili görüşleri desteklemektedir (1).

Nörogörüntüleme çalışmaları DEHB’de erken dönem beyin gelişimindeki bazı hasarlara işaret etmektedir. Prefrontal korteks, bazal ganglia, anterior singulate korteks ve serebellumun yapısal gelişiminde ve fonksiyonel aktivasyonunda farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Beynin bu bölgeleri arasındaki aktivasyon katekolaminler ile sağlanmaktadır ve katekolamin nörotransmitterini düzenleyici ilaçların DEHB hastalarında pozitif bir yanıt sağladığı doğrulanmıştır. Bununla birlikte, DEHB’li kişilerde kortikal olgunlaşmada bir gecikmenin olduğu da bilinmektedir; normal gelişimli çocuklarda kortikal kalınlık 7 yaşında tamamlanırken, DEHB’lilerde bu 10 yaşında gerçekleşmektedir (37,39).

2.1.4.3. Psikososyal faktörler: Psikososyal faktörler DEHB etiolojisinde temel bir rol oynamamaktadır; yalnızca DEHB'nin ortaya çıkmasını hızlandırıcı bir etkiye sahiptirler. Nedensel olmamasına rağmen, psikososyal güçlüğün artması DEHB semptomlarını ve klinik görünümü ağırlaştırmaktadır. DEHB'de etkili olabilecek psikososyal faktörler, ebeveynlik stilleri, ebeveyn çatışmaları, duygusal yoksunluk, düşük sosyoekonomik düzey, annede zihinsel hastalık, aile stresi vb. içermektedir (1,40,41).

Annenin hamilelik sürecinde genel yaşam stresinde artışının yanı sıra aile desteğinde azalmanın DEHB belirtilerini artırdığı ve annenin stresinin erkeklerde kızlara göre daha fazla DEHB riski oluşturduğu görülmüştür (42). İhmal ve istismara uğramış çocuklarda DEHB görülme oranının fazla olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmakla birlikte bunlar arasındaki nedensel ilişki açıklanamamaktadır. Ebeveyn yokluğu ve duygusal ihmal konusunda Rutter ve Kreppner (2007) İngiltere ve Romanya'da bebekliklerini yuvada geçiren çocukları incelemişler ve bu çocuklarda DEHB ve otistik belirtilerin yüksek olduğunu görmüşlerdir. Bu bulgu ebeveyn yokluğu ile DEHB'nin ilişkili olduğunu göstermektedir (43). Ayrıca yetiştirme yurdunda DEHB belirtileri gösteren çocukların evlat edinildiklerinde bu belirtilerde azalma olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (1).

Ebeveynlik stilleri ve DEHB arasındaki ilişkiye bakıldığında, pek çok çalışma DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin daha çok otoriter ebeveynlik stilini kullandığını göstermektedir (40). DEHB'li erkek çocuğu olan babaların daha çok talepkar ve fiziksel şiddet kullanmaya eğilimli; annelerin ise reddedici, müdahaleci ve eleştirel olduğu belirtilmektedir. DEHB'li çocukların görevlerini yerine getirmede, uyumlu olmada ve disipline duyarlı olmada daha az başarılı olmaları göz önüne alındığında da ebeveyn-çocuk arasındaki bu etkileşimin daha çok zorluğa sebep olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, DEHB'li çocukların en az %30'unun ebeveynlerinde de DEHB olduğu tahmin edilmekte ve DEHB olan ebeveynlerin çocuklarına daha tutarsız disiplin yöntemleri uyguladıkları ve ebeveynlik stilleri konusunda tavsiye edilenlere uymada daha fazla zorluk yaşadıkları da belirtilmektedir (41).

Psikososyal faktörlerin doğrudan DEHB'ye neden olmamasının bilinmesiyle birlikte, aile eğitim programlarının DEHB semptomları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (34).

2.1.5. Tedavi

DEHB’de ilaç tedavileri ve davranışçı uygulamalar temel tedavi yöntemleridir. Tedavide çok yönlü bir yaklaşımın önemi vurgulanmakta; bu sebeple hem tıbbi tedavinin hem de davranışçı yöntemler ve psikososyal ortamın iyileştirilmesinin birlikte uygulanması gerekliliği savunulmaktadır. Özellikle komorbid hastalığı olan ve aile içi problemler yaşayan hastalarda davranışçı terapi ve ilaçların birlikte kullanılmasının çok daha etkili olduğu belirtilmektedir (1,44). Ayrıca psikoterapilerin, ilacın ortaya çıkarması muhtemel yan etkilerinin üzerinden gelinmesinde yardımcı olacağını; hatta uyarıcı ilaçların sadece gerekliyse tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak kullanılması gerektiğini savunan görüşler de bulunmaktadır (45). İlaç ve psikoterapilerin yanı sıra, biofeedback, vitaminler, besin katkıları ve alerjen maddelerin de DEHB tedavisinde etkili olabileceğine yönelik araştırmalar yapılmış ancak bu yöntemlerin tedavideki etkililikleri kanıtlanmamıştır (1).

2.1.5.1. İlaç tedavileri: DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar merkezi sinir sisteminde, özellikle bazal ganglia ve prefrontal kortekste, nöradrenalin ve dopamin aktivasyonunu artırarak etki ederler. Stimulanlar, stimulan olmayanlar, preparatlar, klonidin ve guanfasin tedavide kullanılan başlıca ilaçlardır. En etkili ve en sık olarak ise stimulanlardan metilfenidat ve dexamfetamin ajanları kullanılmaktadır. Bunlar özellikle DEHB’de görülen yürütücü işlev ve çalışan bellek bozulmalarının iyileşmesinde, duygu düzenlenmesinin sağlanmasında etkili olmakta ve akademik işlevsellikte planlama, zamanı yönetme, odaklanmada artış gibi etkiler sağlamaktadır. Bununla birlikte, kişinin toleransına da bağlı olarak birtakım yan etkileri bulunmaktadır. Bunlar, iştahta azalma, anksiyete, uykusuzluk, irritabilite, sosyalleşme isteğinde azalma olarak sıralanabilir. Tedaviye uzun süreli yanıt sağlaması açısından ilaç tedavileri oldukça avantajlı görülmektedir (1,41,45,46).

2.1.5.2. Psikososyal tedaviler: Psikososyal tedaviler psikoterapi, beceri programları, aile eğitimleri gibi yöntemlerin kullanılmasıyla davranışsal, duygusal ve kişiler arası ilişkilerde düzenlemeleri içermektedir. Bu tür davranışçı yöntemlerin temelinde kural ve sınırların belirlenmesiyle çocuğa daha güvenilir bir çevre oluşturma amacı vardır (47,48).

Bazı yan etkilerinden dolayı ilaç tedavileri yarım bırakılabildiği için psikososyal tedavilerin tamamlayıcı tedaviler olarak uygulanması gerektiği önem kazanmaktadır. Bu yöntemler genellikle DEHB'nin dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik gibi temel belirtilerini ortadan kaldırmazlar ancak çocuğun organizasyon becerilerinin düzenlenmesine katkı sağlarlar. Bunun için çeşitli eğitim programları düzenlenmiş ve etkililikleri kanıtlanmıştır. Bunlar ebeveynin eleştirel ve çatışmacı tutumunun azaltılması; olumlu geri bildirim, etkili yönerge ve açık komutlar verme, sınır koyma ve mola gibi teknikler ile pozitif ebeveynliğin öğretilmesini amaçlayan ebeveyne yönelik; öğretmenlerin sınıf yönetimini sağlamalarına katkıda bulunan öğretmenlere yönelik; çocuklarda akran reddinin azaltılması ve duygu düzenlemenin, toplumcu davranışların, organizasyon becerilerinin ve akademik sorumlulukların artırılması için çocuklara yönelik olarak yeni becerilerin edinilmesi uygulamalarını içermektedir (48–50).

Bununla birlikte Yıldız-Gündoğdu'nun (2016) aktarmış olduğu bir çalışmada 5-13 yaşları arasındaki çocuklarda ilaca uyum %78 iken davranışçı uygulamalara uyumun %58 olduğu bildirilmiştir. Özellikle okul öncesi dönemde psikososyal tedaviler birincil seçenek olarak kullanılmakla birlikte, bu yöntemlerin hem kolay ulaşılabilir olmaması hem de devamlılık gerektirmesi programların sağladığı etkiye ulaşamamasına neden olabiliyor (50).

2.1.5.3. Diğer tedavi yöntemleri: DEHB'nin ortaya çıkmasında bazı besinlerdeki yapay renklendirici, tatlandırıcı ve koruyucuların hiperaktiviteye neden olduğu savından dolayı bu katkı maddelerini içermeyen besinlerle beslenilmesinin DEHB semptomlarını azaltacağı düşünülmüştür. Ayrıca, A ve D vitaminleri, balık yağı, demir, magnezyum, çinko mineralleri gibi bazı besin takviyelerinin veya bitkisel ürünlerin DEHB tedavisinde yararlı olabileceği iddia edilmiştir. Ancak kontrollü olarak yapılan çalışmalar sonucunda bunlardan hiçbirinin, DEHB'de yararlı bir etki oluşturduğu gözlenmemiştir.

Diyetin dışında, EEG biyofeedback, ses terapisi ve meditasyon yöntemlerinin de DEHB'de etkililiği bilimsel olarak kanıtlanmamıştır (1,51).

2.2. EBEVEYN TUTUMLARI

Ebeveyn tutumları ile ilgili yapılan sınıflandırma ve araştırmalara bakıldığında çeşitli görüşler ortaya çıkmaktadır. Yılmaz, bu konu hakkındaki modellemeleri psikodinamik yaklaşımdan başlayarak tarihçelendirmiştir (23).

Psikodinamik model, çocuğun doğuştan getirmiş olduğu libidinal enerji ve biyolojik faktörler ile bunların çevre ile etkileşiminden meydana gelen bireysel farklılıkların ebeveynlik tutumlarından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Ebeveyn çocuk ilişkisinin çocuğun psikoseksüel, psikososyal ve kişilik üzerindeki etkileri incelenmiş ve ebeveyn stilleri belli ebeveynlik uygulamalarının gruplandırılmasıyla tanımlanmıştır (20,23).

Davranışçı model ise, çocuğun bireysel ve gelişimsel farklılıklarının çevrenin ona sağladığı öğrenme olanaklarından kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu yaklaşımda, ebeveynlerin davranışlarının tutumdan daha etkin olduğu; bu yüzden ebeveyn davranışlarının belli özellikleri açısından gruplanarak ebeveyn tutumlarını oluşturdukları savunulmuştur (20,23).

Ayrıca çeşitli kuram ve kuramcılar da ebeveynlik üzerine kendi kuramları çerçevesinde yorumda bulunmuşlardır. Bunlardan sosyal öğrenme teorisini savunanlar ebeveyn-çocuk ilişkisini iki yönlü basit bir iletişimden çok bir sistem olarak ele almaktadır. Buna benzer olarak Bronfenbrenner de kuramında ebeveynliğin sosyal çevreden etkilendiğini ve tüm sistemler içerisinde anlaşılmaya çalışılması gerektiğini savunmuştur. Bağlanma kuramcıları ebeveyn-çocuk ilişkisinin davranışlara nasıl yansıdığını açıklamış ve ebeveynliğin niteliğinin çocuğun psikososyal fonksiyonları için gerekli olduğunu söylemişlerdir. Davranış genetiği çalışmaları ise ebeveyn-çocuk arasındaki etkili ilişkinin genetik bir bileşeni olduğunu ileri sürmektedirler (52).

Daha sonra gelen araştırmacılar ebeveynlik stilleri üzerine daha kapsamlı teoriler üretmeye başlamışlardır. İlk dönemlere bakıldığında Earl Schaefer (1959)'ın ebeveynliği sıcaklık-düşmanlık boyutlarında incelediği görülmektedir. Buna göre ebeveynler çocukların istek ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olma ile reddedici ve düşmanca olma kutupları arasında yer almaktadır. Alfred Baldwin (1959) ve Wesky Becker (1964) ise bu boyutları sıcaklık-soğukluk şeklinde genişletmişlerdir. 1982'de Lea Pulkkinen ise ebeveynlikte ebeveyn-merkezlilik ve çocuk-merkezlilik arasında ayırım yapmıştır. Parker, Tupling ve Brown (1979) ilgili/empatik-reddedici/ilgisiz; Rohner (1986) ise kabul edici-

reddedici boyutlarında ebeveynliği incelemişlerdir. Diana Baumrind (1967), çalışmaları sonucunda demokratik ebeveyni ve otoriter ebeveyni tanımlarken; Grolnick ve Slowiaczek (1994) ebeveynliği bağlılık temelinde incelemişlerdir. Ayrıca ebeveynliği bağlanma teorisi bakış açısıyla inceleyen araştırmacılar güvenli bağlanmayı duyarlı ebeveyn olmayla ilişkilendirmişlerdir (53).

Ebeveynlik stilleri üzerine yapılan deneysel araştırmalar özellikle Baumrind'in çalışmalarıyla (1971) hızlandığı için Baumrind bu konuda önemli bir yere sahiptir (20,21).

2.2.1. Baumrind'in Çalışmaları

Baumrind ebeveyn stillerini dört boyut ile ilişkilendirmiştir. Bu boyutlar, ebeveyn kontrolü, iletişimde açıklık, olgunluk beklentisi ve bakım-destektir. *Ebeveyn kontrolü*, çocukların ebeveynlerin koydukları sınırlara ne derecede uymak zorunda olduklarını; *iletişimde açıklık*, aile içinde ve çocukların kendileri hakkında alınan kararlarda çocukların fikirlerine ne kadar saygı duyulduğunu, ebeveynin çocuğunu ne kadar teşvik ettiğini ve koyduğunu sınırların nedenini ne kadar açıkladığını; *olgunluk beklentisi*, ebeveynin çocuğunu zihinsel, duygusal ve sosyal alanda gelişmesi için ne derece teşvik ettiğini; *bakım-destek* boyutu ise çocuk bakımında ebeveynlerin ne derecede yakınlık, sevecenlik ve sıcaklık gösterdiğini belirtmektedir (23).

Baumrind bu dört boyutun, otoriter, demokratik ve izin verici olmak üzere üç farklı ebeveyn tutumunu oluşturduğunu ileri sürmüştür. Bu dört boyutun hepsine yüksek derecede sahip olan ebeveynler demokratik; kontrol ve olgunluk beklentisi boyutlarına yüksek derecede, iletişimde açıklık ve bakım-destek boyutlarına düşük derecede sahip olan ebeveynler otoriter; iletişimde açıklık ve bakım-destek boyutları yüksek, kontrol ve olgunluk beklentisi düşük olan ebeveynler ise izin verici ebeveynler olarak tanımlanmıştır (23).

Bununla birlikte Baumrind'in kuramında temel boyut olarak "kontrol" yer almaktadır. Baumrind, diğer boyutları kontrol boyutunun çevresinde incelemiş ve özellikle ebeveyn kontrolünü yüksek-düşük şeklinde doğrusal olarak kategorilendirmiştir. Bu sebeple, sunduğu ebeveyn stilleri daha çok kontrolün derecesine bağlı olarak sınıflandırılmış ve otoriter, demokratik ve izin verici olarak adlandırılmıştır. Baumrind ebeveynliğin bir yönünün diğer yönlerini etkilediğini savunmuş; kontrolün uç

noktalarda bulunduğu izin verici ve otoriter ebeveynlerin aynı zamanda iletişimde daha az etkili olduklarını ve daha az şefkat gösterdiklerini ileri sürmüştür (20). Yapılan sonraki araştırmaların sonuçları da Baumrind'in bu bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Kuralcı ve duyarlı ebeveynlerin daha işbirlikçi olduğu, çocuklarında suça eğilimin daha az ve sosyal-bilişsel yeteneklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (52).

Ancak Baumrind'in kontrol boyutuna olan vurgusu C. C. Lewis (1981) tarafından eleştirilmiştir. Lewis çocukların özerk bir benlik geliştirmelerinin ebeveynin kontrolünden değil karşılıklı iletişimden kaynaklandığını savunmuştur. Örneğin, çocuklar ebeveyn kurallarının tartışılıp dönüştürülebileceğini gördüklerinde özerk benliğin gelişmesi yönünde bir deneyim kazanmaktadırlar. Lewis'e göre çocuklardaki bu gibi olumlu özellikler karşılıklı iletişim aracılığıyla gerçekleşmektedir (20).

Baumrind sonraki çalışmalarında, kabul ve talepkarlığı toplum ve birey arasındaki dengeyi göstermek amacıyla kullanmıştır. Kabul, bireyselliğin, özdenetimin ve özbenliğin desteklenmesini; talepkarlık ise kurallara uyulması gibi disiplin öğelerini ifade etmektedir. Bu aynı zamanda, talepkarlığın toplumun çocuk üzerinde; kabulün çocuğun toplum üzerinde oluşturdukları olarak da ifade edilebilmektedir (20).

2.2.2. Maccoby ve Martin'in İki Boyutlu Yaklaşımı

Maccoby ve Martin, Baumrind'in çalışmalarıyla ondan önceki çalışmaları birleştirmek istemişler ve ebeveynlik stilini talepkarlık ve kabul olmak üzere iki boyutta ele almışlardır. Bu iki boyutun yüksek veya düşük olmasına göre ebeveyn tutumlarını belirlemişlerdir. Buna göre, hem kabul-ilgi hem kontrol boyutunda yüksek olan ebeveynler demokratik; düşük kabul-ilgi, yüksek kontrol özelliğine sahip ebeveynler otoriter olarak tanımlanmıştır. İzin verici ebeveyn tutumu bu modelde iki gruba ayrılmış; düşük kontrol, yüksek kabul-ilgiye sahip olanlar izin verici-hoşgörülü olarak tanımlanırken her iki boyutta da düşük olan ebeveynler izin verici-ihmkar olarak tanımlanmıştır (bkz. Tablo 1.1). Maccoby ve Martin izin verici-ihmkar ebeveyn tutumunun erken dönemlerde başlaması halinde çocuğun bilişsel ve sosyal fonksiyonlarında gerilemeye sebep olacağını ileri sürmüşlerdir (23).

Tablo 1. 1: Maccoby ve Martin’in ebeveynlik stilleri

		Talepkarlık	
		Yüksek	Düşük
Duyarlılık	Yüksek	Demokratik	İzin verici-Hoşgörülü
	Düşük	Otoriter	İzin verici-İhmalkar

Barber ve ark. ise kontrol boyutunda davranışsal kontrol ve psikolojik kontrol arasında ayırım yapmışlardır. Davranışsal kontrol “çocuğun davranışlarını izleme, çocuk hakkında bilgi sahibi olma ve disiplinde tutarlılık” özelliklerini içermektedir. Psikolojik kontrolün temel özellikleri ise “aşırı müdahale, suçluluk yaratma, sevgiyi geri çekme ve disiplin amaçlı aşırı mesafeli davranma” olarak sıralanabilir (21). Bu bakış açısından bakıldığında, her ikisi de talepkar olan otoriter ve demokratik ebeveynler arasında niteliksel bir ayırım yapılabilmektedir. Hem otoriter hem demokratik ebeveynler sıkı kontrol (davranışsal kontrol) uygulamakta ancak yalnızca otoriter ebeveynler kısıtlayıcı kontrol (psikolojik kontrol) uygulamaktadırlar (20).

2.2.3. Bütünsel Model

Darling ve Steinberg, önceki araştırmalarda kullanılan kavramlar ile kendi fikirlerini bütünsel olarak ele almışlar ve ebeveynliği sosyalizasyon kavramı çerçevesinde incelemişlerdir. Sosyalizasyon ebeveynin çocuğuna kendi değer, tutum ve davranışlarını öğretirken onları topluma hazırlama süreci olarak tanımlanabilir. Ancak çocuk ebeveynin her öğrettiğini içselleştirmez ve uygulamaz. Bu yüzden sosyalizasyon, ebeveynin beklentileri ile çocuğun davranışları arasında denge mekanizması olarak da açıklanabilir (20,21).

Ebeveynlik stiline yanı sıra ebeveynlik uygulamalarından bahsederek bunlar arasında ayırım yapan Darling ve Steinberg, iki kavramın da ebeveynin değerlerinden ve amaçlarından etkilendiğini ileri sürmektedir (20).

Onlara göre, ebeveynlik uygulamaları ebeveynin çocuğun gelişimini etkileyecek spesifik davranışlarını içermektedir; çocuğun ödevlerine yardımcı olmak, veli toplantısına veya okul etkinliklerine katılma, dayak atma, birlikte maç, tiyatro gibi etkinliklere katılmak, sohbet etmek gibi. Örneğin çocuğun akademik olarak başarılı

olması isteniyorsa, ebeveynin akademik alandaki çeşitli destekleri de ebeveynlik uygulamaları olarak ele alınır (20,22).

Ebeveynlik stili ise ailedeki duygusal ortamı etkileyen unsur olarak görülmektedir ve ses tonu, vücut dili, öfke patlaması gibi doğrudan amaç yönelimli olmayan davranışlardan oluşur (20).

Darling ve Steinberg hem ebeveynlik stilini hem de ebeveynlik uygulamalarını aynı derecede önemsemekle birlikte ebeveynlik stilinin çocuğun gelişimini doğrudan etkilemediğini savunmaktadırlar. Buna göre, ebeveynlik stili ebeveynlik uygulamalarının değişmesini sağlama yoluyla çocuğun gelişimine etki etmektedir. Bir diğer yol ise, ebeveynlik stili çocuğun kişiliğini etkileyerek çocukta sosyalizasyona dair bir istek oluşturmakta ve bu sosyalizasyon isteği ebeveynin uygulamaları ile çocuğun gelişimsel çıktıları arasında aracı rol oynamaktadır. Bu sebeple ebeveynlik uygulamaları daha detaylı bilgi vermektedir. Örneğin, demokratik ebeveyn uzlaşmacı ve kuralların nedenini açıklayan ebeveyn olarak tanımlanır. Oysa ebeveyn uygulamalarında farklılık olabilir; örneğin oyun oynama ve ödev yapma faaliyetlerine bakıldığında; çocuğunun önce ödev yapıp sonra oyun oynamasına müsaade eden demokratik ebeveyn ile önce oyun oynayıp sonra ödev yapmasını isteyen demokratik ebeveyn birbirinden farklıdır (20).

Ebeveynlik stilinin daha geniş bir tanımlamayı içermesi ebeveynlerin hangi davranışlarının çocukta nasıl bir etki oluşturduğunun bilinmesini engellediğinden dolayı ebeveyn davranışlarının incelenmesinin daha açık sonuçlar vereceği savunulmaktadır. Bu ebeveyn davranışları dört temel boyutta incelenmektedir (24).

Bu dört temel boyut, duyarlı olma, davranışsal denetim, psikolojik kontrol ve özerkliliktir.

Duyarlı olma: Sıcak ve sevgi dolu bir ilişkiyi tanımlayan olumlu bir ebeveyn davranışı boyutudur. Duyarlı ebeveynler çocuklarının ihtiyaçlarını görür ve buna karşılık verirler. Yakınlığı ifade eden, sarılma, kabul etme, olumlu zaman geçirme gibi davranışlar duyarlılık boyutunda yer almaktadır (24).

Psikolojik kontrol: Psikolojik kontrolü ilk tanımlayanlardan biri olan Schaefer'in tanımı ebeveynin kabulü veya reddine göre farklı anlam kazanmaktadır. Ebeveyn kabulü yüksek olan ebeveynin psikolojik kontrolü çocuğu aşırı koruma üzerineyken; ebeveyn reddi yüksek olan ebeveynin psikolojik kontrolü çocuğun davranışlarını takip etme ve

yönlendirme üzerinedir. Barber ise bu tanımı geliştirerek psikolojik kontrolün ebeveynin isteğinin gerçekleşmesi yönündeki müdahaleci ve manipülatif davranışları olarak tanımlamıştır. Psikolojik kontrol çocuğun düşünme süreçleri ve duygularını ifade etme gibi psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen bir tür sosyalleşme baskısıdır ve hem depresyon, kaygı gibi içselleştirme sorunlarıyla hem de zorbalık, yıkıcı davranışlar gibi dışsallaştırma sorunlarıyla ilişkilidir (24,54).

Davranışsal denetim: Davranışsal denetim, ebeveynin çocuğun nerede, ne zaman, ne yapıyor gibi bilgileri edinmek için onu izlemesi olarak tanımlanmaktadır. İzleme, çocuğa makul sınırlar koymayı ve özerkliğini engellememeyi içermektedir. Araştırmalar ebeveynin davranışsal denetimi ile ergenin antisosyal davranışları, madde kullanımı ve kaygısı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (24,54).

Stattin ve Kerr, bilgi edinmenin üç farklı yolu olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar, çocuğun kendini ebeveyne açması, ebeveynin bilgi talep etmesi ve ebeveynin aktif çabası olarak sıralanmıştır. Ergenin suç davranışının azalmasını sağlayan bilgi edinme yolunun ise çocuğun kendini açması olduğunu araştırmalar göstermiştir. Çocuğun kendini açması ise ebeveyne bağlılık hissetme ile pozitif yönlü bir ilişkiye sahiptir (54).

Davranışsal denetimin ergen üzerinde uyumsuz davranışları ve kaygıyı azaltma, benlik saygısını, okul başarısını artırma gibi pozitif etkilerinin olmasının yanı sıra bu kontrolün de aşırı şekilde olmasına ve kontrol edilen koşula bağlı olarak psikolojik kontrol olarak algılanması olasılığı da bulunmaktadır (54).

Özerklik desteği: Çocuğun kendini ifade etmesi ve kendi kararlarını verebilmesi için ebeveynin cesaretlendirmesi olarak tanımlanan özerklik desteği, ergenin kendi hayatını yönetebilmesini amaçlamaktadır (24). Araştırmalar, özerklik desteğinin dışsallaştırma sorunları, öğrenme güçlüğü ve depresif duygular ile negatif; akademik başarı ve olumlu benlik algısı ile pozitif yönlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Ayrıca duygusal bağın korunmasıyla birlikte özerkliğin geliştirilmesini desteklemenin en sağlıklı yöntem olduğu da savunulmaktadır (54,55).

2.3. STRES

Stres kelime kökeni olarak Latince “sıkıca bağlanma”, “sıkıca tutma”, “bastırmak” anlamındaki “estricia” kelimesinden gelmektedir (56,57). Stres kelimesinin

Fransızcadaki karşılığı olan “estree” zorlama; fiil halinde “estreceer” ise bir şeyin şeklini deforme etmek amacıyla baskı yapmak anlamına gelir (58).

Akademik alanda ise stres kelimesinin ilk defa 17. Yüzyılda fizikçi Robert Hooke tarafından kullanıldığı görülmektedir. Yine bir fizikçi olan Thomas Young da Hooke ile benzer bir stres tanımı yapmıştır. Onlara göre stres, maddenin sahip olduğu direnç olarak tanımlanmaktadır. Bu madde gelen herhangi bir “dış güce karşı kendi direnci oranında tepki göstermektedir”. Esnek maddeler dışarıdan gelen güce uyum sağlamaya çalışır ancak dış güç maddenin kendi içindeki dirençten daha büyükse madde niceliksel ve/veya niteliksel değişime uğrar. Fizik alanındaki bu tanımlama daha sonra psikoloji dahil birçok bilim dalında çeşitli şekillerde kullanılmaya başlanmıştır (59).

On yıllar boyunca birçok araştırmacı tarafından çeşitli şekillerde tanımlanan stresin genel anlamda organizmanın zararlı etkiye karşı verdiği bir tepki olarak ifade edildiği görülmektedir (56).

Stresin bu anlamda kullanımı sürecinde ise C. Bernard, W. B. Cannon ve H. Selye’nin katkıları olduğu söylenebilir. Deneysel tıbbın kurucusu olan fizyolog Claude Bernard (1813-1878) stresi “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak tanımlamıştır (56,58). W. B. Cannon ise, vücudun dışsal ve içsel yıkıcı zorlanmalarla karşılaşması sonucunda otonomik sistemin bedensel denge haline gelmesini tanımlamak için homeostasis kelimesini kullanmıştır (60). Vücut ısısı düştüğünde titremenin gerçekleşerek vücut ısını artırması gibi negatif geribildirim sistemini içeren denge kavramına psikososyal tehdit unsurlarını da dahil ederek homeostaz kavramını genişletmiş ve böbreküstü bezlerindeki akut değişiklikleri “savaş/kaç” tepkisi olarak tanımlamıştır. Son olarak Hans Selye stresi “vücudun herhangi bir isteğe yönelik ürettiği spesifik olmayan tepkisi” şeklinde tanımlamış ve Genel Adaptasyon Sendromu’nu ortaya koymuştur (61). Bu üç öncü isim göz önünde bulundurulduğunda stres ile ilgili yaklaşımların Uyaran Yönelimli ve Tepki Yönelimli yaklaşımlar olarak ikiye ayrıldığı görülmektedir. Daha sonra Lazarus ve Folkman Etkileşimsel Yönelimli Model ile bu yaklaşımların üçüncüsünü ortaya koymuşlardır (62,63).

2.3.1. Uyaran Yönelimli Yaklaşım

Bernard’ın görüşlerine dayanan bu yaklaşımda stres, dışarıdan gelen ve organizmaya zarar veren bir uyaran olarak ele alınmaktadır. Holmes ve Rahe ile Eliot ve

Eisdorfer de bu yaklaşımın savunucularıdır. Selye'nin görüşleri de önceleri bu yaklaşıma ait olsa da Selye daha sonra tepki yönelimli yaklaşımı benimsemiştir (63).

2.3.2. Tepki Yönelimli Yaklaşım

Bu yaklaşım Cannon'un stresi, organizmanın karşılaştığı uyarana karşılık savaş/kaç tepkisi tanımlamasına dayanmaktadır (63). Selye, stres ile stresörler arasındaki farklılığa değinerek, günümüzde uyaran yönelimli olarak adlandırılan yaklaşımın aslında stresörleri kapsadığını; ancak stres yaratan durumların (stresörlerin) her zaman aynı tepkiye neden olmayacağını dile getirmiştir (64). 1960'lardan itibaren stres, yalnızca bir uyaran olarak tanımlanmaktan vazgeçilerek, stresin uyarılara verilen bedensel ve psikolojik tepkiler olduğu görüşü benimsenmiş ve temel amacının homeostazı sağlamak olduğu savunulmuştur. Savaş/Kaç Kuramı ve Genel Adaptasyon Sendromu tepki yönelimli yaklaşımlar içinde incelenmektedir (63).

2.3.2.1. Savaş/Kaç kuramı: Bu model Cannon tarafından 1932 yılında ortaya konmuştur. Organizmayı tehdit eden bir durum ortaya çıktığında, sempatik sinir sistemi uyarılır ve organizma kendini korumaya yönelik tepkide bulunur. Organizmanın vereceği tepki, tehlike ile başa çıkma inancına bağlıdır. Eğer organizma, tehlike ile başa çıkabileceğine inanıyorsa savaşır; inanmıyorsa kaçar; bu sebeple bu durum “savaş veya kaç” olarak tanımlanmıştır. Verilen tepkiler bedensel ve/veya psikolojik tepkiler olabilir; bedensel düzeyde gerçekleşen değişiklikler her insanda aynı olmasına karşın psikolojik tepkiler başka birçok koşula bağlı olarak değişmektedir. Her insanda gerçekleşen bedensel tepkilerin bazıları, solunum sayısının artması, alyuvar üretiminin artması, kan pıhtılaşması, nabızın artması, kas tonusunun artması, gözbebeklerinin büyümesi ve hipofiz bezinin uyarılması olarak sıralanabilir (63,65).

2.3.2.2. Genel adaptasyon sendromu: Selye tarafından geliştirilmiş olan bu yaklaşım üç evreden oluşmaktadır: alarm, direnç ve tükenme. İlk evre olan alarm evresi, Cannon'un savaş/kaç tepkisine benzer olarak, homeostazın bozulduğu bir tür şok evresidir. Direnç aşamasında organizma tehlike unsuruyla başa çıkabilmek için çaba gösterir. Eğer gösterilen çabaya rağmen denge durumuna geçilemezse direnç azalmaya başlar. Tehdite karşı kullanılan tüm kaynaklar tüketildiğinde ise üçüncü aşama olan tükenme evresine geçilir. Stres unsurunun şiddetli ve sürekli olduğu durumlarda zamanla bedensel rahatsızlıklar oluşur (63,65).

Selye'nin kuramı genel bir tepki modeli sunduğu için günümüzde de kabul görmekte; psikolojik faktörleri göz ardı ettiği için ise eleştirilmektedir (63).

2.3.3. Etkileşim Yönelimli Yaklaşım

Uyaran ve tepki yönelimli yaklaşımların ardından yapılan araştırmalar stresin psikolojik faktörlerine odaklanmaya başlamış ve bu araştırmalar sonucunda Lazarus ve Folkman bu görüşleri sistematik hale getirmişler, stresin oluşumunda kişinin çevresi ile etkileşimini vurgulayan etkileşim yönelimli yaklaşımı oluşturmuşlardır. Bu yaklaşımda kişi ve çevre arasındaki etkileşimde hem kişinin özellikleri hem de çevrenin yapısı göz önünde tutulmakta; diğer bir deyişle stres, stresöre karşı verilen tepkinin bireyin kendisi ve çevresi arasındaki uyum ve bireysel algılamaları ile belirlenen bir yapı olarak tanımlanmaktadır (63,66,67).

2.3.3.1. Etkileşimsel kuram: 1950'lerde stresin psikolojik faktörleri üzerine araştırmalara başlanmış, Lazarus, Deese ve Osler 1952 yılında stres durumlarının başarıya etkisini incelemişlerdir. Bu çalışma ile, stres durumu kadar bireysel farklılıkların da stres üzerine etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Her kişide, belli bir strese verilen tepkinin türünün ve derecesinin aynı olmadığı, bunların kişinin beklenti ve istekleri ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmayla birlikte stres ve psikolojik faktörler arasındaki ilişki dikkat çekmiş ve önemli kavram ve görüşlerin ortaya çıkması sağlanmıştır. Lazarus ve arkadaşlarının bu çalışmasından elde edilen sonuçlar dört temel ilke de toplanmıştır.

İnsanların stres tepkilerinde bireysel farklılıklar bulunmaktadır.

Stres durumlarında kimlerin daha fazla etkileneceğini önceden bilmek kişi, iş ve ürün için önemlidir.

Kişilik yapıları ile strese verilen tepki arasındaki ilişki hakkında fazla bilgi elde edilememiştir.

Stres altında iyi bir performans sağlayabilmek için insanların yüksek düzeyde bir motivasyona ihtiyaçları vardır.

Appley 1962'de stres oluşturan durumları değerlendirmedeki önemli kriterlerden birinin "tehdit algısı" olduğunu söyleyerek, "stres" in, geçmiş yaşantılar, kişilik özellikleri ve zihinsel değerlendirme biçimleri gibi kişisel belirleyiciler ile yorumlandığını ve bir şeyin stres verici olarak "algılanmasının" bu özelliklere bağlı olduğunu savunmuştur.

Lazarus da 1964'te, yapılan çalışmaların en önemli sonucunun “zihinsel değerlendirme” kavramını ortaya çıkarması olduğunu dile getirmiştir (65).

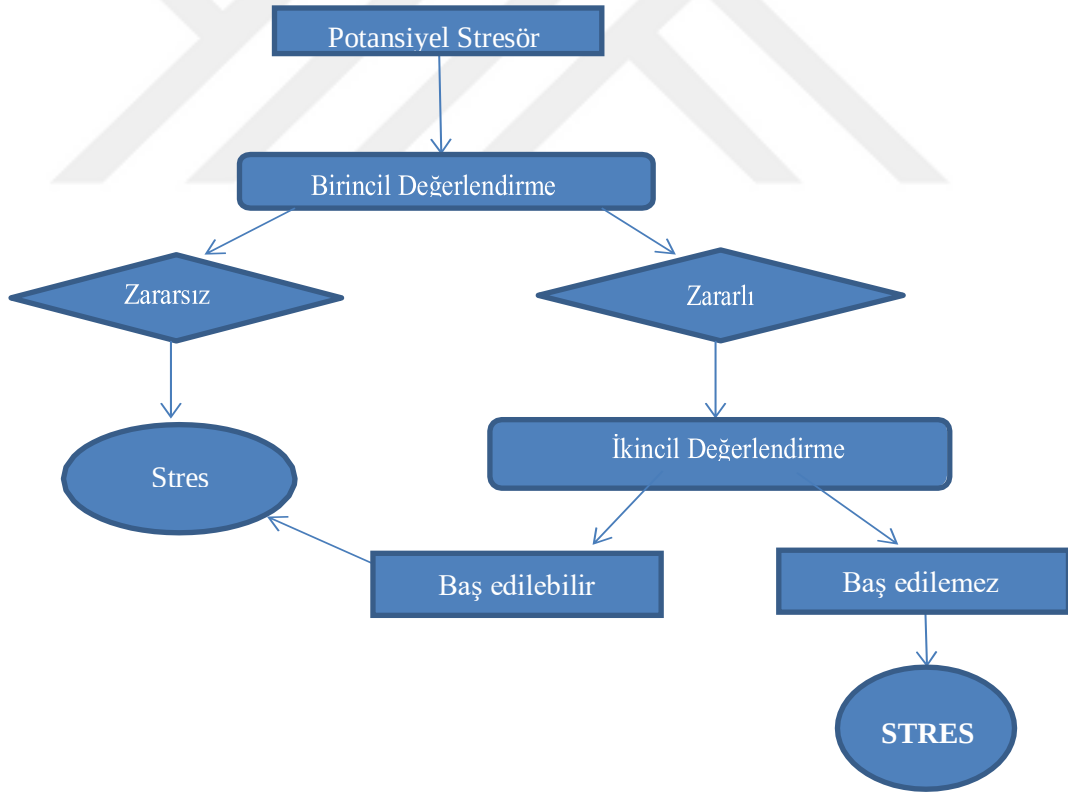
1949'da Haggard, günümüzde psikolojik stres olarak adlandırılan durumu duygusal stres kavramı olarak tanımlamıştır. Haggard'ın duygusal stres kavramı, kişinin oldukça tehdit edildiği, uyum mekanizmalarının önemli ölçüde bozulduğu bir tükenme durumuna işaret etmektedir. Bu durumun ortadan kaldırılmasında ise çocukluk dönemi özdeşleşmeleri ve kişilik yapılarının etkisi olduğunu savunmuştur. Özdeşleşmeler, belirli davranış kalıplarının oluşmasında; kişilik yapısındaki özellikler ise kişinin ihtiyaç ve beklentilerinin şekillenmesinde etkili olması sebebiyle başa çıkmada kullanılan araçlardır. Bunun yanı sıra stres durumundaki koşullara bağlı olduğu da savunulmuştur (65).

1954 yılında Stapol, katılımcıların Rorschach tepkilerini stres koşulunda ve normal koşulda incelemişlerdir ancak bu iki farklı koşul altında tepkilerin farklılaşmadığı görülmüştür. Daha sonra Lofehie ise zihinsel özelliklerin bu konuda bir fark oluşturup oluşturmadığını araştırmak amacıyla Rorschach testinde “algısal olgunlaşma”yı incelemiş ve stres koşulunda, algısal olgunlaşmadan yüksek puan alan kişilerin algısal puanı düşük olanlardan daha başarılı olduklarını göstermiştir. Bu sonuçlar strese karşı verilen tepkilerin kişilik yapılarından çok zihinsel özelliklerle ilişkili olduğunu düşündürmüştür (65).

Tüm bu çalışmalarla, stres tepkisinin oluşumunda kişinin geçmiş yaşantılarının, motivasyonunun, ihtiyaçlarının ve çevre koşullarının önemli faktörler olduğu; bunların yanı sıra stres altında kişinin algılama, yorumlama gibi zihinsel özelliklerinin de etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (65).

Lazarus ve Folkman (1984)'a göre stres, karşılaşılan durum, bireyin baş etmek için kullanacağı psikolojik kaynaklarından daha büyük olarak yorumlandığında ortaya çıkan kaygı halidir. Lazarus, geliştirdiği stres modelinde birincil ve ikincil değerlendirme adını verdiği iki aşamalı bir süreçten bahsetmektedir. Birincil değerlendirme, kişinin karşılaştığı olayı/durumu pozitif, nötr veya negatif olarak sınıflandırdığı aşamadır. Negatif olarak sınıflandırılan durum ise zarar, tehdit veya zorluk olarak farklılaşmaktadır. Zarar/kayıp, kişinin yaşamının merkezinde bulunan hastalık, özgüven kaybı veya sevilen birinin kaybı gibi fiziksel veya psikolojik bir hasar ile sonuçlanacak olmasıdır. Örneğin işinden kovulmuş bir kişinin mevcut zararı özgüven kaybı olacaktır. Tehdit, olayın şu an

değil ama gelecekte bir zarar oluşturacağına dair bir düşüncenin olmasıdır. İşinden kovulan kişinin, geçim sıkıntısı çekeceğini düşünmesi bu olaya dair bir tehdit algısıdır. Zorlayıcı değerlendirme ise, olayın kişiye bir gelişim fırsatı, kazanç sağlayabileceği ancak bunun için büyük bir çaba sarf etmek gerektiği anlamındadır. Yukarıdaki örnekten devam edilirse, işini kaybeden kişi yeni olanakları değerlendirmek için bir fırsat elde etmiştir. Birincil değerlendirme sonucunda, kişi olayı yukarıda anlatıldığı gibi zarar, tehdit veya zorlayıcı olarak değerlendirirse, ikincil değerlendirme sürecini başlatır. İkincil değerlendirme, karşılaşılan bu durumun baş edilebilir veya baş edilemez olduğuna karar vermesini içermektedir (bkz. Şekil 1.1). Eğer kişinin baş etme becerisi yetersiz ve karşılaşılan olay oldukça zarar ve tehdit içerici algılanıyorsa, stres oluşur. Bununla birlikte, bu değerlendirme sürecinin sonucunda, kişinin kendi tepkilerinden veya çevreden yeni bilgiler geldikçe yeniden değerlendirme oluşabilir (63,67).



Şekil 1. 1: Lazarus'un stres modeli (63)

2.4. STRESLE BAŞA ÇIKMA

Yapılan çalışmalar, başa çıkmayı kişi-odaklı, durumsal, bilişsel ve güncel yaklaşımlar başlıkları altında incelemektedir (68).

2.4.1. Kişi Odaklı Yaklaşımlar

İlk olarak psikanalitik gelenek çerçevesinde tartışılan kişi odaklı başa çıkma yaklaşımları savunma mekanizmaları temelinde incelenmiştir. Anna Freud'a göre id ile süperegö arasında oluşan çatışmanın çözömlenmesi için ego inkar, bastırma, yansıtırna gibi pek çok savunma mekanizmasını kullanmaktadır. Duyguları regöle etmek ve anksiyeteyi azaltmak amacıyla kullanılan savunma mekanizmaları otomatik ve katı tepkilerdir ve bireyin kişilik yapılanmasına göre belirlenmektedir. Haan (1977) ise, ego sürecini üç mod üzerinden açıklamıştır: başa çıkma, savunma ve dağılıma/ego kaybı. Başa çıkma, bilinçli, amaca yönelik ve esnektir. Savunma, probleminden çok anksiyeteye yönelik olan katı ve mecburi bir durumken ego kaybında, gerçekliğin saptırıldığı mantıksız ve otomatikleştirilmiş tepkiler görölmektedir. Haan'a göre, durum kişi için fazla stres yüklö değılse, ego, amaca yönelik, esnek, gerçekliğe bağılı kalarak ve duygusal dışavurum sağlayarak bununla baş edecektir; ancak durum aşırı stres içeriyorsa, ego, bütönlüğünü korumak için gerçekliği çarpıtacaktır. Haan, ayrıca, savunma mekanizmalarının probleminden çok anksiyetenin kendisine yönelik olduğunu savunmaktadır (69).

Kişilik treytleri açısından stresle başa çıkmayı inceleyen kuramlar ise özellikle aynı stres durumunda aynı kişilerin neden farklı tepkiler verdikleri sorusu üzerinden çalışma yapmışlardır. Bu alandaki en erken çalışmalardan biri, Reichard, Livson ve Peterson (1962)'un emekliliğe uyumda kullanılan farklı yolları sınıflandırdıkları niteliksel çalışmadır. Benzer bir çalışmada Lipowski (1970) ve Leigh ve Reiser (1980) sağıık problemi yaşayan kişilerin hastalıklarına verdikleri tepkileri sınıflandırmışlardır. Ancak kişilik treytleri üzerinden stresle başa çıkmayı incelemek, çevresel faktörlerin göz ardı edilmesinden dolayı eleştirilmiştir.

Kişi-odaklı bir diğör başa çıkma kuramı ise algı stillerine göre başa çıkmadır. Psikanalitik kuram, insanların daha çok duygularına odaklanmaktayken, algı stilleri kuramı karşılaşılan bilgiyle nasıl başa çıkıldığı üzerinde durmaktadır. Bastırma-duyarlılık teorisi bu görüşü savunan ilk teoridir. Bu teoriye göre, tehdit edici bir durum karşısında,

bastırma boyutunda yer alan kişiler tehditi görmezden gelerek kaçınma, inkar ve bastırma savunma mekanizmalarını kullanırken, duyarlılık boyutunda yer alan kişiler tehdide karşı aşırı uyarılmış tepki göstererek rüminatif endişe, obsesyon ve entelektüalizasyon savunma mekanizmalarını kullanır ve durum hakkında daha fazla bilgi ararlar. Bu teori, literatürde daha birçok farklı kavramla da ifade edilmiştir ve bunlardan en bilineni yaklaşma-kaçınma teorisidir (68,70). Roth ve Cohen (1986) ise, stresle başa çıkmanın dinamik bir süreç olduğunu belirtmişlerdir. Onlara göre aynı davranış belli bir zaman diliminde yaklaşma niteliği gösteriyorken, başka bir zamanda kaçınma niteliği gösteriyor olabilir. Bu yüzden, bu teoriyi savunanlar aynı zamanda yaklaşmanın ve kaçınmanın niteliğini belirlemenin önemini de vurgulamışlardır (68).

2.4.2. Durumsal Faktörler

Stresle başa çıkmada, çevresel ihtiyaçların temel rol oynadığını savunan araştırmacılar durumsal faktörleri öne sürmüşlerdir. Buna göre, her farklı stres durumuna farklı çözüm yolları geliştirilir. Örneğin, Folkman ve Lazarus hastalık, ölüm gibi kayıp yaşantılarında daha çok duygu-odaklı; kişiler arası ilişkiler gibi zorlayıcı yaşantılarda daha çok problem-odaklı stratejiler kullanıldığını savunmuşlardır. Pearlin ve Schooler (1978) ise başa çıkma stratejilerinin sosyal rollere göre sınıflandırılmış beş büyük stresöre göre değiştiğini söylemişlerdir. Onlara göre bu stresörler, iş, evlilik, ebeveynlik, ev ekonomisi ve sağlıktır. Bu beş sosyal rolden biri için etkili olan başa çıkma stratejisinin diğer rolde etkili olamayabileceğini savunmuşlardır (68).

2.4.3. Bilişsel Yaklaşımlar

Bilişsel yaklaşımlara göre stresle başa çıkma tarzı kişinin karşılaşılan durumu nasıl değerlendirdiğine bağlıdır ve bu yaklaşımı savunanlar bu değerlendirmenin bilinçli olarak yapıldığını öne sürmektedirler. Kişi karşılaşılan durumu, tehlikesiz, tehlikeli, zarar verici veya zorlayıcı olarak değerlendirebilir. Kişi, problemin türünü ve zorluğunu değerlendirerek ve önceki deneyimlerini de göz önünde bulundurarak nasıl baş edeceğine bilinçli olarak karar verir. Bununla birlikte, bazı kuramcılar başa çıkma stratejilerinin kişiliğin bir yapısı olarak tutarlılık gösterdiğini savunmalarına karşın, bilişsel yaklaşımda başa çıkma çevresel ihtiyaçlar ile kişisel tercihlerin birleşimi olarak görülür. Böylece, başa çıkma stratejilerinin duruma göre esnek ve uyarlanabilir olduğu söylenebilir. Bu stratejiler duygu-odaklı ve problem-odaklı olmayı içermekle birlikte bunlar hiyerarşik bir

yapıda incelenmezler. Problemin çözülmesi, duyguların yönetimine; duyguların düzenlenmesi ise problemin çözülmesine olanak sağlayabilir. Benzer şekilde, psikanalitik kuram savunma mekanizmalarını ilkelden olguna doğru bir hiyerarşide sunarken; bilişsel kuram bu noktada da hiyerarşiyi değil karşılaşılan durumun ihtiyaçlarını değerlendirir. Örneğin, psikanaliz inkarın işlevsiz bir savunma olduğunu öne sürmektedir, ancak bilişsel kuramcılardan Lazarus, eğer bu inkar, umutsuz bir durum içerisinde iken umudu sürdürmek adına gerçekleştiriliyorsa buradaki inkarın faydalı olabileceğini savunmaktadır (68).

Başta çıkmanın boyutları ve değerlendirilmesi hakkında yaklaşma-kaçınma gibi birçok farklı kavram öne sürülmüş, bunlardan Lazarus ve Folkman'ın tanımladığı problem-odaklı/ duygu-odaklı başta çıkma yaklaşımı en etkili kavramsal model olmuştur (71).

Problem-odaklı yaklaşım stresörü yönetmeyi amaçlar, diğer bir ifadeyle stresin oluşumuna neden olan koşulları değiştirmeye odaklanır. Problem-odaklı başta çıkmayı kullanan bir kişi, seçenekler oluşturur, farklı fikirleri değerlendirir; kaynakları artırmaya, gereksinimleri azaltmaya veya doğrudan çevreyi değiştirmeye yönelik davranabilir. Bu açıdan problem-odaklı başta çıkma birçok problem çözme stratejisini içermektedir (5–8).

Duygu-odaklı başta çıkma yaklaşımında, probleme değil, problemin oluşturduğu duyguya müdahale söz konusudur. Bu sebeple, inkar, kaçınma, stresörün zihinden uzaklaştırılması için bilişsel stratejileri kullanma veya spor yapma, alışveriş yapma, alkol tüketme gibi davranışsal stratejileri kullanma duygu-odaklı başta çıkma yöntemleri olarak değerlendirilmektedir (4,5,7,8). Bu açıdan, problem-odaklı başta çıkma daha aktif ve etkili, duygu-odaklı başta çıkma daha pasif ve etkisiz bir süreci yansıtmakla birlikte (6); Baker ve Berenbaum (2007) (5) duygu-odaklı başta çıkmanın etkisiz olarak değerlendirilmesine eleştirel bir bakış açısı sunmuşlardır. Benzer şekilde, Lazarus ve Folkman da hangi stratejinin etkili veya etkisiz olduğunun duruma ve zamana göre değişkenlik gösterebileceğini belirtmişlerdir (7,8,72).

2.5. BİLİŞSEL MODEL

Bilişsel modele göre, kişinin bir olay karşısında verdiği tüm duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkiler bu olayı nasıl algıladığına ve yorumladığına bağlı olarak değişmektedir. Kişinin zaman içerisinde kendisi, başkaları ve dış dünyaları hakkında

edindiği bilgiler sonucunda temel inançları, ara inançları ve bunlara bağlı olarak otomatik düşünceleri oluşur. Karşılaşılan olayın üzerinde detaylıca düşünmeden hızlı bir şekilde yorumlanmasını sağlayan otomatik düşünceler ne kadar gerçekçi ve işlevsel ise verilen tepki de bu oranda işlevsel olmaktadır. Otomatik düşüncelerin oluşmasını sağlayan yorumlama/bilişsel işlem doğal bir zihinsel süreç olmakla birlikte, sistematik olarak olumsuz, işlevsiz ve etkisiz olduğunda bilişsel hataları ortaya çıkarmaktadır (13,73).

Beck (1967, 1976) kuramında bilişsel hataları, abartma, aşırı genelleme, bireyselleştirme, keyfi çıkarsama, küçümseme, seçici algılama ve ya hep ya hiç tarzı düşünme olmak üzere yedi başlıkta incelemiştir (74). Leung ve Wong ise seçici soyutlama, bireyselleştirme (kişiselleştirme), aşırı genelleme ve felaketleştirmenin en sık kullanılan bilişsel hatalar olduklarını öne sürmüşlerdir (15,75,76).

2.5.1. Bilişsel Hatalar

Seçici soyutlama: Zihinsel filtreleme olarak da adlandırılan seçici soyutlama, olayların yalnızca tek bir boyutunun değerlendirilmesi, diğer önemli faktörlerin göz ardı edilmesi ve sınırlı bir özelliğin tüm yaşantıya atfedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, kişinin göstermiş olduğu bir performans katılımcıların çoğunluğu tarafından takdir toplamasına rağmen, kişi bu performansı beğenmeyen azınlıktaki kişilere odaklanarak kendini kötü hissedebilir (13).

Kişiselleştirme (Bireyselleştirme): Belli bir olayda kişinin etkisinin olmamasına veya çok az olmasına rağmen, olayın olumsuz sonuçlarından tümüyle kendini sorumlu tutması ve suçluluk hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Çocuğu sınavdan düşük not alan bir annenin bundan kendini sorumlu hissetmesi ve kötü bir anne olduğunu düşünmesi veya kendisinden başka toplantıya gelen kimsenin olmadığını gören bir kişi kendisinin sevilmediği için toplantıya katılım sağlanmadığını düşünmesi kişiselleştirmeye örnek olarak verilebilir (13).

Aşırı genelleme: Sayıca az bir örneğin genellenerek bir kural haline getirilmesi ve bu kurala uyulması aşırı genelleme olarak adlandırılmaktadır. Örneğin, kendisini aldatan bir erkeği göz önünde bulunduran kadının tüm erkeklerin güvenilmez olduğuna inanması veya bir işte başarısız olan bir kişinin kendini tümüyle beceriksiz olduğunu ifade etmesi aşırı genellemedir (13).

Felaketleştirme: Diğer ihtimalleri göz önünde bulundurmadan ve var olan kanıtları yeterince değerlendirmeden olayların her zaman en kötü, en olumsuz yönüne odaklanma ve geleceği olumsuz öngörme durumu felaketleştirme olarak adlandırılmaktadır. Örneğin, cildindeki lekeleri, cilt kanseri olduğunun göstergesi olarak gören bir kişi, başka ihtimalleri değerlendirmede ve olumsuz öngöründe bulunduğu için felaketleştirme yapmış olmaktadır (13).

2.6. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI OLAN KİŞİLERİN STRES DÜZEYLERİNİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARINI İNCELEYEN ARAŞTIRMALAR

DEHB ve stres ilişkisi üzerine yapılan araştırmalara bakıldığında bu araştırmaların büyük bir kısmının DEHB'li çocuğu olan ebeveynler üzerine yapıldığı görülmektedir. Bu araştırmalara göre, DEHB semptomlarına sahip olan çocukların ebeveynleri daha fazla stres algılamakta, daha çok ebeveyn-çocuk çatışması yaşamakta ve ortalamanın altında ebeveynlik becerisi göstermektedir. Ayrıca bu ailelerdeki ebeveyn stresinin çocuğun algıladığı yaşam kalitesi ile arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (28). Breau ve Harvey (2018) tarafından yapılan araştırma da ebeveyn stresinin DEHB semptomlarını, DEHB semptomlarının ise ebeveyn stresini artırabileceğini göstermiştir (28). Bununla birlikte Miller ve Brooker (2017)'in yaptığı araştırma, DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerle sekiz seanslık bilinçli farkındalık programının ebeveynlerdeki algılanan stresin anlamlı olarak azalmasını sağladığını göstermiştir. Ayrıca ebeveynlerin, stresle başa çıkabilmede rol oynadığı düşünülen, duygusal deneyimleri kelimelerle ifade etme, rüminatif düşünmeme ve içsel/dışsal deneyimleri fark etme puanlarında da program sonrasında anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (77). Benzer şekilde, DEHB'li çocuğu olan ve olmayan ebeveynlerin başa çıkma stratejileri karşılaştırıldığında, DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin destek arama, kaçınma gibi dolaylı ve işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandıkları görülmüştür. Yapılan bir müdahale çalışmasında ise, ebeveynlerin programdan sonra ebeveyn işlevselliği ve hayat kalitesi puanlarında artış görülürken başa çıkma stratejilerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (29).

DEHB'si olan kişilerin stres düzeyleri hem fizyolojik hem de algılanan stres bakımından incelenmiştir. Palma, Natale ve Calil (2015), 6-14 yaş aralığındaki DEHB'li ve sağlıklı çocukların kortizol seviyelerini ve yoğunluklarını dört yıl boyunca

incelemişlerdir (78). Buna göre başlangıçta DEHB grubunda kortizol seviyesinin kontrol grubundan daha düşük olduğu ancak dört yıl sonunda kortizol yoğunluklarının DEHB ve kontrol grubunda birbirine yakın olduğu görülmüştür. Bu sonuç, DEHB’li çocukların stresli durumlarda yavaş-yanıtlılığa (hyporesponsivity) sahip olduğunu desteklemektedir. Vogel ve ark. (2017) duygulanım bozukluğu eşlik eden ve etmeyen yetişkinlerde DEHB semptomları ile stres mekanizmaları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (79). Buna göre yüksek DEHB semptomları ile, dikkat sorunları ile ilişkili olabilen, HPA aksı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir. Ancak bu analize depresyon ve anksiyete bozukluğunun eşlik etme durumu eklendiğinde aradaki ilişkinin ortadan kaybolduğu görülmüştür. Bu sebeple HPA aksı disregülasyonunun depresyon ve anksiyete bozukluğu aracılığıyla DEHB üzerinde etkili olduğu savunulmuştur. Ayrıca hiperaktivite/dürtüsellik semptomları ile düşük kortizol supresyonu oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve bu ilişki depresyon ve anksiyete bozukluğunun kontrol edilmesinde de varlığını sürdürmüştür (79). Ancak Hirvikovski ve ark. (2009)’nın yaptığı bir başka çalışma, kortizol ve dürtüsellik arasında pozitif bir korelasyona işaret etmektedir. Ayrıca bu çalışmada DEHB’li yetişkinlerin, DEHB’si olmayanlardan daha fazla öznel stres ve stresöre sahip olduklarını ifade etmelerine rağmen HPA aksı fonksiyonlarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiş ve bu durumun kişilerin başa çıkma tarzları, kişilik özellikleri ve karşılaşılan stresör tipi gibi değişkenler tarafından yordandığı savunulmuştur (80).

DEHB ve algılanan stres arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar DEHB semptomları ile algılanan stres arasında pozitif yönde bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Klinik tanısı olmayan üniversite öğrencileri örneklemiyle yapılan bir araştırmada, DEHB semptomları ile depresyon, anksiyete ve stres arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş; ancak olumsuz yaşam deneyimleri ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (81). Bir başka çalışma üniversite öğrencilerinde DEHB’nin alt tipleri ile algılanan stres arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Buna göre, hem dikkat eksikliği alt tipi hem de hiperaktivite alt tipi ile algılanan stres arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunuyorken, etki büyüklüğünün dikkat eksikliği alt tipinde daha fazla olduğu görülmüştür (82). Bu bulgular, depresyon, madde kullanımı, zayıf akademik ilgi gibi sosyal ve akademik uyumsuzlukların hiperaktiviteye kıyasla daha çok dikkat eksikliği alt tipinde bulunduğunu gösteren araştırmalar göz önüne alındığında, dikkat eksikliği alt tipinin daha etkili bir yordayıcı olduğunu düşündürmüştür (82). Combs ve arkadaşlarının

(2015) 18-85 yaş aralığındaki klinik tanısı olmayan yetişkinlerle yapmış oldukları bir başka araştırmada da depresyon, anksiyete ve yavaş bilişsel tempo ile algılanan stres arasında pozitif bir ilişki bulunmuş ve anksiyete ile depresyon kontrol altında tutulduğunda yüksek DEHB puanının yüksek algılanan stres puanı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu araştırma da Salla ve ark. (2017)'nin bulgularıyla tutarlı olarak DEHB ve stres arasındaki ilişkinin dikkat eksikliği alt tipi tarafından yordandığını göstermiştir (82,83).

DEHB ve algılanan stres ilişkisinin başka değişkenlerle ilişkisini inceleyen diğer araştırmalara bakıldığında, Fransa'da üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, DEHB ile algılanan stres ve DEHB semptomları ile intihar düşüncesi arasında pozitif ilişki bulunduğu görülmüştür. Algılanan stresin, DEHB semptomları ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkinin %49'unu açıkladığı ve bu bulguyla intihar düşüncesi üzerinde DEHB semptomlarından çok algılanan stresin daha etkili olduğu görülmüştür (84). DEHB'li yetişkinlerde algılanan stres, iyi oluş ve temel inançlar arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka araştırmada ise maladaptif şemaların DEHB semptomları ve algılanan stres ile pozitif; iyi oluş hali ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca DEHB semptomları ile maladaptif şemalar arasındaki ilişkinin yüksek düzeydeki stresin sonucu olarak ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (16).

Stresle başa çıkabilme, hem duyguları hem de bilişleri yönetebilmeyi içerdiğinden, birçok araştırmacı tarafından regülasyonun önemli bir yönü olarak vurgulanmıştır (85). Hirsch ve ark. (2018), yaptıkları çalışmada, DEHB'li yetişkinlerin daha fazla negatif duygulanıma ve duygusal regülasyona sahip olduklarını göstermiş ve duygusal disregülasyonun DEHB'li yetişkinlerde ayırıcı bir semptom olduğunu ileri sürmüşlerdir (9). Ergen ve genç yetişkinlerde duygusal zeka ile DEHB semptomlarını inceleyen bir araştırmada ise, her iki yaş grubunda hem hiperaktivite/dürtüsellik hem de dikkat eksikliği alt tipi ile stres yönetimi arasında negatif bir ilişki bulunmuş, bu ilişkinin genç yetişkinlerde daha kuvvetli olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, düşük duygusal zeka puanının etkisiz başa çıkma stratejilerine sebep olabileceği tartışılmıştır (86).

DEHB olan ve olmayan kişiler stresle başa çıkma tarzları bakımından karşılaştırılmıştır ve Al-Yagon ve ark. (2020) DEHB olan yetişkinlerin daha az problem-odaklı, daha fazla duygu-odaklı başa çıkma stratejileri kullandığını göstermişlerdir. Bu çalışmada ayrıca bağlanma stiline aracılık rolü incelenmiş ve kaygılı bağlanmanın DEHB

semptomları ile başa çıkma tarzları arasında yordayıcı rolü olduğu bulunmuştur. Buna göre, kaygılı bağlanmanın varlığı daha az problem-odaklı; daha fazla duygu-odaklı ve kaçınan başa çıkmanın kullanılmasına neden olmaktadır (87). Yetişkin subklinik örneklemle yapılan bir başka çalışmada DEHB semptomları ile problem çözme stratejileri arasında negatif bir ilişki bulunmuş; hiperaktivite-dürtüsellik alt tipinin işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri ile daha güçlü bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Buna karşın, yüksek dikkat eksikliği ve düşük hiperaktivite puanları olanların daha aktif başa çıkma stratejileri kullandığı bulunmuştur (88). Wong ve ark. (2019) ise, kullanılan başa çıkma stratejilerinin hastalığın nasıl algılandığı ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Ergenlerle yapılan bu araştırmada, DEHB semptomlarının etkisinin azalması ve ergenlerin hastalıklarını daha iyi anladıklarına dair inançları daha fazla aktif başa çıkma ile ilişkili bulunmuşken; DEHB semptomlarının etkisinin artması ve hastalıklarını daha az anlamlandırmaları daha pasif başa çıkma ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, bu çalışmada, daha güçlü bir kişisel kontrol hissinin ve DEHB'nin daha uzun süre süreceğine ilişkin algının da aktif başa çıkma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (89).

2.7. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE EBEVEYN STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ İNCELEYEN ARAŞTIRMALAR

DEHB'li çocuğun olduğu ailelerde aile ortamının daha az destekleyici, daha stresli, daha kontrolcü ve daha az bağlı ve etkileşimsel olduğu (26,90,91) ve daha fazla fiziksel ceza uygulandığı (26) belirtilmektedir. DEHB'si olan çocukların ailelerinin işlevselliği ve aile yükleri üzerine yapılan bir çalışmada, DEHB semptomlarının artışı ile aile yükü pozitif ilişkili bulunmuş ve bu ilişkide zayıf akademik başarı, sosyal etkileşimlerin zedelenmesi, davranışsal problemler ve artan ekonomik harcamaların yordayıcı olabileceği ileri sürülmüştür (92).

Ebeveyn-çocuk ilişkisinin DEHB'li çocuklarda daha zayıf olduğu (93), ebeveynlerin tutumları açısından değerlendirildiğinde, hem ebeveyn hem çocuk değerlendirmelerinde, annenin bağlılığının babalardan daha fazla olduğu (94), ayrıca DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerin daha az demokratik stil ve daha fazla otoriter stil kullandıkları, demokratik stili annelerin babalardan daha fazla kullandığı; DEHB'si olmayan çocuklarda anne baba arasında demokratik stili kullanma açısından farklılık olmadığı (26) bulunmuştur.

Bununla birlikte ebeveynlik stillerin kız ve erkek çocuklarına uygulanması açısından farklılık gösteren çalışmalar da mevcuttur. DEHB olan erkek çocuklarda otoriter stilin kullanılması bakımından anne ve baba arasında fark bulunmazken kız çocuklarda babaların annelerden daha çok kullandığı görülmüştür; ayrıca DEHB olmayan çocukların anne ve baba tutumlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (26). Battle ve Lacey (1972) ise, annelerin orta çocukluk dönemindeki aşırı aktiviteli erkek çocuklarına karşı daha eleştirel, soğuk, reddedici ve cezalandırıcı davranmalarına karşın aynı özellikteki kız çocuklarıyla etkileşimlerinde bu davranışların ilişkili olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (27). Ergen erkekler de annelerini kızlardan daha az yakın, daha fazla kontrolcü ve korumacı olarak algılamaktadırlar (90).

8-11 yaş arasındaki DEHB'li çocuğu olan ailelerde ebeveynlerin değerlendirmesine göre annelerin bağlılığının babalarinkinden daha fazla olduğu, çocuk değerlendirmesine göre ise ikisinin arasında fark olmadığı ancak ebeveynlerin değerlendirdiği bağlılık düzeyinden daha yüksek bir bağlılık belirttikleri görülmüştür. Bu araştırmada annenin bağlılığı çocuğun davranış problemleri ile ilişkili bulunmamışken babanın bağlılığının çocuğun agresyon düzeyi ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (94). 11-18 yaş arasındaki DEHB'li ergenlerin ise annelerini sağlıklı grup ergenlerinden daha az sıcak ve daha fazla koruyucu/otoriter algıladıkları bulunmuştur. DEHB tedavisi hala devam edenler ise annelerini daha önce DEHB tedavisi görüp sonrasında semptomları azalan gruptan daha otoriter algıladıkları görülmüştür (90).

Campbell (1975) hiperaktivitesi olan, öğrenme güçlüğü olan ve herhangi tanısı olmayan erkek çocuğu annelerini karşılaştırmış. Hiperaktiviteli çocuğu olan annelerin diğer iki gruptan daha teşvik edici, dürtü kontrolünü yönlendirici ve reddedici olduğu görülmüştür (27). DEHB'si olan ve olmayan erkek çocuklarının ailelerinin karşılaştırıldığı başka bir araştırmada ise, DEHB'li çocuğu olan aileler daha talepkar ve caydırıcı bulunmuştur (95).

Campbell (1973) dalgın, dürtüsel ve hiperaktif çocukların anne-çocuk etkileşimlerini kolay ve zor görevler koşulları altında incelemiş ve kolay görevli koşulda annelerin davranışları açısından gruplar arası farklılık bulunmazken zor görevde hiperaktif çocukların annelerinin dürtü kontrollerini sağlaması için çocuklarına daha fazla destekleyici öneri ve yorumlarda bulundukları görülmüştür (27). Winsler (1999)'ın çalışmasında da DEHB'li erkek çocuklarına bir şey öğretme görevi verilen annelerin,

yapıyı kurma becerisinin zayıf olduğu, görev taleplerini uygun şekilde dönüştürmede ve çocuğun yeteneklerini uygun biçimde değerlendirmede başarısız oldukları bulunmuştur (95). Cunningham ve Barkley (1979) ise ilaç kullanmayan hiperaktivitesi olan ve olmayan erkek çocukların anne-çocuk etkileşimini serbest oyun ve belirli görevler koşullarında incelemiş, hiperaktif çocukların annelerinin serbest oyunda çocuklarıyla daha az iletişim kurdukları, kurduklarında ise annelerin daha kontrolcü, çocukların daha az boyun eğen özellikler gösterdiği gözlenmiştir. Görev koşulunda ise hiperaktif çocukların annelerinin kontrol grubundan daha az iletişim ve yanıtılık gösterdiği bulunmuştur. Benzer bir çalışma Mash ve Johnston (1982) tarafından yapılmış ve hiperaktif çocuğu olan annelerin daha çok olumsuz ve yönlendirici, daha az yanıt verici ve kabul edici olduğu, ayrıca bu durumun yapılandırılmış görev koşulunda ve daha küçük çocuklarda daha belirgin olduğu bulunmuştur (27). Taylor ve Schadar (1986)'ın yaptığı çalışmada ise, çocuğun hiperaktivitesinden çok karışt gelmesinin olumsuz aile fonksiyonları (eleştirelilik, ebeveynler arasındaki tutarsızlık gibi) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Gomez ve Sason (1994) DEHB, DEHB+Davranım Bozukluğu (DB) ve sağlıklı grubu karşılaştırmış ve olumsuz davranışların en fazla DEHB+DB grubunda, en az ise sağlıklı grupta bulunduğunu göstermişlerdir. Ayrıca komorbid gruptaki annelerin daha reddedici (96) daha direktif, olumsuz, daha az ödül verici olduğu (Gomez & Sason, 1994) görülmüştür. Ancak bu çalışmada sağlıklı grup ile DEHB grubu arasında ebeveyn tutumu açısından fark bulunmamıştır. Lindahl (1998) ise DEHB, Karışt Gelme Bozukluğu (KGB), DEHB+KGB ve sağlıklı grubu karşılaştırmış DEHB grubu ebeveynlerinin sağlıklı grup ebeveynlerinden daha reddedici, baskıcı ve direktif olduğu; KGB grubu ebeveynlerinden ise daha bağlı ve daha tutarlı olduğunu bulmuştur (95). Kaplan ve Crowford (1998)'un okul çağı çocuklarıyla yaptığı çalışmada, içlerinde KGB de olan DEHB, okuma güçlüğü, DEHB+okuma güçlüğü ve kontrol grupları aile işlevselliği açısından karşılaştırılmış, KGB olanlar analizden çıkarıldığında dahi DEHB'li çocuğu olan ailelerin aile işlevselliğinde daha çok problem olduğu görülmüştür (97).

DEHB'li çocukların karışt gelme davranışlarını yüksek-düşük olarak gruplandırılarak kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir başka araştırmada annenin ve babanın ayrı ayrı değerlendirmesi ve araştırmacının gözlemi incelenmiştir. Problemin sayısı ve sıklığı, günlük problemler, negatif sonuçlar, pozitif veya tepkisiz sonuçlar ve müdahale olmak üzere altı değişkenin incelendiği araştırmada, anne değerlendirmesine göre DEHB ve kontrol grubu arasında bu altı değişken arasında anlamlı bir farklılık

bulunmakta, yalnızca problem sıklığı açısından yüksek ve düşük karşıt gelmeye sahip iki DEHB grupları arasında farklılık bulunmaktadır. Baba değerlendirmesinde sadece problem sıklığı açısından DEHB ve kontrol grubu arasında fark bulunmuşken, iki DEHB grupları arasında fark bulunmamıştır. Gözlem değerlendirmesinde ise, annenin çocuktaki boyun eğme, sosyal davranış ve karşıt gelme davranışlarını değerlendirmelerinde üç grup arasında anlamlı farklılık bulunmuşken, yüksek karşıt gelmesi olan DEHB grubu babalarının karşıt gelmeyi daha yüksek değerlendirdiği ve düşük karşıt gelmesi olan DEHB grubunda diğer iki gruptan daha direktif oldukları bulunmuştur (98).

DEHB'li çocuğa sahip olan ebeveynlerin psikopatolojisine odaklanan bazı araştırmalar, bu annelerin daha nevroitik, depresif ve daha fazla DEHB semptomuna sahip olduğunu göstermektedir (90,91). Park ve ark. (2017) ise, DEHB'li çocukların ebeveynlerinde de DEHB bulunma olasılığından hareketle, ebeveynin kendi DEHB semptomları ile ebeveynlik stili arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Ebeveynin DEHB semptomlarının hem katı hem de gevşek ebeveyn tutumuyla pozitif ilişkili olduğu, ancak pozitif ebeveynlik stili ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı bulunmuştur. Ebeveynin DEHB semptomları ile katı ve gevşek ebeveyn tutumu arasındaki ilişkide çocuğun DEHB semptomlarının moderatör olduğu görülmüştür. Ayrıca DEHB semptomları ile katı ebeveynlik tutumu arasındaki ilişkide çocuğun cinsiyetinin moderatör olduğu, erkek çocuğun az olması durumunda katı ebeveynliğin arttığı görülmüştür (99). Lee ve ark. (2012), DEHB'li çocukların annelerinde depresyonun anne-çocuk ilişkisi üzerine etkisini incelemişler ve DEHB'si olan çocuk-depresyonu olan anne; DEHB'si olan çocuk-depresyonu olmayan anne; DEHB'si olmayan çocuk-depresyonu olmayan anne şeklinde 3 grubu karşılaştırmışlar ve iki görev ortamındaki (hayal kurma gibi nötr bir durum ve çiftlerin birbirinde sevmedikleri özellikleri konuşma gibi bir çatışma durumu) davranışlarını gözlemlemişlerdir. DEHB'li çocuk-depresyonu olan anne grubunun nötr durumda en yüksek negatif bağlılığa sahip olduğu görülmüştür (100).

Daha küçük ve büyük yaştaki çocukların ebeveynleriyle etkileşimleri karşılaştırıldığında, yaşı artmasıyla birlikte çocukların daha olumlu ve itaatkar oldukları bulunmuştur. Ancak büyük yaştaki hiperaktif çocuklar sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında hiperaktif çocuklarda daha fazla davranış problemi olduğu ve annelerinin de kontrol grubu annelerinden daha negatif ve kontrolcü oldukları görülmüştür (27). DEHB'li ergenler ile ebeveynleri arasındaki etkileşimde tutarsız

bulgular edinilmiştir. Barkley ve ark. (1992) yaptığı çalışmada, sağlıklı grup, DEHB tanısı geçmişte alan ancak şu an bulunmayan, tanısı hala devam eden ve DB'nin eşlik ettiği komorbid grup karşılaştırılmıştır. Komorbid grupta olan ergenlerin anneleri, iletişimde daha negatif ve çatışmacı tutum raporlarken, ergenlerin raporları gruplar arasında farklılık göstermemiştir (95).

İlaç kullanan ve kullanmayan DEHB tanılı çocuklara dair ebeveynlik stilleri karşılaştırıldığında, ilaç kullanan hiperaktif çocuk ve annelerin birbirini daha çok övdükleri, daha az eleştirdikleri, annelerin daha az talimat, daha fazla yanıt verdiği, daha sıcak ilişki kurduğu, çocukların ise daha fazla boyun eğdikleri ve kardeş ve akranlarıyla ilişkilerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Ancak ilaç kullanımının sağladığı bu iyileşmeye rağmen ebeveyn-çocuk arasındaki ilişki normal kontrol grubundaki kadar etkileşimsel olmamaktadır (27). Devam eden ilaç tedavisinin aile sürecini etkilemediği görülmekle birlikte tedavinin geç başlamasının daha az anne yakınlığı ile ilişkili olduğu da görülen bir başka bulgudur (90).

Ebeveyn-çocuk etkileşiminde babaların ebeveynlik stilini inceleyen çok az araştırma vardır. Tallmadge ve Barkley (1983)'in yapmış oldukları çalışmada babaların da anneler gibi direktif oldukları ancak çocukların annelerinden çok babalarına boyun eğdikleri bulunmuştur (27). DEHB'li çocuğu olan anne ve babaların ebeveynlik stilleri arasında fark olup olmadığını inceleyen bir çalışmada, DEHB, kaygı bozukluğu ve sağlıklı çocuğu olan anne ve babalar karşılaştırılmış, DEHB'li çocuğu olan babaların diğer iki gruptaki babalardan daha yüksek reddetme ve kontrol etme puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Annelerin ebeveynlik stilleri ise üç grup arasında farklılık göstermemiştir (101).

Bununla birlikte, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında hiperaktif çocuğu olan ebeveynlerin daha düşük özgüven puanına sahip olduğu (26) ve ebeveynlik becerilerine daha az güvendiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (27). Destekleyici ebeveynliğin yüksek olması boylamsal süreçte çocuğun okuldaki uyumunu yordayan ve aile güçlülüğünün etkisini azaltan bir yapı olarak görülmektedir (102). Ebeveyn-çocuk etkileşimini artırmaya yönelik yapılan bir programda ise DEHB semptomları, ebeveyn-çocuk etkileşimi ve ebeveynin iyi oluşunun ilk ve son test bulguları arasında fark bulunmadığı ancak ebeveynlerin çocuklarını daha “normal” algıladıkları sonucu elde edilmiştir (103).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, DEHB tanısı olan ve olmayan 13-18 yaş aralığındaki ergenlerde algılanan stres, stresle başa çıkma tarzları, bilişsel hatalar ve algılanan ebeveyn davranışları arasındaki ilişkileri inceleyen betimsel bir çalışmadır. Araştırmanın etik kurul izni için İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'una başvurulmuş ve araştırmanın etik kurul onayı Ek.X'te sunulmuştur.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklem büyüklüğü G*Power analiz programında hesaplanmıştır. Önceki çalışmalar göz önünde bulundurularak etki büyüklüğü 0.5, güç %80, alfa hata değeri 0.05 kabul edilerek minimum 128 kişi (64 kişi hasta grubu, 64 kişi kontrol grubu) olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya 13-18 yaşında DEHB tanısı olan ve olmayan ergenler ile ebeveynlerinden biri ve ergenlerin bir öğretmeni dahil edilmiştir.

3.2.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Hasta grubu:

13-18 yaş arasında olmak

DSM-V'e dayalı klinik görüşmeye göre DEHB tanısı almış olmak

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve hem ergen hem de ebeveyni tarafından aydınlatılmış onam formunun imzalanmış olması

Kontrol grubu:

13-18 yaş arasında olmak

Geçmişte herhangi bir psikiyatrik tanının olmaması

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve hem ergen hem de ebeveyni tarafından aydınlatılmış onam formunun imzalanmış olması

3.2.2. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri

Hasta grubu:

Mental retardasyon tanısı almış olmak

Madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve anksiyete bozukluğu dışında ek psikiyatrik tanı almak

Görme ve/veya işitme engeli bulunması

Epilepsi tanısı almak

Kontrol grubu:

Mental retardasyon tanısı almış olmak

Görme ve/veya işitme engeli bulunması

Epilepsi tanısı almak

3.3. UYGULAMA

Hasta grubu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri polikliniğine Ekim 2020 - Nisan 2021 tarihleri arasında ayaktan başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan olgulardan seçilmiştir. Hasta grubuna çalışma yöntemi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH kliniğinde uygulanmıştır.

Kontrol grubu, hasta grubunun tamamlanmasının ardından, Mayıs 2021 – Nisan 2022 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, hasta grubu ile birebir olarak yaş ve cinsiyet açısından eşlenmiş sağlıklı öğrencilerden seçilmiştir. Kontrol grubu için Kadıköy ilçesinde 8., 9., 10., 11. ve 12. sınıf öğrencileri çalışmaya katılmıştır.

Hem ergenler hem ebeveynleri için ön bilgilendirme yapıldıktan sonra onam formu imzalatılmıştır. Gönüllüler kendilerini rahatsız hissettikleri zaman çalışmayı yarıda kesebileceklerine dair bilgilendirilmişlerdir.

Araştırma verilerinin elde edilmesinde öz-bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Bu ölçeklerden, Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Algılanan

Stres Ölçeği (ASÖ), Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği (ÇOBHÖ) ve Leuven Ana Babalık Ölçeği-Ergen Sürümü ergenler tarafından; Conners Derecelendirme Ölçeği-Ebeveyn Formu ile Leuven Ana Babalık Ölçeği-Ana Baba Sürümü ebeveynler tarafından; Conners Derecelendirme Ölçeği-Öğretmen Formu öğretmenler tarafından doldurulmuştur. DEHB grubunda yer alan ergenlerin veri toplama sürecinin pandemi dolayısıyla okulların kapalı olduğu döneme gelmesinden ve tanılarının psikiyatri polikliniği tarafından tespit edilmiş olmasından dolayı bu gruptan öğretmen formu alınmamıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Demografik bilgi formu katılımcıların yaş, sınıf, anne baba yaşam durumları (sağ-ölü), kardeş sayısı, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve meslekleri, ailenin sosyoekonomik düzeyi ile geçmiş psikiyatrik hastalıklarına dair bilgi edinilen bir formdur.

3.4.2. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Orijinal form Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlaması Eskin ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilmiştir. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır. Maddelerden alınan puanlar toplanarak yanıtlayıcının algıladığı stres düzeyi belirlenmekte ve yüksek puan algılanan stres düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlık Cronbach alfa katsayısının .84, iki gün arayla gerçekleştirilen iki ölçüm sonucunda elde edilen test tekrar test güvenirlik katsayısının ise .85 olduğu bildirilmiştir (104).

ASÖ’nün Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 16-23 yaş aralığında 234 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca ASÖ’nün lise öğrencileriyle yapıldığı birçok araştırma da bulunmaktadır (104–109).

ASÖ’nün biri 4 diğeri 10 maddelik iki kısa formu ile 14 maddelik uzun formu bulunmaktadır. ASÖ-14’ün puanları 0 ile 56 arasında değişirken ASÖ-10’nun puanları 0

ile 40, ASÖ-4'ün puanları ise 0 ile 16 arasında değişmektedir. Bu çalışmanın sonucunda ASÖ-14'ün, ASÖ-10'un ve ASÖ-4'ün iç tutarlık alfa katsayıları sırasıyla; .84, .82 ve .66 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test ile elde edilen güvenirlik katsayıları ise sırasıyla; .87, .88 ve .72'dir. Faktör analizi sonucunda, yetersiz özyeterlik algısı ile stres/rahatsızlık algısı olarak adlandırılan iki faktör elde edilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, ASÖ'nin üç formunun da yeterli düzeyde güvenirliğe sahip olduğuna işaret etmektedir (104).

3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus (1984) tarafından geliştirilmiş olan "Başa Çıkma Yolları Envanteri" nin (Ways of Coping Inventory) Şahin ve Durak (1995) tarafından "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" adıyla Türkçeye uyarlanmış ve kısaltılmıştır. Ölçek 30 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar kendine güvenli yaklaşım (7 madde); iyimser yaklaşım (5 madde); çaresiz yaklaşım (8 madde); boyun eğici yaklaşım (6 madde) ve sosyal desteğe başvurma (4 madde) şeklindedir (110).

Üç farklı örneklem kullanılarak yapılan faktör analizleri sonucunda bu ölçeğin probleme yönelik/aktif (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) ve duygulara yönelik/pasif (kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımlar) tarzlar şeklinde iki ana boyuta ayrıldığı ve söz konusu iki ana boyutun Batılı araştırmacıların çalışmalarında da genellikle ortaya çıktığı belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada ölçeğin güvenilirliğini ölçen Cronbach alfa değeri .68 olarak hesaplanmıştır. Faktör analizleri sonucunda probleme yönelik/aktif ve duygulara yönelik/pasif tarzlar olmak üzere iki ana boyut oluşturulmuştur.

Aktif tarz; kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı; pasif tarz, kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımları kapsamaktadır (3). Ölçeğin yanıtlanması 4'lü derecelendirme (0- Hiç Uygun Değil, 3-Çok Uygun) şeklindedir. 1. ve 9. madde ters yönde puanlanmaktadır. Alt boyutlardan alınan yüksek puanlar bireylerin söz konusu yaklaşımı daha fazla kullandığını yansıtmaktadır (111).

Ölçeğin Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında, ölçek üç aşamalı faktör analizine tabi tutulmuştur. İlk faktör analizi çalışması üniversite öğrencileri (N=575) ile yapılmış ve 8 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Aynı örneklem üzerinde yapılan bir başka faktör analizi sonucunda ölçeğin 5 faktöre indirgenebileceği

görülmüştür. İkinci faktör analizi çalışması, özel ve kamu bankalarında çalışan (N=426) kişiler üzerinde yapılmış ve 7 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Üçüncü faktör analizi çalışması ise yaşları 14-45 arasında değişen (N=232) kişiler üzerinde Ana Eksenler Yöntemi ile yapılmış ve beş faktör bulunmuştur (110).

Ölçeğin üç çalışmadaki faktör analizlerine bağlı olarak elde edilen alt ölçeklerin güvenirlik katsayıları, Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ile saptanmış ve “İyimser Yaklaşım” alt ölçeği için elde edilen güvenirlik katsayıları $\alpha=0.68$ ile $\alpha=0.49$ arasında bulunmuştur. “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt ölçeği için bu değer $\alpha=0.62$ ile $\alpha=0.80$ arasında, “Çaresiz Yaklaşım” alt ölçeği için bu değer $\alpha=0.64$ ile $\alpha=0.73$ arasında, “Boyuneğici Yaklaşım” alt ölçeği için ise $\alpha=0.47$ ile $\alpha=0.72$ arasında bulunmuştur. Son olarak “Sosyal Desteğe Başvurma” alt ölçeği için de bu değer $\alpha=0.47$ ile $\alpha=0.45$ arasında değiştiği saptanmıştır. Bu sonuca göre beş alt ölçeğin güvenirlik katsayılarının 0.45 ile 0.80 arasında değiştiği gözlenmiştir. Ölçeğin bütününe yönelik güvenirlik katsayısı ise 0.68 olarak saptanmıştır (110,112).

3.4.4. Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği (COBHÖ)

Orijinal adı “The Children’s Negative Cognitive Errors Questionnaire-CNCEQ” olan ölçek Leitenberg, Yost ve Carroll-Wilson (1986) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aydın (2006) tarafından yapılmıştır (113).

Toplam 24 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; felaketleştirme, aşırı genelleme, kişiselleştirme ve seçici soyutlamadır. Her alt boyut için 6 madde bulunmaktadır. Her bir madde hipotetik durumlardan oluşur ve böyle bir durumla karşılaştığında çocuğun aklından geçebilecek olası hatalı düşünce biçiminin kendisine ne kadar uygun olduğunu işaretlemesi istenir (113).

Ölçek 5’li likert tipidir (5= “Hemen hemen tam benim düşünceme benzer”; 1= “Ben hiç böyle düşünmem”). Maddeler sosyal, akademik ve atletik olmak üzere üç içerik alanını kapsar. Toplam ölçek puanı 24 ile 120 arasında değişir. Her alt testte yer alan 6 maddeden ikisi sosyal, ikisi, akademik, ikisi de atletik alandan maddeler içerir (76,113).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanmasında örnekleme 13-16 yaş grubu ergenler oluşturmıştır. Alt ölçekler için iç-tutarlık analizi yapılmıştır. Alt ölçeklerin güvenirlik değerleri seçici soyutlama için .66, felaketleştirme için .73, kişiselleştirme için .74, aşırı genelleme için .77 olarak bulunmuştur. Dört alt ölçeğin madde analizleri sonucunda alt

ölçeklerde yer alan her bir maddenin .30 dan fazla yük aldığı görülmüştür. Ölçeğin toplam puanı için Cronbach alpha katsayısı (.91) ve iki yarım test güvenilirliği (.87) oldukça yüksek iç-tutarlığa sahip olduğunu göstermektedir. Toplam ölçek için madde analizi ve iç-tutarlık analizi sonuçları ölçeğin yapı geçerliğini de desteklemektedir. Suadiye ve Aydın (2010)'ın yaptığı bir başka çalışmada ölçeğin 12-17 yaş grubuyla geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (76). Karakaya ve ark. (2007) tarafından yapılan bir başka geçerlik-güvenilirlik çalışmasında ise felaketleştirme, kişiselleştirme ve seçici algılama olmak üzere üç faktör elde edilmiştir (74).

3.4.5. Leuven Algılanan Ana-Babalık Ölçeği-Ergen Sürümü (LAAÖ/e)

Soenens ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Sevim (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. LAABÖ, duyarlık, davranışsal denetim, psikolojik kontrol ve özerklik desteği olarak adlandırılan dört boyuttan ve her boyutta 7 olmak üzere orijinal çalışmada toplam 28 maddeden meydana gelmektedir. Bu dört boyut ayrı ayrı değerlendirilmekte; her madde 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin hem ergenlere hem de anne babalara uygulanan iki ayrı sürümü bulunmaktadır. Ergen sürümünde gençler anne ve babalarını ayrı ayrı değerlendirebilmektedirler.

Ölçeğin uyarlama çalışmasında örneklem grubu 14-23 yaş grubundaki 643 ergenden oluşmaktadır. Orijinal ölçekte 28 madde, ergen anne sürümünde 21, ergen baba sürümünde 19 madde olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları ergen anne sürümünde duyarlılık .88, davranışsal denetim .58, psikolojik kontrol .81, özerklik desteği .72; ergen baba sürümünde duyarlılık .91, davranışsal denetim .78, psikolojik kontrol .77 ve özerklik desteği .67 olarak bulunmuştur (114).

3.4.6. Leuven Algılanan Ana-Babalık Ölçeği-Ebeveyn Sürümü (LAAÖ/a)

Ölçek, ebeveynlerin çocuklarına karşı davranışlarını ve dolayısıyla çocuklarıyla olan ilişkilerini kendilerinin değerlendirmesi amacıyla da kullanılmaktadır. Ergenlere sorulan maddeler anne babalara uygun hale dönüştürüldükten sonra geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Ölçeğin son halinde dört boyut yer almakta ve duyarlık boyutunda 7 madde, davranışsal denetimde 4 madde, psikolojik kontrolde 7 madde, özerklik desteğinde 6 madde olmak üzere 24 maddeden oluşmaktadır.

Orijinal ölçeğin tutarlılık katsayıları çalışması, 90 baba ve 160 anneden oluşan bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Sonuçlara göre boyutların iç tutarlılık katsayıları duyarlık 0.75, davranışsal denetim 0.66, psikolojik kontrol 0.82 ve özerklik desteği 0.63 olarak hesaplanmıştır (24).

3.4.7. Conners Derecelendirme Ölçekleri (CDÖ)-Kısa Form

Conners tarafından geliştirilen Conners Derecelendirme ölçeği çocuklarda görülen dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım sorunlarını ölçmektedir. Ölçeğin kısa formu 1978'de Goyette ve ark. tarafından oluşturulmuştur. Bu kısa formun Türkçeye uyarlaması Dereboy ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır (115).

Conners Ebeveyn Değerlendirme formu 48 madde ve beş alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar, davranım sorunları, ataklık/hiperaktivite, öğrenme sorunları, kaygı ve psikosomatik alt ölçekleri şeklindedir.

Ölçekteki ifadelere dörtlü likert tipi bir ölçek üzerinden yanıt verilmektedir. Cevap seçenekleri ve puanlama 0=hiçbir zaman; 1=nadiren; 2=sıklıkla; 3= her zaman şeklindedir. Yüksek puan, belirtilerin yoğun olduğunu ifade etmektedir.

Conners Öğretmen Değerlendirme formu çocukların sınıf içindeki tutum ve davranışlarını değerlendirmektedir. Öğretmen formu 3 alt ölçek ve 28 maddeden oluşmaktadır. Cevap seçenekleri ve puanlama 0=hiçbir zaman; 1=nadiren; 2=sıklıkla; 3= her zaman şeklindedir. Yüksek puan, belirtilerin yoğun olduğunu ifade etmektedir (115).

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 26.0 sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri frekans analizi ile saptanmıştır. Nicel değişkenler ölçek puan ortalamaları ve standart sapma değerleri ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile aktarılmıştır. Analizlerde sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları karşılandığında Bağımsız Örneklem t-testi, karşılanmadığında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyonlar incelenirken parametrik test varsayımları karşılandığında Pearson Korelasyon Katsayısı karşılanmadığında ise Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılarak incelenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN İNCELENMESİ

Çalışmaya katılmaları üzere DEHB ve sağlıklı gruptan toplam 208 ergene ulaşılmıştır. Bu katılımcıların 82'si Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine gelerek DEHB tanısı alan hasta grubunu, 126'sı ise ortaokul ve lise öğrencilerinden alınan sağlıklı grubu oluşturmaktadır. DEHB grubunda araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlamayan katılımcılar (n=3) analizden çıkarılmıştır. Sağlıklı gruptan alınan veriler incelendiğinde ise, sosyodemografik formda geçmişte DEHB tedavisi gördüğünü veya yakın zamanda depresif belirtiler gösterdiğini belirten katılımcılar (n=4) ile Conners Ebeveyn formlarında hiperaktivite veya öğrenme sorunu alt boyutlarından en az birinde kesme puanı üzerinde puana sahip katılımcılar (n=35) analizden çıkarılmıştır. Ayrıca ebeveyn formlarına ulaşamayan katılımcılar da (n=16) analize dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılmayı reddeden bir katılımcı ise (n=1) analizlere dahil edilmemiştir. Son durumda 69 kız, 80 erkek olmak üzere 149 katılımcının verileri analize dahil edilmiştir. Bu katılımcıların 79'u (%53) DEHB grubunu, 70'i (%47) kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Katılımcıların sınıf düzeyleri incelendiğinde 9 kişinin (%6) 8. sınıf, 36 kişinin (%24,2) 9. sınıf, 32 kişinin (%21,5) 10. sınıf, 32 kişinin (%21,5) 11. sınıf ve 36 kişinin (%24,2) 12. sınıf olduğu görülmüştür. 4 kişi (%2,7) sınıf düzeyini belirtmemiştir. Katılımcıların yaşlarının 13-18 arasında değiştiği ve ortalamalarının $15,64 \pm 1,271$ olduğu saptanmıştır.

Aile ile ilgili özelliklere bakıldığında, katılımcıların 134'ünün (%89,9) ebeveynleriyle birlikte, 11'inin (%7,4) anneleriyle birlikte, 3'ünün (%2) babalarıyla birlikte yaşadıkları, diğer seçeneğini işaretleyen bir kişinin (%0,7) olduğu görülmektedir. Katılımcıların 134'ünün (%89,9) ebeveynlerinin beraber, 14'ünün (%9,4) boşanmış, 1'inin (%0,7) ayrı yaşadıkları saptanmıştır. Gelir düzeyi 7 kişi (%4,7) tarafından yüksek, 33 kişi (%22,1) tarafından orta üstü, 95 kişi (%63,8) tarafından orta ve 7 kişi (%4,7) tarafından düşük olarak belirtilmiştir. 1 kişinin (%0,7) anne eğitim düzeyinin okur-yazar değil, 2 kişinin (%1,3) okur-yazar, 25 kişinin (%16,8) ilkokul mezunu, 13 kişinin (%8,7) ortaokul mezunu, 51 kişinin (%34,2) lise mezunu ve 57 kişinin (%38,3) üniversite

mezunu olduğu saptanmıştır. Baba eğitim düzeyi incelendiğinde 18 kişinin (%12,1) ilkokul mezunu, 16 kişinin (%10,7) ortaokul mezunu, 58 kişinin (%38,9) lise mezunu ve 56 kişinin (%37,6)  niversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bir kişi (%0,7) babasının eğitim düzeyini belirtmemiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1: Örnekleme ait sosyodemografik bilgiler

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	69	46,3
	Erkek	80	53,7
Sınıf	8. Sınıf	9	6
	9. Sınıf	36	24,2
	10. Sınıf	32	21,5
	11. Sınıf	32	21,5
	12. Sınıf	36	24,2
Yaş*		15,64±0,105	16,0
Örnekleme grubu	DEHB	79	53
	Kontrol	70	47
Birlikte yaşama	Anne ve babayla birlikte	134	89,9
	Anneyle	11	7,4
	Babayla	3	2
	Diğer	1	0,7
Ebeveyn birlikteliği	Beraber	134	89,9
	Boşanmış	14	9,4
	Ayrı yaşam	1	0,7
Annenin eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	1	0,7
	Okur-yazar	2	1,3
	�lkokul mezunu	25	16,8
	Ortaokul mezunu	13	8,7
	Lise mezunu	51	34,2
	�niversite mezunu	57	38,3
Babanın eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	0	0
	Okur-yazar	0	0
	�lkokul mezunu	18	12,1
	Ortaokul mezunu	16	10,7
	Lise mezunu	58	38,9
	�niversite mezunu	56	37,6
Gelir düzeyi	Yüksek	7	4,7
	Ortanın �st�	33	22,1
	Orta	95	63,8
	Düşük	7	4,7
	çok düşük	0	0

*n yerine ortalama±standart sapma, % yerine medyan verilmiştir.

4.2. ÖLÇEKLERİN İNCELENMESİ

4.2.1. Ölçeklerin Normallik Dağılımları

Ölçeklerin normal dağılıma uygunluklarını incelemek için Shapiro-Wilk analizi yapılmıştır. DEHB olan ve olmayan ergenlere uygulanan ölçeklere ait analiz sonuçları Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4. 2: Ergen örnekleminde normallik dağılımının Shapiro-Wilk analizi ile incelenmesi

	Ölçek Adı	Z	p
DEHB Grubu	ASÖ	0,980	0,245
	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği		
	Aktif Başa Çıkma	0,975	0,128
	Pasif Başa Çıkma	0,983	0,395
	ÇOBHÖ	0,878	0,000*
	Felaketleştirme	0,892	0,000*
	Kişiselleştirme	0,865	0,000*
	Seğici Soyutlama	0,920	0,000*
	Leuven Baba		
	Duyarlılık	0,934	0,001*
	Davranışsal Denetim	0,975	0,124
	Psikolojik Kontrol	0,947	0,003*
	Özerklik Desteği	0,905	0,000*
	Leuven Anne		
	Duyarlılık	0,913	0,000*
	Davranışsal Denetim	0,974	0,107
	Psikolojik Kontrol	0,952	0,005*
	Özerklik Desteği	0,946	0,002*
DEHB Olmayan Grup	ASÖ	0,959	0,021*
	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği		
	Aktif Başa Çıkma	0,976	0,192
	Pasif Başa Çıkma	0,964	0,044*
	ÇOBHÖ	0,869	0,000*
	Felaketleştirme	0,860	0,000*
	Kişiselleştirme	0,844	0,000*
	Seğici Soyutlama	0,941	0,002*
	Leuven Baba		
	Duyarlılık	0,873	0,000*
	Davranışsal Denetim	0,967	0,065
	Psikolojik Kontrol	0,908	0,000*
	Özerklik Desteği	0,951	0,010*
	Leuven Anne		
	Duyarlılık	0,801	0,000*
	Davranışsal Denetim	0,967	0,061
	Psikolojik Kontrol	0,919	0,000*
	Özerklik Desteği	0,937	0,002*

Analiz sonuçlarına göre, alt boyutlar incelendiğinde DEHB tanısı olan ergen grubunda ÇOBHÖ-felaketleştirme ($z=0,892$; $p<0,05$), ÇOBHÖ-kişiselleştirme ($z=0,865$; $p<0,05$), ÇOBHÖ-seçici soyutlama ($z=0,920$; $p<0,05$), Leuven Baba-Duyarlılık ($z=0,934$; $p<0,05$), Leuven Baba-Psikolojik Kontrol ($z=0,947$; $p<0,05$), Leuven Baba-Özerklik Desteği ($z=0,905$; $p<0,05$), Leuven Anne-Duyarlılık ($z=0,913$; $p<0,05$), Leuven Anne-Psikolojik Kontrol ($z=0,952$; $p<0,05$), Leuven Anne-Özerklik Desteği ($z=0,946$; $p<0,05$) puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

DEHB tanısı olmayan ergen grubunda SBTÖ-Pasif Başa Çıkma ($z=0,964$; $p<0,05$), ÇOBHÖ-felaketleştirme ($z=0,860$; $p<0,05$), ÇOBHÖ-kişiselleştirme ($z=0,844$; $p<0,05$), ÇOBHÖ-seçici soyutlama ($z=0,941$; $p<0,05$), Leuven Baba-Duyarlılık ($z=0,873$; $p<0,05$), Leuven Baba-Psikolojik Kontrol ($z=0,908$; $p<0,05$), Leuven Baba-Özerklik Desteği ($z=0,951$; $p<0,05$), Leuven Anne-Duyarlılık ($z=0,801$; $p<0,05$), Leuven Anne-Psikolojik Kontrol ($z=0,919$; $p<0,05$), Leuven Anne-Özerklik Desteği ($z=0,937$; $p<0,05$) puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

DEHB tanısı olan ergenlere uygulanan ölçeklerde ve ölçeklerin alt boyutlarında çarpıklık basıklık değerlerinin $-2,0$ ile $+2,0$ arasında bulunması ölçek dağılım puanlarının normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir (116). Bu sonuç doğrultusunda DEHB tanısı olan ergenlere ait hipotezlerin test edilmesinde parametrik testler uygulanmıştır.

DEHB tanısı olmayan ergenlere uygulanan ölçeklerde ÇOBHÖ ve ÇOBHÖ alt boyutları ile Leuven Anne-Duyarlılık alt boyutunun çarpıklık basıklık değerlerinin $-2,0$ ile $+2,0$ arasında yer almaması dolayısıyla ölçek dağılım puanlarının normal dağılıma uygun olmadığı görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda, DEHB tanısı olmayan ergenlerin bu alt boyutlara ait hipotezlerin test edilmesinde non-parametrik testler uygulanmıştır.

Tablo 4. 3: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlere uygulanan ölçeklerin normallik dağılımları

Grup	Ölçek Adı	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca (Puan aralığı)	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)	Cronbach alfa katsayısı
DEHB Grubu	ASÖ	25,76±0,74	11-42	0,369	-0,065	0,572
	SBTÖ					
	Aktif Başa Çıkma	21,39±0,80	5-34	-0,268	-0,674	0,850
	Pasif Başa Çıkma	16,43±0,81	0-33	0,289	-0,296	0,784
	ÇOBHÖ	51,25±2,25	25-107	1,133	0,462	0,935
	Felaketleştirme	16,53±0,82	8-38	1,126	0,732	0,856
	Kişiselleştirme	18,97±0,92	9-43	1,203	0,642	0,864
	Seçici Soyutlama	15,75±0,67	7-31	0,853	-0,049	0,751

Tablo 4.3 (devam)

	Leuven Baba					
	Duyarlılık	24,70±0,89	8-35	-0,469	-0,852	0,926
	Davranışsal Denetim	11,52±0,41	5-20	0,120	-0,685	0,630
	Psikolojik Kontrol	9,75±0,43	4-17	0,177	-1,113	0,664
	Özerklik Desteği	14,51±0,48	4-20	-0,958	0,213	0,800
	Leuven Anne					
	Duyarlılık	27,52±0,73	7-35	-0,801	-0,020	0,918
	Davranışsal Denetim	12,26±0,41	4-19	-0,174	-0,746	0,709
	Psikolojik Kontrol	12,75±0,60	5-24	0,271	-0,912	0,831
	Özerklik Desteği	18,83±0,46	5-25	-0,813	0,615	0,726
DEHB Olmayan Grup	ASÖ	24,00±0,87	11-41	0,429	-0,748	0,637
	SBTÖ					
	Aktif Başa Çıkma	22,28±0,81	8-35	-0,234	-0,637	0,862
	Pasif Başa Çıkma	14,61±0,87	3-35	0,583	-0,106	0,814
	ÇOBHÖ	46,87±2,00	26-110	1,598	3,922	0,918
	Felaketleştirme	15,46±0,77	8-39	1,547	3,001	0,816
	Kişiselleştirme	16,71±0,79	9-43	1,765	4,399	0,831
	Seçici Soyutlama	14,70±0,59	7-29	0,809	0,510	0,691
	Leuven Baba					
	Duyarlılık	28,98±0,74	13-35	-0,962	0,084	0,925
	Davranışsal Denetim	12,07±0,49	4-20	0,098	-0,977	0,769
	Psikolojik Kontrol	8,28±0,44	4-16	0,475	-0,871	0,777
	Özerklik Desteği	14,88±0,44	5-20	-0,598	-0,191	0,746
	Leuven Anne					
	Duyarlılık	30,61±0,62	7-35	-1,853	5,222	0,921
	Davranışsal Denetim	12,20±0,45	4-20	0,270	-0,381	0,732
	Psikolojik Kontrol	11,11±0,59	5-25	0,517	-0,690	0,844
	Özerklik Desteği	19,07±0,53	5-25	-0,890	0,734	0,826

DEHB grubundaki ergenlere uygulanmış olan ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0,572 ile 0,935 arasında değişmekle birlikte bu değer ASÖ için 0,572, SBTÖ aktif başa çıkma alt ölçeği için 0,850, SBTÖ pasif başa çıkma alt ölçeği için 0,784, ÇOBHÖ felaketleştirme alt boyutu için 0,856, kişiselleştirme alt boyutu için 0,864, seçici soyutlama alt boyutu için 0,751, Leuven Algılanan Baba Davranışlarında duyarlılık alt ölçeği için 0,926, davranışsal denetim alt ölçeği için 0,630, psikolojik kontrol alt ölçeği için 0,664, özerklik desteği alt ölçeği için 0,800, Leuven Algılanan Anne Davranışları Ölçeğinde duyarlılık alt ölçeği için 0,918, davranışsal denetim alt ölçeği için 0,709, psikolojik kontrol alt ölçeği için 0,831, özerklik desteği alt ölçeği için 0,726 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Kontrol grubundaki ergenlere uygulanmış olan ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0,637 ile 0,925 arasında değişmekle birlikte bu değer ASÖ için 0,637, SBTÖ aktif başa çıkma alt ölçeği için 0,862, SBTÖ pasif başa çıkma alt ölçeği için 0,814,

ÇOBHÖ felaketleştirme alt boyutu için 0,816, kişiselleştirme alt boyutu için 0,831, seçici soyutlama alt boyutu için 0,691, Leuven Algılanan Baba Davranışlarında duyarlılık alt ölçeği için 0,925, davranışsal denetim alt ölçeği için 0,769, psikolojik kontrol alt ölçeği için 0,777, özerklik desteği alt ölçeği için 0,746, Leuven Algılanan Anne Davranışları Ölçeğinde duyarlılık alt ölçeği için 0,921, davranışsal denetim alt ölçeği için 0,732, psikolojik kontrol alt ölçeği için 0,844, özerklik desteği alt ölçeği için 0,826 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4: Ebeveyn örnekleminde normallik dağılımının Shapiro-Wilk analizi ile incelenmesi

	Ölçek Adı	Z	p
DEHB Grubu	Leuven Ebeveyn		
	Duyarlılık	0,964	0,026*
	Davranışsal Denetim	0,978	0,190
	Psikolojik Kontrol	0,956	0,008*
	Özerklik Desteği	0,970	0,063
	Conners Derecelendirme Ölçeği		
	Davranım Sorunu	0,844	0,000*
	Hiperaktivite	0,967	0,041*
	Öğrenme Sorunu	0,972	0,075
	Karşıt Gelme	0,910	0,000*
DEHB Olmayan Grup	Leuven Ebeveyn		
	Duyarlılık	0,898	0,000*
	Davranışsal Denetim	0,976	0,207
	Psikolojik Kontrol	0,915	0,000*
	Özerklik Desteği	0,962	0,031*
	Conners Derecelendirme Ölçeği		
	Davranım Sorunu	0,659	0,000*
	Hiperaktivite	0,908	0,000*
	Öğrenme Sorunu	0,835	0,000*
	Karşıt Gelme	0,564	0,000*

DEHB olan ve olmayan ergenlerin ebeveynlerine uygulanan ölçeklerin normal dağılıma uygunluklarını test etmek için yapılan Shapiro-Wilk analizi sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, alt boyutlar incelendiğinde DEHB tanısı olan ergenlerin ebeveynlerine ait Leuven Ebeveyn-Duyarlılık ($z=0,964$; $p<0,05$), Leuven Ebeveyn-Psikolojik Kontrol ($z=0,956$; $p<0,05$), Conners Derecelendirme Ölçeği-Davranım Sorunu ($z=0,844$; $p<0,05$), Conners Derecelendirme Ölçeği-Hiperaktivite ($z=0,967$; $p<0,05$),

Conners Derecelendirme Ölçeği-Karşıt Gelme ($z=0,910$; $p<0,05$) puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

DEHB tanısı olmayan ergenlerin ebeveynlerinde Leuven Ebeveyn-Duyarlılık ($z=0,898$; $p<0,05$), Leuven Ebeveyn-Psikolojik Kontrol ($z=0,915$; $p<0,05$), Leuven Ebeveyn-Özerklik Desteği ($z=0,962$; $p<0,05$), Conners Derecelendirme Ölçeği-Davranım Sorunu ($z=0,659$; $p<0,05$), Conners Derecelendirme Ölçeği-Hiperaktivite ($z=0,908$; $p<0,05$), Conners Derecelendirme Ölçeği-Öğrenme Sorunu ($z=0,835$; $p<0,05$) ve Conners Derecelendirme Ölçeği-Karşıt Gelme ($z=0,564$; $p<0,05$) puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Tablo 4. 5: Ebeveynlere uygulanan ölçeklerin normallik dağılımları

Grup	Ölçek Adı	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca (Puan aralığı)	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)	Cronbach alfa katsayısı
DEHB Grubu	Leuven Ebeveyn					
	Duyarlılık	28,34±0,50	17-35	-0,389	-0,495	0,776
	Davranışsal Denetim	10,63±0,35	4-19	0,335	-0,212	0,631
	Psikolojik Kontrol	14,68±0,57	7-25	0,197	-1,021	0,703
	Özerklik Desteği	22,40±0,42	15-29	-0,140	-0,735	0,547
	Conners Derecelendirme Ölçeği					
	Davranım Sorunu	6,68±0,74	0-28	1,496	2,021	0,902
	Hiperaktivite	5,23±0,34	0-12	0,295	-0,637	0,737
	Öğrenme Sorunu	5,96±0,31	1-14	0,410	0,191	0,540
	Karşıt Gelme	2,99±0,28	0-10	0,775	0,005	0,691
DEHB Olmayan Grup	Leuven Ebeveyn					
	Duyarlılık	30,91±0,43	18-35	-1,168	1,656	0,779
	Davranışsal Denetim	10,76±0,37	4-17	-0,153	-0,415	0,637
	Psikolojik Kontrol	11,31±0,44	7-23	0,854	0,232	0,631
	Özerklik Desteği	23,27±0,49	11-30	-0,631	0,129	0,690
	Conners Derecelendirme Ölçeği					
	Davranım Sorunu	1,81±0,35	0-14	2,410	6,186	0,798
	Hiperaktivite	2,11±0,19	0-5	0,308	-0,959	0,479
	Öğrenme Sorunu	1,37±0,17	0-4	0,626	-0,937	0,332
	Karşıt Gelme	0,81±0,19	0-8	2,763	8,017	0,751

DEHB tanısı olan ergenlerin ebeveynlerine uygulanan Leuven Ebeveyn Ölçeği alt boyutlarında çarpıklık basıklık değerlerinin -2,0 ile +2,0 arasında bulunması ölçek dağılım puanlarının normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir (116). Bu sonuç doğrultusunda DEHB tanısı olan ergenlerin ebeveynlerinde Leuven Ebeveyn Ölçeğine ait

hipotezlerin test edilmesinde parametrik testler uygulanmıştır. Conners Derecelendirme Ölçeği-Davranım Sorunu alt boyutunun çarpıklık basıklık değerinin -2,0 ile +2,0 arasında yer almaması dolayısıyla ölçek dağılım puanlarının normal dağılıma uygun olmadığı görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda, bu alt boyuta ait hipotezlerin test edilmesinde non-parametrik testler uygulanmıştır.

DEHB tanısı olmayan ergenlerin ebeveynlerine uygulanan Leuven Ebeveyn Ölçeği alt boyutlarında çarpıklık basıklık değerlerinin -2,0 ile +2,0 arasında bulunması ölçek dağılım puanlarının normal dağılıma uygun olduğunu göstermektedir (116). Bu sonuç doğrultusunda DEHB tanısı olan ergenlerin ebeveynlerinde Leuven Ebeveyn Ölçeğine ait hipotezlerin test edilmesinde parametrik testler uygulanmıştır. Conners Derecelendirme Ölçeği-Davranım Sorunu ve Conners-Derecelendirme Ölçeği-Karşıt Gelme alt boyutlarının çarpıklık basıklık değerinin -2,0 ile +2,0 arasında yer almaması dolayısıyla ölçek dağılım puanlarının normal dağılıma uygun olmadığı görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda, bu alt boyutlara ait hipotezlerin test edilmesinde non-parametrik testler uygulanmıştır.

DEHB grubundaki ergenlerin ebeveynlerine uygulanmış olan ölçeklerin Cronbach alfa katsayılarının Leuven Ebeveyn Davranışları Ölçeği duyarlılık alt boyutu için 0,776, davranışsal denetim alt boyutu için 0,631, psikolojik kontrol alt boyutu için 0,703, özerklik desteği alt boyutu için 0,547, Conners Derecelendirme Ölçeği davranım sorunu alt boyutu için 0,902, hiperaktivite alt boyutu için 0,737, öğrenme sorunu alt boyutu için 0,540, karşıt gelme alt boyutu için 0,691 olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerine uygulanan Leuven Ebeveyn ve Conners Derecelendirme ölçeklerine dair oluşan değerler Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Kontrol grubundaki ebeveynlere uygulanmış olan ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları Leuven Ebeveyn Davranışları Ölçeği duyarlılık alt boyutu için 0,779, davranışsal denetim alt boyutu için 0,637, psikolojik kontrol alt boyutu için 0,631, özerklik desteği alt boyutu için 0,690, Conners Derecelendirme Ölçeği davranım sorunu alt boyutu için 0,798, hiperaktivite alt boyutu için 0,479, öğrenme sorunu alt boyutu için 0,332, karşıt gelme alt boyutu için 0,751 olarak tespit edilmiştir.

4.2.2. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4. 6: Ergenlerin DEHB toplam puanlarının sosyodemografik özellikleri bakımından karşılaştırılması

Değişken	p
Cinsiyet	0,434
Sınıf	0,424
Birlikte yaşama	0,183
Ebeveyn birlikteliği	0,014*
Annenin eğitim düzeyi	0,296
Babanın eğitim düzeyi	0,011*
Gelir düzeyi	0,424

DEHB toplam puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması amacıyla yapılan istatistiksel analizler sonucunda Tablo 4.6’da gösterildiği üzere cinsiyet, sınıf, ebeveynle birlikte yaşama, annenin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi özelliklerinin DEHB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. Ebeveynlerin birlikteliği ve babanın eğitim düzeyi özelliklerinin ise DEHB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur. DEHB puanlarının ebeveynlerin boşanmış olduğu ve babanın üniversite mezunu olduğu durumlarda en düşük olduğu görülmektedir.

4.2.3. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlere Uygulanan Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

4.2.3.1. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven anne baba davranışları özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: DEHB tanısı olan ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven Ana-Baba Davranışları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre, DEHB tanısı olan ergenlerde ASÖ ile SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzı ($r=,378$; $p<0,01$), ÇOBHÖ ($r=,388$; $p<0,01$), ÇOBHÖ felaketleştirme ($r=,380$; $p<0,01$), ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=,291$; $p<0,01$), ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=,436$; $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki bulunduğuna tespit

edilirken algılanan ebeveyn tutumları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Korelasyon analizi sonucu SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzı ile Leuven-Baba duyarlılık ($r=,228$; $p<0,05$) ve Leuven-Anne duyarlılık ($r=,249$; $p<0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki; ÇOBHÖ ($r=-,256$; $p<0,05$), ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=-,269$; $p<0,05$) ve ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=-,239$; $p<0,05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları ile ÇOBHÖ ($r=,583$; $p<0,01$), ÇOBHÖ felaketleştirme ($r=,596$; $p<0,01$), ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=,492$; $p<0,01$) ve ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=,547$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları ile Leuven Anne-Baba Davranışları Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

ÇOBHÖ toplam puanına ait korelasyon analizi sonuçlarına göre, ÇOBHÖ toplam puanının ÇOBHÖ felaketleştirme ($r=,928$; $p<0,01$), ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=,948$; $p<0,01$) ve ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=,914$; $p<0,01$) ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. ÇOBHÖ felaketleştirme ile ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=,810$; $p<0,01$), ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=,776$; $p<0,01$) ve Leuven Anne-Psikolojik Kontrol ($r=,253$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. ÇOBHÖ kişiselleştirme ile ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=,811$; $p<0,01$) arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Leuven-Baba duyarlılık alt boyutuna ait korelasyon sonuçları incelendiğinde Leuven-Baba özerklik desteği ($r=,683$; $p<0,01$), Leuven-Anne duyarlılık ($r=,386$; $p<0,01$), Leuven-Anne özerklik desteği ($r=,381$; $p<0,01$) ile aralarında pozitif yönlü; Leuven-Baba davranışsal denetim ($r=-,380$; $p<0,01$), Leuven-Baba psikolojik kontrol ($r=-,405$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=-,285$; $p<0,05$) ile aralarında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda Leuven-Baba davranışsal denetim ile Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=,614$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmişken Leuven-Baba özerklik desteği ($r=-,627$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-,307$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Elde edilen bulgular Leuven-Baba psikolojik kontrol ile Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=,468$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu; Leuven-Baba

özerklik desteği ($r=-,270$; $p<0,05$), Leuven-Anne duyarlılık ($r=-,468$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-,405$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Leuven Baba-özerklik desteği ile Leuven Anne-özerklik desteği arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=,446$; $p<0,01$).

Analiz sonuçlarına göre, Leuven-Anne duyarlılık ile Leuven-Anne özerklik desteği ($r=,649$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki; Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=-,252$; $p<0,05$) ve Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=-,371$; $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Yapılan analizler Leuven-Anne davranışsal denetim ile Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=,243$; $p<0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu gösterirken Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-,504$; $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Leuven-Anne psikolojik kontrol ile Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-,421$; $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

4.2.3.2. Sağlıklı ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven anne baba davranışları özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: DEHB tanısı olmayan ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven Ana-Baba Davranışları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre DEHB tanısı olmayan ergenlerde ASÖ ile SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları ($r=,533$; $p<0,01$), ÇOBHÖ ($r=,350$; $p<0,01$), ÇOBHÖ-felaketleştirme ($r=,348$; $p<0,01$), ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=,289$; $p<0,05$) ve ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=,336$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzları ($r=-,399$; $p<0,01$) ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Analiz sonuçları incelendiğinde SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzları ile Leuven-Baba duyarlılık ($r=,248$; $p<0,05$) ve Leuven-Anne duyarlılık ($r=,280$; $p<0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilirken; SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları ($r=-,411$; $p<0,01$), ÇOBHÖ ($r=-,279$; $p<0,05$), ÇOBHÖ felaketleştirme ($r=-,256$; $p<0,05$), ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=-,274$; $p<0,05$) ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları ile ÇOBHÖ ($r=,592$; $p<0,01$), ÇOBHÖ-felaketleştirme ($r=,573$; $p<0,01$), ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=,524$; $p<0,01$),

ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=,461$; $p<0,01$), Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=,362$; $p<0,01$), Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=,317$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki; Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-,303$; $p<0,05$) ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.



Tablo 4. 7: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı olan ergenlerin ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven anne-baba davranışları özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

[illegible]

Tablo 4. 8: Sağlıklı ergenlerin ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven anne-baba davranışları arasındaki ilişkilerin incelenmesi

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. ASÖ	-,399**	,533**	,350**	,348**	,289*	,336**	0,004	-0,086	-0,052	0,050	-0,100	0,192	-0,012	-0,142
2. SBTÖ Aktif	1	-,411**	-,279*	-,256*	-0,202	-,274*	,248*	-0,163	-0,201	0,190	,280*	-0,114	-0,207	0,196
3. SBTÖ Pasif		1	,592**	,573**	,524**	,461**	-0,223	0,138	0,189	-0,008	-0,216	,362**	,317**	-,303*
4. ÇOBHÖ			1	,913**	,876**	,901**	-,262*	0,184	,265*	-0,033	-0,217	,412**	,410**	-,308**
5. ÇOBHÖ Felaketleştirme				1	,693**	,787**	-,276*	0,190	,308*	-0,020	-0,210	,433**	,421**	-,262*
6. ÇOBHÖ Kişiselleştirme					1	,675**	-0,183	0,145	0,181	-0,067	-0,191	,357**	,322**	-,295*
7. ÇOBHÖ Seçici Soyutlama						1	-,252*	0,207	0,234	-0,035	-0,192	,370**	,330**	-,293*
8. Leuven Baba Duyarlılık							1	-,557**	-,453**	,566**	,633**	-,320**	-,352**	,506**
9. Leuven Baba Davranışsal Denetim								1	0,203	-,696**	-,298*	,703**	0,162	-,500**
10. Leuven Baba Psikolojik Kontrol									1	-0,236	-0,209	0,065	,599**	-0,132
11. Leuven Baba Özerklik Desteği										1	,258*	-,444**	-0,078	,564**
12. Leuven Anne Duyarlılık											1	-,339**	-,328**	,612**
13. Leuven Anne Davranışsal Denetim												1	0,230	-,605**
14. Leuven Anne Psikolojik Kontrol													1	-,281*
15. Leuven Anne Özerklik Desteği														1

Elde edilen bulgular, ÇOBHÖ ile ÇOBHÖ felaketleştirme ($r=.913$; $p<0,01$), ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=.876$; $p<0,01$), ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=.901$; $p<0,01$), Leuven-Baba psikolojik kontrol ($r=.265$; $p<0,05$), Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=.412$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=.410$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermekte iken, Leuven-Baba duyarlılık ($r=-.262$; $p<0,05$) ve Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-.308$; $p<0,05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra; ÇOBHÖ felaketleştirme ile ÇOBHÖ kişiselleştirme ($r=.693$; $p<0,01$), ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=.787$; $p<0,01$), Leuven-Baba psikolojik kontrol ($r=.308$; $p<0,05$), Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=.433$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=.421$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde; Leuven-Baba duyarlılık ($r=-.276$; $p<0,05$) ve Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-.262$; $p<0,05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. ÇOBHÖ kişiselleştirme ile ÇOBHÖ seçici soyutlama ($r=.675$; $p<0,01$), Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=.357$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=.322$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde; Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-.295$; $p<0,05$) arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. ÇOBHÖ seçici soyutlama ile Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=.370$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=.330$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde; Leuven-Baba duyarlılık ($r=-.252$; $p<0,05$) ve Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-.293$; $p<0,05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre Leuven-Baba duyarlılık ile Leuven-Baba özerklik desteği ($r=.566$; $p<0,01$), Leuven-Anne duyarlılık ($r=.633$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne özerklik desteği ($r=.506$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilirken Leuven-Baba davranışsal denetim ($r=-.557$; $p<0,01$), Leuven-Baba psikolojik kontrol ($r=-.453$; $p<0,05$), Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=-.320$; $p<0,01$) ve Leuven-anne psikolojik kontrol ($r=-.352$; $p<0,01$) ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Leuven-Baba davranışsal denetim alt boyutuna ait korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=.703$; $p<0,01$) ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki; Leuven-Baba özerklik desteği ($r=-.696$; $p<0,01$), Leuven-Anne duyarlılık ($r=-.298$; $p<0,05$) ve Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-.500$; $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmektedir.

Analiz sonuçlarına göre Leuven-Baba psikolojik kontrol ile Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=.599$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Leuven-Baba özerklik desteği ile Leuven-Anne duyarlılık ($r=.258$; $p<0,05$) ve Leuven-Anne özerklik desteği ($r=.564$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken; Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=-.444$; $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Korelasyon analizi sonuçları Leuven-Anne duyarlılık ile Leuven-Anne özerklik desteği ($r=.612$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde; Leuven-Anne davranışsal denetim ($r=-.339$; $p<0,01$) ve Leuven-Anne psikolojik kontrol ($r=-.328$; $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte Leuven-Anne davranışsal denetim ile Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-.605$; $p<0,01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca, Leuven-Anne psikolojik kontrol ile Leuven-Anne özerklik desteği ($r=-.281$; $p<0,05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

4.2.4. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlere Uygulanan Ölçeklerin Sosyodemografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması

4.2.4.1. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Yapılan analizin sonuçları Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre DEHB tanısı olan ergenlerde ASÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, ASÖ puanı DEHB tanısı olan kızlarda DEHB tanısı olan erkeklerden anlamlı olarak daha yüksektir. SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzları ve SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzlarının ise cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). SBTÖ-Aktif Başa Çıkma alt ölçeğine ait İyimserlik boyutunun cinsiyete göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve DEHB tanısı olan erkeklerin kızlardan daha fazla iyimserlik stratejisini kullandığı tespit edilmiştir.

DEHB tanısı olmayan ergenlerde ASÖ, SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzları ve SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4. 9: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	t	p
DEHB tanısı olan ergenler	ASÖ	Kadın (n=26)	28,35	6,30	2,524	0,014
		Erkek (n=53)	24,49	6,41		
	SBTÖ-aktif	Kadın (n=26)	19,58	5,54	-1,603	0,113
		Erkek (n=53)	22,28	7,67		
	SBTÖ-pasif	Kadın (n=26)	16,96	5,87	0,458	0,648
		Erkek (n=53)	16,17	7,77		
DEHB tanısı olmayan ergenler	ASÖ	Kadın (n=43)	25,28	7,51	1,883	0,064
		Erkek (n=27)	21,96	6,59		
	SBTÖ-aktif	Kadın (n=43)	21,63	7,12	-1,030	0,307
		Erkek (n=27)	23,33	6,08		
	SBTÖ-pasif	Kadın (n=43)	15,07	7,22	0,658	0,513
		Erkek (n=27)	13,89	7,45		

4.2.4.2. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi amacıyla DEHB tanısı olan ergenler için Bağımsız Örneklem t-Testi, sağlık grupta olan ergenler için Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Analiz sonuçları sırasıyla Tablo 4.10 ve Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ÇOBHÖ puanları cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4. 10: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	t	p
DEHB tanısı olan ergenler	ÇOBHÖ	Kadın (n=26)	51,27	22,89	0,005	0,996
		Erkek (n=53)	51,24	18,69		
	ÇOBHÖ felaketleştirme	Kadın (n=26)	17,50	8,38	0,824	0,412
		Erkek (n=53)	16,05	6,74		

Tablo 4. 10 (devam)

ÇOBHÖ	Kadın (n=26)	18,50	9,26	-0,358	0,721
kişiselleştirme	Erkek (n=53)	19,21	7,73		
ÇOBHÖ seçici	Kadın (n=26)	15,27	6,30	-0,495	0,622
soyutlama	Erkek (n=53)	15,98	5,86		

Tablo 4. 11: Sağlıklı ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının cinsiyet değişkenine göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Cinsiyet	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
DEHB tanısı olmayan ergenler	ÇOBHÖ	Kadın (n=43)	37,01	1591,50	515,50	0,433
		Erkek (n=27)	33,09	893,50		
	ÇOBHÖ felaketleştirme	Kadın (n=43)	37,44	1610,00	497,00	0,312
		Erkek (n=27)	32,41	875,00		
	ÇOBHÖ kişiselleştirme	Kadın (n=43)	36,84	1584,00	523,00	0,486
		Erkek (n=27)	33,37	901,00		
	ÇOBHÖ seçici soyutlama	Kadın (n=43)	36,37	1564,00	543,00	0,650
		Erkek (n=27)	34,11	921,00		

4.2.4.3 Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde Leuven anne-baba davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması: Cinsiyet değişkenine göre Leuven Baba Davranışları puanlarının karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t-Testi sonuçları Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 12: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde Leuven baba davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	t	p
DEHB tanısı olan ergenler	Leuven-Baba Duyarlılık	Kadın (n=24)	24,37	9,10	-0,244	0,808
		Erkek (n=53)	24,85	7,32		
	Leuven-Baba Davranışsal Denetim	Kadın (n=24)	12,79	3,84	2,110	0,038
		Erkek (n=53)	10,94	3,43		
	Leuven-Baba Psikolojik Kontrol	Kadın (n=24)	10,25	3,87	0,780	0,438
		Erkek (n=53)	9,53	3,71		
	Leuven-Baba Özerklik Desteği	Kadın (n=24)	13,58	4,53	-1,308	0,195
		Erkek (n=53)	14,92	4,00		
DEHB tanısı olmayan ergenler	Leuven-Baba Duyarlılık	Kadın (n=41)	29,07	6,43	0,145	0,885
		Erkek (n=27)	28,85	5,65		
	Leuven-Baba Davranışsal Denetim	Kadın (n=41)	12,63	3,81	1,416	0,161
		Erkek (n=27)	11,22	4,33		
	Leuven-Baba Psikolojik Kontrol	Kadın (n=41)	7,73	3,99	-1,649	0,104
		Erkek (n=27)	9,11	2,90		
	Leuven-Baba Özerklik Desteği	Kadın (n=41)	14,51	3,80	-1,030	0,307
		Erkek (n=27)	15,44	3,41		

DEHB tanısı olan ergenlerde Leuven-Baba davranışsal denetim puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Leuven-Baba davranışsal denetim puanlarının kızlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

DEHB tanısı olmayan ergenlerde ise Leuven Baba Davranışları puanları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4. 13: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde Leuven anne davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	t	p
DEHB tanısı olan ergenler	Leuven-Anne	Kadın (n=24)	25,88	6,52	-1,573	0,120
	Duyarlılık	Erkek (n=53)	28,32	6,44		
	Leuven-Anne	Kadın (n=24)	13,88	3,70	2,903	0,005
	Davranışsal Denetim	Erkek (n=53)	11,47	3,35		
	Leuven-Anne	Kadın (n=24)	14,77	6,09	2,414	0,018
	Psikolojik Kontrol	Erkek (n=53)	11,75	4,74		
	Leuven-Anne	Kadın (n=24)	17,50	4,81	-1,877	0,068
	Özerklik Desteği	Erkek (n=53)	19,49	3,52		

Tablo 4. 14: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde Leuven anne davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Cinsiyet	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
DEHB tanısı olmayan ergenler	Leuven-Anne	Kadın (n=43)	37,64	1618,50	488,50	0,257
	Duyarlılık	Erkek (n=27)	32,09	866,50		
	Leuven-Anne	Kadın (n=43)	37,77	1624,00	483,00	0,237
	Davranışsal Denetim	Erkek (n=27)	31,89	861,00		
	Leuven-Anne	Kadın (n=43)	31,43	1351,50	405,50	0,034
	Psikolojik Kontrol	Erkek (n=27)	41,98	1133,50		
	Leuven-Anne	Kadın (n=43)	36,37	1564,00	543,00	0,650
	Özerklik Desteği	Erkek (n=27)	34,11	921,00		

DEHB tanısı olan ergenlerde Leuven-Anne davranışsal denetim ve Leuven-Anne psikolojik kontrol puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiş ($p<0,05$) ve analiz sonuçları Tablo 4.13'te gösterilmiştir. Buna

göre DEHB tanısı olan kızların Leuven-Anne davranışsal denetim ve psikolojik kontrol puanları erkeklerden anlamlı olarak daha yüksektir.

DEHB tanısı olmayan ergenlerde Leuven-Anne psikolojik kontrol puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve DEHB tanısı olmayan erkeklerin Leuven-Anne psikolojik kontrol puanlarının kızlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.14).

4.2.4.4. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde Leuven anne-baba davranışları puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerin ebeveynlerine uygulanan Leuven Anne-Baba Davranışları Ölçeği puanlarının ergenlerin cinsiyetine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesin amacıyla Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.15'te sunulmuştur.

Tablo 4. 15: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde Leuven anne-baba davranışları puanlarının cinsiyete değişkenine göre karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	t	p
DEHB tanısı olan ergenler	Leuven-Duyarlılık	Kadın (n=26)	27,73	4,46	-0,860	0,392
		Erkek (n=53)	28,64	4,40		
	Leuven-Davranışsal Denetim	Kadın (n=26)	9,31	2,66	-2,716	0,008
		Erkek (n=53)	11,28	3,20		
	Leuven-Psikolojik Kontrol	Kadın (n=26)	14,92	5,33	0,294	0,769
		Erkek (n=53)	14,57	4,93		
	Leuven-Özerklik Desteği	Kadın (n=26)	21,00	4,00	-2,410	0,018
		Erkek (n=53)	23,09	3,44		
DEHB tanısı olmayan ergenler	Leuven-Duyarlılık	Kadın (n=43)	31,58	3,47	1,974	0,052
		Erkek (n=27)	29,85	3,72		
	Leuven-Davranışsal Denetim	Kadın (n=43)	10,58	3,22	-0,588	0,559
		Erkek (n=27)	11,04	3,04		
	Leuven-Psikolojik Kontrol	Kadın (n=43)	11,12	3,35	-0,559	0,578
		Erkek (n=27)	11,63	4,29		
	Leuven-Özerklik Desteği	Kadın (n=43)	23,42	3,95	0,373	0,710
		Erkek (n=27)	23,04	4,48		

Buna göre, DEHB tanısı olan ergenlerin ebeveynlerinin raporlamış olduğu davranışsal denetim ve özerklik desteği puanları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Davranışsal denetim ve özerklik desteği puanları erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

DEHB tanısı olmayan ergenlerin ebeveynlerinin raporlamış olduğu analiz sonuçları sağlıklı grupta Leuven-Ebeveyn alt ölçekleri puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

4.2.4.5. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven anne-baba davranışları puanlarının sınıf düzeyine göre karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven-anne baba davranışları puanlarının sınıf düzeyine göre karşılaştırılması amacıyla normal dağılım için Tek Yönlü ANOVA, normal dağılım olmayanlar için Kruskal-Wallis analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ASÖ, SBTÖ-Aktif, SBTÖ-Pasif, ÇOBHÖ ve alt boyutları, Leuven-Anne Baba Davranışları Ölçeği alt boyutları ve ebeveynler tarafından doldurulmuş olan Leuven Ölçeği alt boyutları puanlarının sınıf düzeyine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Analiz sonuçları sırasıyla Tablo 4.16, Tablo 4.17, Tablo 4.18, Tablo 4.19, Tablo 4.20 ve Tablo 4.21’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 16: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ASÖ ve SBTÖ puanlarının sınıf düzeyine göre karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Sınıf	n	Ortalama	Standart sapma	F	p
DEHB tanısı olan	ASÖ	8	4	25,50	3,78	0,697	0,597
		9	22	24,36	5,36		
		10	14	24,43	7,30		
		11	10	27,10	8,65		
		12	25	27,00	6,77		
	SBTÖ-Aktif	8	4	22,00	10,29	0,941	0,446
		9	22	19,45	7,38		
		10	14	23,86	6,90		
		11	10	21,30	7,23		
		12	25	22,04	5,65		
	SBTÖ-Pasif	8	4	15,75	10,31	0,014	1,000
		9	22	16,36	6,79		
		10	14	16,21	8,60		
		11	10	15,80	5,49		
		12	25	16,16	7,22		
DEHB tanısı olmayan	ASÖ	8	5	25,20	6,46	0,609	0,657
		9	14	23,86	8,74		
		10	18	23,39	7,77		
		11	22	25,54	6,59		
		12	11	21,54	6,70		
	SBTÖ-Aktif	8	5	22,80	3,90	0,169	0,953
		9	14	22,57	6,33		
		10	18	22,44	9,06		
		11	22	21,36	6,45		
		12	11	23,27	5,06		
	SBTÖ-Pasif	8	5	10,80	9,36	1,813	0,137
		9	14	13,00	6,70		
		10	18	15,89	7,28		
		11	22	17,00	7,26		
		12	11	11,54	5,90		

Tablo 4. 17: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının sınıf düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Sınıf	n	Ortalama	Standart sapma	F	p
DEHB tanısı olan	ÇOBHÖ	8	4	45,50	21,73	0,276	0,893
		9	22	51,91	20,85		
		10	14	47,36	16,26		
		11	10	53,70	23,20		
		12	25	49,36	16,94		
	ÇOBHÖ- Felaketleştirme	8	4	15,00	8,04	0,509	0,729
		9	22	17,18	7,21		
		10	14	15,14	7,30		
		11	10	18,20	9,55		
		12	25	15,24	5,86		
	ÇOBHÖ- Kişiselleştirme	8	4	15,50	7,32	0,332	0,855
		9	22	19,68	9,34		
		10	14	17,50	5,83		
		11	10	18,70	8,16		
		12	25	18,52	7,17		
	ÇOBHÖ- Seçici Soyutlama	8	4	15,00	6,68	0,233	0,919
		9	22	15,04	5,81		
		10	14	14,71	4,46		
		11	10	16,80	6,54		
		12	25	15,60	5,82		

Tablo 4. 18: Sağlıklı ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının sınıf düzeyine göre Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırılması

Tanı Grubu	Ölçek Adı	Sınıf	n	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis	p
Sağlıklı grup	ÇOBHÖ	8	5	29,50	5,572	0,234
		9	14	35,75		
		10	18	38,56		
		11	22	40,05		
		12	11	23,82		
	ÇOBHÖ- Felaketleştirme	8	5	28,10	6,566	0,161
		9	14	34,82		
		10	18	39,61		
		11	22	40,30		
		12	11	23,41		
	ÇOBHÖ- Kişiselleştirme	8	5	39,70	2,980	0,561
		9	14	33,93		
		10	18	36,03		
		11	22	39,32		
		12	11	27,09		
	ÇOBHÖ- Seçici Soyutlama	8	5	23,80	4,998	0,288
		9	14	37,75		
		10	18	39,31		
		11	22	38,11		
		12	11	26,50		

Tablo 4. 19: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven baba davranışı puanlarının sınıf düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Sınıf	n	Ortalama	Standart sapma	F	p
DEHB tanısı olan	Leuven-Baba Duyarlılık	8	4	28,75	4,99	0,502	0,734
		9	22	24,73	8,51		
		10	14	24,28	8,12		
		11	9	26,89	8,25		
		12	24	23,87	7,41		
	Leuven-Baba Davranışsal Denetim	8	4	11,75	4,50	1,405	0,242
		9	22	12,59	3,61		
		10	14	11,50	3,88		
		11	9	9,33	3,35		
		12	24	11,33	3,09		
	Leuven-Baba Psikolojik Kontrol	8	4	6,50	2,52	0,978	0,425
		9	22	10,23	3,58		
		10	14	10,21	3,94		
		11	9	9,67	4,74		
		12	24	9,33	3,40		
	Leuven-Baba Özerklik Desteği	8	4	15,50	2,08	1,086	0,370
		9	22	13,32	4,16		
		10	14	15,21	4,08		
		11	9	16,33	2,29		
		12	24	14,50	4,61		
DEHB tanısı olmayan	Leuven-Baba Duyarlılık	8	5	31,80	3,49	0,505	0,732
		9	14	28,28	6,92		
		10	17	29,70	6,28		
		11	21	28,00	6,77		
		12	11	29,36	4,34		
	Leuven-Baba Davranışsal Denetim	8	5	9,80	5,36	1,350	0,261
		9	14	11,64	3,52		
		10	17	11,12	3,62		
		11	21	13,48	4,34		
		12	11	12,45	3,88		
	Leuven-Baba Psikolojik Kontrol	8	5	7,60	4,61	0,784	0,540
		9	14	7,36	3,63		
		10	17	7,82	3,41		
		11	21	8,71	3,95		
		12	11	9,64	2,97		
	Leuven-Baba Özerklik Desteği	8	5	15,60	2,70	0,599	0,665
		9	14	14,86	3,25		
		10	17	15,82	3,43		
		11	21	14,52	4,07		
		12	11	13,82	4,19		

Tablo 4. 20: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerin Leuven anne davranışı puanlarının sınıf düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Sınıf	n	Ortalama	Standart sapma	F	p
DEHB tanısı olan	Leuven-Anne Duyarlılık	8	4	34,00	1,41	1,419	0,237
		9	22	27,59	5,97		
		10	14	28,64	6,82		
		11	10	27,80	6,41		
		12	25	26,44	6,02		
	Leuven-Anne Davranışsal Denetim	8	4	11,00	4,16	0,537	0,709
		9	22	13,04	3,48		
		10	14	12,28	4,87		
		11	10	11,40	2,91		
		12	25	12,04	3,14		
	Leuven-Anne Psikolojik Kontrol	8	4	7,50	1,91	1,815	0,136
		9	22	13,41	4,98		
		10	14	12,28	6,46		
		11	10	14,80	5,92		
		12	25	11,56	4,45		
	Leuven-Anne Özerklik Desteği	8	4	21,00	1,41	0,467	0,760
		9	22	18,27	4,11		
		10	14	19,00	5,28		
		11	10	18,80	3,73		
		12	25	19,28	3,36		

Tablo 4. 21: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerin Leuven baba davranışı puanlarının sınıf düzeyine göre Kruskal Wallis ile karşılaştırılması

Tanı Grubu	Ölçek Adı	Sınıf	n	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis	p
Sağlıklı grup	Leuven-Anne Duyarlılık	8	5	45,30	2,759	0,599
		9	14	37,96		
		10	18	36,03		
		11	22	30,68		
		12	11	36,68		
	Leuven-Anne Davranışsal Denetim	8	5	33,70	4,406	0,354
		9	14	30,50		
		10	18	33,44		
		11	22	42,82		
		12	11	31,41		
	Leuven-Anne Psikolojik Kontrol	8	5	26,90	6,603	0,158
		9	14	27,89		
		10	18	32,44		
		11	22	40,52		
		12	11	44,05		
	Leuven-Anne Özerklik Desteği	8	5	39,60	1,970	0,741
		9	14	33,39		
		10	18	40,31		
		11	22	34,16		
		12	11	31,14		

4.2.4.6. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının gelir düzeyine göre karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanları sınıf düzeyine göre karşılaştırılması amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.22’de sunulmuştur.

Elde edilen bulgulara göre, DEHB tanısı olan ergenlerde SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzları puanları gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 4. 22: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının gelir düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Gelir Düzeyi	n	Ortalama	Standart sapma	F	p
DEHB tanısı olan	ASÖ	Yüksek	4	23,50	10,34408	0,710	0,549
		Orta Üstü	13	24,31	5,73563		
		Orta	54	26,42	6,47958		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	28,00	6,51920		
	SBTÖ-Aktif	Yüksek	4	27,25	4,03113	2,986	0,037
		Orta Üstü	13	24,61	6,02133		
		Orta	54	20,41	7,08578		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	17,20	6,38		
	SBTÖ-Pasif	Yüksek	4	13,25	12,68	0,727	0,539
		Orta Üstü	13	15,15	9,33		
		Orta	54	16,76	6,57		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	19,60	3,97		
DEHB tanısı olmayan	ASÖ	Yüksek	3	19,00	2,00	1,355	0,265
		Orta Üstü	20	25,70	6,63		
		Orta	41	23,12	7,72		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	2	29,00	5,66		
	SBTÖ-Aktif	Yüksek	3	24,67	9,61	0,220	0,882
		Orta Üstü	20	22,10	6,36		
		Orta	41	21,93	7,18		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	2	24,50	0,71		
	SBTÖ-Pasif	Yüksek	3	18,67	9,07	0,732	0,537
		Orta Üstü	20	15,15	8,79		
		Orta	41	14,36	6,64		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	2	9,00	2,83		

4.2.4.7. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerde ÇOBHÖ ve Leuven anne-baba davranışları puanlarının gelir düzeyine göre karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ÇOBHÖ ve Leuven-anne baba davranışları puanlarının gelir düzeyine göre karşılaştırılması amacıyla Tek Yönlü ANOVA analizi yapılmıştır (Tablo 4.23, 4.24, 4.25, 4.26 ve 4.27). Yapılan analiz sonuçlarına göre, DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ÇOBHÖ ve alt boyutları, Leuven-Anne Baba Davranışları Ölçeği alt boyutları ve ebeveynler tarafından doldurulmuş olan Leuven Ölçeği alt boyutları puanlarının gelir düzeyine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4. 23: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının gelir düzeyine göre tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Grup	Ölçek Adı	Gelir Düzeyi	n	Ortalama	Standart sapma	F	p
DEHB tanısı olan	ÇOBHÖ Toplam	Yüksek	4	45,00	17,45	0,383	0,765
		Orta Üstü	13	48,31	21,32		
		Orta	54	52,00	19,70		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	57,40	29,90		
	ÇOBHÖ Felaketleştirme	Yüksek	4	14,00	6,38	0,564	0,641
		Orta Üstü	13	14,77	6,44		
		Orta	54	17,24	7,51		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	17,00	9,59		
	ÇOBHÖ Kişiselleştirme	Yüksek	4	18,25	8,99	0,174	0,914
		Orta Üstü	13	18,85	9,18		
		Orta	54	18,85	7,90		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	21,60	12,46		
	ÇOBHÖ Seçici Soyutlama	Yüksek	4	12,75	5,38	0,883	0,454
		Orta Üstü	13	14,69	6,24		
		Orta	54	15,91	5,80		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	18,80	9,20		

Tablo 4. 24: Sağlıklı ergenlerde ÇOBHÖ puanlarının gelir düzeyine göre Kruskal Wallis ile karşılaştırılması

Tanı Grubu	Ölçek Adı	Gelir Düzeyi	n	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis	p
Sağlıklı grup	ÇOBHÖ Toplam	Yüksek	3	47,67	2,891	0,409
		Orta Üstü	20	34,13		
		Orta	41	31,56		
		Ortanın Altı	0			
		Düşük	2	45,75		
	ÇOBHÖ Felaketleştirme	Yüksek	4	30,00	1,614	0,656
		Orta Üstü	13	32,31		
		Orta	54	40,77		
		Ortanın Altı	0			
		Düşük	5	36,90		
	ÇOBHÖ Kişiselleştirme	Yüksek	3	54,67	4,631	0,201
		Orta Üstü	20	35,30		
		Orta	41	30,93		
		Ortanın Altı	0			
		Düşük	2	36,50		
	ÇOBHÖ Seçici Soyutlama	Yüksek	3	36,50	1,935	0,586
		Orta Üstü	20	32,93		
		Orta	41	32,68		
		Ortanın Altı	0			
		Düşük	2	51,50		

Tablo 4. 25: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven baba davranışlarının gelir düzeyi değişkenine göre tek yönlü ANOVA ile incelenmesi

Grup	Ölçek Adı	Sınıf	n	Ortalama	Standart sapma	F	p
DEHB tanısı olan	Leuven-Baba Duyarlılık	Yüksek	4	20,50	4,65	1,528	0,215
		Orta Üstü	13	21,92	8,77		
		Orta	52	25,71	7,76		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	21,20	5		
	Leuven-Baba Davranışsal Denetim	Yüksek	4	9,75	3,86	1,133	0,342
		Orta Üstü	13	11,31	2,75		
		Orta	52	11,69	3,58		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	14,00	5,24		
	Leuven-Baba Psikolojik Kontrol	Yüksek	4	7,50	3,11	0,685	0,564
		Orta Üstü	13	10,54	3,62		
		Orta	52	9,61	3,94		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	10,20	3,49		

Tablo 4.25 (devam)

DEHB tanısı olmayan	Leuven-Baba Özerklik Desteği	Yüksek	4	12,25	4,50	1,868	0,143
		Orta Üstü	13	15,15	4,12		
		Orta	52	14,77	4,10		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	10,80	4,97		
	Leuven-Baba Duyarlılık	Yüksek	3	33,33	2,89	1,867	0,145
		Orta Üstü	19	30,00	5,20		
		Orta	40	28,05	6,45		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	2	22,00	7,07		
	Leuven-Baba Davranışsal Denetim	Yüksek	3	10,67	3,05	1,651	0,187
		Orta Üstü	19	11,00	4,04		
		Orta	40	12,70	4,15		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	2	16,50	0,71		
	Leuven-Baba Psikolojik Kontrol	Yüksek	3	7,33	3,51	1,812	0,155
		Orta Üstü	19	8,89	3,71		
		Orta	40	7,92	3,50		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	2	13,50	3,53		
	Leuven-Baba Özerklik Desteği	Yüksek	3	17,6	2,52	2,021	0,121
		Orta Üstü	19	15,47	3,48		
		Orta	40	14,32	3,74		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	2	10,50	0,71		

Tablo 4. 26: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin Leuven anne davranışlarının gelir düzeyi değişkenine göre tek yönlü ANOVA ile incelenmesi

Grup	Ölçek Adı	Sınıf	n	Ortalama	Standart sapma	F	p
DEHB tanısı olan	Leuven-Anne Duyarlılık	Yüksek	4	24,75	5,62	0,899	0,446
		Orta Üstü	13	28,77	5,93		
		Orta	52	26,89	6,89		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	30,60	5,03		
	Leuven-Anne Davranışsal Denetim	Yüksek	4	10,00	2,94	1,335	0,270
		Orta Üstü	13	11,46	3,60		
		Orta	54	12,67	3,64		
		Ortanın Altı	0				
		Düşük	5	14,00	2,91		

Tablo 4. 26 (devam)

Leuven-Anne Psikolojik Kontrol	Yüksek	4	11,50	5,07	0,308	0,820
	Orta Üstü	13	11,85	4,52		
	Orta	54	13,00	5,55		
	Ortanın Altı	0				
	Düşük	5	14,00	7,42		
Leuven-Anne Özerklik Desteği	Yüksek	4	16,75	3,77	0,483	0,695
	Orta Üstü	13	19,61	3,04		
	Orta	54	18,81	4,34		
	Ortanın Altı	0				
	Düşük	5	18,80	5,12		

Tablo 4. 27: Sağlıklı ergenlerin Leuven anne davranışlarının gelir düzeyi değişkenine göre Kruskal Wallis analizi ile incelenmesi

Tanı Grubu	Ölçek Adı	Gelir Düzeyi	n	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis	p
DEHB olmayan grup	Leuven-Anne Duyarlılık	Yüksek	3	27,00	0,705	0,872
		Orta Üstü	20	35,20		
		Orta	41	33,43		
		Ortanın Altı	0			
		Düşük	2	27,75		
	Leuven-Anne Davranışsal Denetim	Yüksek	3	40,83	2,793	0,425
		Orta Üstü	20	30,03		
		Orta	41	33,80		
		Ortanın Altı	0			
		Düşük	2	51,00		
	Leuven-Anne Psikolojik Kontrol	Yüksek	3	37,33	5,016	0,171
		Orta Üstü	20	33,73		
		Orta	41	31,71		
		Ortanın Altı	0			
		Düşük	2	62,25		
	Leuven-Anne Özerklik Desteği	Yüksek	3	34,50	2,122	0,547
		Orta Üstü	20	37,90		
		Orta	41	31,85		
		Ortanın Altı	0			
		Düşük	2	21,75		

4.2.5. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

4.2.5.1 Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ASÖ ve SBTÖ puanlarının karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ASÖ ve SBTÖ puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t-Testi sonuçları Tablo 4.28’de sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre, DEHB tanısı olan ve olmayan gruplar ASÖ ve SBTÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

SBTÖ alt boyutlarına ait puanların DEHB olan ve olmayan gruplarda farklılık gösterip göstermediği Bağımsız Örneklem t-Testi ile analiz edilmiş ve SBTÖ-boyun eğici yaklaşımın DEHB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre DEHB tanısı olan ergenler, boyun eğici yaklaşımı DEHB tanısı olmayan ergenlerden daha fazla kullanmaktadır (Tablo 4.29).

Tablo 4. 28: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ASÖ ve SBTÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Adı	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
ASÖ	DEHB olan	79	25,76	6,59	1,545	0,124
	DEHB olmayan	70	24,00	7,30		
SBTÖ-Aktif	DEHB olan	79	21,39	7,12	-0,783	0,435
	DEHB olmayan	70	22,28	6,75		
SBTÖ-Pasif	DEHB olan	79	16,43	7,18	1,531	0,128
	DEHB olmayan	70	14,61	7,28		

Tablo 4. 29: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin SBTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Adı	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
SBTÖ-Kendine güvenli	DEHB olan	79	13,29	4,52	-1,103	0,272
	DEHB olmayan	70	14,07	4,05		
SBTÖ-İyimser	DEHB olan	79	8,10	3,38	-0,196	0,845
	DEHB olmayan	70	8,21	3,65		
SBTÖ-Çaresiz	DEHB olan	79	11,13	4,64	0,706	0,482
	DEHB olmayan	70	10,51	5,79		
SBTÖ-Boyun eğici	DEHB olan	79	5,30	3,72	2,241	0,027
	DEHB olmayan	70	4,10	2,81		
SBTÖ-Sosyal destek	DEHB olan	79	6,63	2,97	-1,522	0,130
	DEHB olmayan	70	7,31	2,42		

4.2.5.2. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının karşılaştırılması amacıyla Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Tablo 4.30’da sunulan analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı olan ve olmayanların ÇOBHÖ ve ÇOBHÖ alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4. 30: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin ÇOBHÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Adı	Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
ÇOBHÖ	DEHB olan	79	78,65	6213,50	2476,500	0,272
	DEHB olmayan	70	70,88	4961,50		
ÇOBHÖ-felaketleştirme	DEHB olan	79	77,54	6125,50	2564,500	0,445
	DEHB olmayan	70	72,14	5049,50		
ÇOBHÖ-kişiselleştirme	DEHB olan	79	80,77	6380,50	2309,500	0,082
	DEHB olmayan	70	68,49	4794,50		
ÇOBHÖ-seçici soyutlama	DEHB olan	79	77,28	6105,50	2584,500	0,491
	DEHB olmayan	70	72,42	5069,50		

4.2.5.3. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven baba puanlarının karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerin Leuven Baba puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t-Testi sonuçları Tablo 4.31’de gösterilmiştir. Buna göre, DEHB tanısı olan ve olmayan ergenler arasında Leuven Baba-duyarlılık ve psikolojik kontrol boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). DEHB tanısı olan ergenlerde Leuven baba duyarlılık puanları DEHB tanısı olmayan ergenlerden anlamlı düzeyde daha düşük; Leuven baba psikolojik kontrol puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 4. 31: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven baba puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Adı	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Leuven-Baba duyarlılık	DEHB olan	77	24,70	7,86	-3,690	0,000
	DEHB olmayan	68	28,98	6,09		
Leuven-Baba davranışsal denetim	DEHB olan	77	11,52	3,64	-0,867	0,387
	DEHB olmayan	68	12,07	4,05		
Leuven-Baba psikolojik kontrol	DEHB olan	77	9,75	3,75	2,396	0,018
	DEHB olmayan	68	8,28	3,63		
Leuven-Baba özerklik desteği	DEHB olan	77	14,51	4,19	-0,572	0,568
	DEHB olmayan	68	14,88	3,65		

4.2.5.4. Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven anne puanlarının karşılaştırılması: DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerin Leuven Anne puanlarının karşılaştırılması amacıyla Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.32’de gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, DEHB tanısı olan ve olmayan ergenler arasında Leuven Anne-duyarlılık boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Buna göre, DEHB tanısı olan ergenlerde Leuven Anne duyarlılık puanlarının DEHB tanısı olmayan ergenlerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 32: Sağlıklı ve DEHB tanılı ergenlerin Leuven anne puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Adı	Grup	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Leuven-Anne duyarlılık	DEHB olan	79	64,31	5080,50	1920,500	0,001
	DEHB olmayan	70	87,06	6094,50		
Leuven-Anne davranışsal denetim	DEHB olan	79	76,15	6016,00	2674,000	0,728
	DEHB olmayan	70	73,70	5159,00		
Leuven-Anne psikolojik kontrol	DEHB olan	79	81,12	6408,50	2281,500	0,065
	DEHB olmayan	70	68,09	4766,50		
Leuven-Anne özerklik desteği	DEHB olan	79	73,17	5780,50	2620,500	0,581
	DEHB olmayan	70	77,06	5394,50		

4.2.5.5. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuğu olan ve olmayan ebeveynlerin Leuven ebeveyn puanlarının karşılaştırılması: DEHB tanılı çocuğu olan ve olmayan ebeveynlerin Leuven Ebeveyn puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t-Testi sonuçları Tablo 4.33’te sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre, DEHB tanılı çocuğu olan ve olmayan ebeveynler arasında Leuven Ebeveyn-duyarlılık ve Leuven-Ebeveyn psikolojik kontrol alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$). Buna göre, DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerde Leuven Ebeveyn duyarlılık puanlarının DEHB tanısı olmayan ergenlerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmekte iken Leuven Ebeveyn psikolojik kontrol puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 33: Sağlıklı ve DEHB tanılı ebeveynlerin Leuven ebeveyn puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Adı	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Leuven-Ebeveyn duyarlılık	DEHB olan	79	28,34	4,41	-3,895	0,000
	DEHB olmayan	70	30,91	3,64		
Leuven-Ebeveyn davranışsal denetim	DEHB olan	79	10,63	3,16	-0,240	0,810
	DEHB olmayan	70	10,76	3,14		
Leuven-Ebeveyn psikolojik kontrol	DEHB olan	79	14,68	5,03	4,679	0,000
	DEHB olmayan	70	11,31	3,72		
Leuven-Ebeveyn özerklik desteği	DEHB olan	79	22,40	3,74	-1,343	0,181
	DEHB olmayan	70	23,27	4,13		

5. TARTIŞMA

5.1. ERGENLERDE ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ VE LEUVEN ANNE BABA DAVRANIŞLARI ÖLÇEKLERİNİN SOSYODEMOGRAFIK DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlere uygulanan ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

DEHB tanısı olan ergenlerde algılanan stresin cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve kızların erkeklerden daha fazla stres algıladığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu sonuç Combs ve ark. (2015)'nın yetişkinlerde elde ettikleri bulgularla tutarlılık göstermektedir (83). Literatürde sağlıklı gruplardan elde edilen veriler de stresin kadınlarda erkeklerden daha yüksek algılandığını göstermesine rağmen (117–119) bu bulgular mevcut çalışmadaki DEHB olmayan ergenlerin algılanan stres düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşmaması bulgularıyla uyumlu değildir. Ancak bu sonuçlarla tutarlı olarak algılanan stresin cinsiyetler arasında fark göstermediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (118).

SBTÖ puanlarının DEHB grubunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği ancak SBTÖ-iyimserlik alt boyutunun erkeklerde kızlara göre daha fazla kullanıldığı bulunmuştur ($p<0,01$). DEHB tanılı ergenlerde kullanılan başa çıkma tarzlarının cinsiyete göre incelenmesine dair bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlıklı gruplarla yürütülen çalışmalar ise algılanan stresin başa çıkma tarzları açısından da cinsiyetler arasında farklılık göstereceğini savunmaktadır (120,121). Ancak burada elde edilen sonuçlar değişiklik göstermektedir. Tutuş (2019) kızlarda kendine güvenli yaklaşımın daha fazla olduğunu belirtirken (122) Güven (2019) kaçınma ve sosyal destek almanın (123) ve Demircioğlu (2014) da hayal kurmanın daha fazla olduğunu (124) belirtmektedir. Ayrıca Tutuş (2019) boyun eğici yaklaşımın erkeklerde daha fazla bulunduğunu aktarmıştır. Mevcut çalışmada sağlıklı grupta SBTÖ puanlarının cinsiyetler arasında farklılık göstermemesi literatür tarafından desteklenmemektedir. Ayrıca, DEHB grubunda iyimser yaklaşımın erkeklerde daha yüksek olarak saptanması da literatürle uyumlu değildir (122).

Analiz sonuçlarında ÇOBHÖ puanlarının DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Literatürde elde edilen bulgular farklı sonuçlar sunmaktadır. Anksiyete bozukluğu ve DEHB grubundaki kız ergenlerin sağlıklı gruptaki kızlardan daha yüksek felaketleştirme ve aşırı genelleme puanlarına sahip olduğu; anksiyete tanısı alan erkeklerin ise diğer iki gruptan daha yüksek felaketleştirme ve aşırı genelleme puanlarına sahip olduğunu gösteren çalışma (15) göz önünde tutulduğunda kız ergenlerde elde edilen sonucun mevcut çalışmadaki sonuçla tutarlılık göstermediği görülmektedir. Ancak söz konusu çalışmada erkeklerde oluşan cinsiyet farklılığının yalnızca anksiyete bozukluğu grubunda yükselmesi mevcut çalışmadaki bulguları destekler niteliktedir. Ayrıca, erkeklerin kızlardan daha yüksek sosyal izolasyon ve kusurluluk şema puanlarına sahip olmaları gibi cinsiyetler arasındaki farklılığa işaret eden çalışmalar (16) da elde edilen bulgularla tutarlılık göstermemektedir.

Analiz sonuçlarına göre DEHB tanısı olan grupta Leuven Baba davranışsal denetim, Leuven Anne davranışsal denetim ve Leuven Anne psikolojik kontrol boyutunda cinsiyete göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve bu alt boyut puanlarının kızlarda erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, Gau ve Chag (2013)'in yaptığı çalışmada erkeklerin annelerinde kızlardan daha çok kontrol ve korumacılık algıladıklarını gösteren bulgular ile desteklenmemektedir (90). Ancak Alizadeh ve Andries (2002)'in DEHB tanısı olan grupta kızlara erkeklerden daha fazla otoriter tutumun sergilendiğini gösteren çalışma sonuçlarıyla tutarlıdır (125). Ebeveynlerin öz-bildiriminde ise Leuven Davranışsal Denetim ve Özerklik Desteği alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaştığı ($p<0,05$) ancak ergen öz-bildirimiyle tutarsız olarak ebeveynlerin erkek çocuklarına daha fazla davranışsal denetim ve özerklik desteği gösterdikleri saptanmıştır. Bu sonuç özerklik desteği bakımından incelendiğinde Alizadeh ve Andries (2002)'in çalışmasıyla (125) tutarlılık göstermektedir. Davranışsal denetim bakımından incelendiğindeyse bu sonucun Gau ve Chag (2013)'in araştırmasındaki ergen öz-bildirimiyle ve Hechtman (1996)'ın annelerin hiperaktivitesi olan erkek çocuklarına karşı daha eleştirel olduklarını gösteren çalışma sonuçlarıyla (27) tutarlı gözükmemektedir (90). Bununla birlikte bu çalışma dahilinde ergen öz-bildirimi ve ebeveyn bildirimi arasındaki tutarsızlık dikkat çekicidir. Climie ve Mitchell (2017) yaptıkları çalışmada çocukların öz-bildirimlerinde bağlılık değerlendirmelerini ebeveynlerin bildirdiklerinden daha yüksek ve problem değerlendirmelerini ebeveynlerinkinden daha düşük olarak bildirdiklerini göstermişlerdir (94). Bu bulgu,

mevcut çalışmadaki erkek bildiriminde ortaya çıkan sonuçları destekler gözükmemektedir. Ayrıca ebeveyn-çocuk değerlendirmelerinde ortaya çıkabilecek değerlendirme farklılıklarının olabildiğini de desteklemektedir.

Sağlıklı grupta ebeveyn davranışlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi sonucunda yalnızca ergen öz-bildiriminde Leuven-Anne psikolojik kontrol davranışının cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre sağlıklı grupta DEHB grubundan farklı olarak erkeklerin kızlardan daha fazla psikolojik kontrol algıladıkları görülmüştür. Bu sonuç önceki çalışmalarda DEHB tanısı olmayan çocukların algıladıkları ebeveyn tutumlarının cinsiyete göre farklılık göstermediğini ifaden eden sonuçlarla uyumlu gözükmemektedir (125).

Ölçek puanlarını sınıf düzeyine göre karşılaştıran analizler DEHB olan ve olmayan ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven Anne-Baba davranışlarının sınıf düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmadığını göstermektedir ($p>0,05$). Literatürde ise başa çıkma tarzlarının yaş değişkenine göre incelenmesinde çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Tutuş (2019)'un kendine güvenli ve iyimser başa çıkma tarzlarının yaş ile negatif ilişkili olduğunu belirtirken (122) Demircioğlu (2014) 12. sınıf öğrencilerinin problem çözme 9. sınıf öğrencilerinden daha fazla; sosyal destek aramayı daha az kullandıklarını göstermektedir (124). Ayrıca bilişsel hatalar bakımından incelendiğinde sabit bilişsel tarzların erken ergenliğe kadar ulaşamadığını belirten çalışmalar (126) bu ölçek puanlarının sınıf düzeyine göre farklılaşmasını açıklama konusunda aydınlatıcı olabilir.

Son olarak, ölçek puanlarının gelir düzeyine göre incelenmesi sonucunda, yalnızca DEHB grubunda SBTÖ-Aktif Başa çıkma tarzının gelir düzeyine göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$) bulunmuştur. Gelir düzeyine göre karşılaştırma yapan bulgulara literatürde pek rastlanmamıştır. Ancak sosyoekonomik düzeyin problem odaklı başa çıkma stratejisi ile pozitif ilişkili olduğunu gösteren bir çalışma (127) elde edilen bu bulguyu desteklemektedir.

5.2. ERGENLERDE ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ VE LEUVEN ANNE BABA DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven Anne-Baba Davranışları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Analiz sonuçları DEHB tanısı olan ergenlerde ASÖ ile SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları, ÇOBHÖ ve alt boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu; algılanan ebeveyn davranışları ile arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermiştir.

DEHB tanısı olmayan ergenlerde ise ASÖ ile SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları, ÇOBHÖ ve alt boyutları arasında pozitif yönde; SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzları ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Alan yazında stres düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye dair birçok araştırmanın yer aldığı görülmektedir. Trweor ve ve Enright (1990), algılanan stres düzeyinin farklı başa çıkma tarzlarına yol açtığını belirtmişlerdir (128). Ball ve Lee (2001) 19-24 yaş aralığında yeme bozukluğu olan genç yetişkinlerdeki stres düzeyi ve başa çıkma tarzlarını incelemiş ve bu çalışma sonucunda stres düzeyinin artmasıyla başa çıkmanın ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu bulgular stres düzeyi ile problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tarzları arasında aynı yönde ilişki göstermesi, stres düzeyinin artmasının herhangi bir başa çıkma stratejisi kullanmaya yönelttiği şeklinde yorumlanmıştır (128,129). Bunun yanı sıra, diğer birçok araştırma stres düzeyinin problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tarzları ile farklı yönde ilişkili olduklarını göstermiştir. Örneğin, 11-19 yaş aralığındaki ergenlerle yapılan bir çalışmada strese dayanıklılığı düşük olan ergenlerin sosyal destek arama, büyüsel düşünce (wishful thinking) ve endişelenme gibi pasif başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandıkları bulunmuştur (130). Yunanistan'da hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da algılanan stres düzeyi ile işlevsel olmayan başa çıkma tarzları arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir (131). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da üniversite öğrencileri ve çeşitli meslek gruplarında çalışan yetişkinlerdeki stres düzeyi ile başa çıkma tarzları incelenmiştir. Bu çalışmalarda algılanan stres düzeyi ile iyimser ve kendine güvenli/problem odaklı başa çıkma tarzları ile negatif yönde, çaresiz ve boyun eğici/duygu odaklı başa çıkma ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (128,132-134).

Literatürde yer alan bu çalışmalar yukarıda belirtilen araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

Literatürdeki algılanan stres düzeyi ve bilişsel hatalar ilişkisini inceleyen çalışmalar daha çok anksiyete düzeyi ve anksiyete bozukluğu tanısı alan örneklem üzerinden incelenmiştir. Bu çalışmalar, yapılmış olan güncel çalışmamız ile tutarlı bir biçimde kaygı düzeyinin bilişsel hatalar ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir (76,135). 12-17 yaş aralığındaki ergenler arasında anksiyete bozukluğu, DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarının karşılaştırıldığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu olan ergenlerin bilişsel hata puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olması, kaygı seviyesinin yüksek olması ile birlikte bilişsel hataların daha çok kullanıldığını göstermektedir (15). Başka bir çalışmada psikopatolojik tanı olmaksızın stresli yaşam olayları ile bilişsel hatalar arasındaki ilişki incelenmiş ve bu çalışmada da 13-17 yaş aralığındaki ergenlerin stresli yaşam olaylarının felaketleştirme, kişiselleştirme, aşırı genelleme ve seçici soyutlama olmak üzere tüm bilişsel hatalar alt boyutları ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (136). Stresli yaşam olayını 9-12 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinin boşanması ile sınırlayan bir başka araştırma, stresli boşanma olayı ile çocuklardaki bilişsel hatalar ve uyum problemleri ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca bu çalışmada, daha büyük çocuklarda stresli boşanma olayı ile uyum problemleri arasındaki ilişkide bilişsel hataların yordayıcı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir (126).

Ergenlerin algıladıkları stres ile ilgili araştırmalar ergenlerin aile içi, okul performansı ve akran baskısı konularında stres yaşadıkları üzerinde yoğunlaşmakla birlikte ergenler aynı zamanda çocukluktan ayrışamamış olmayla beraber yetişkin gibi davranış gösterme beklentileri sebebiyle de stres yaşamaktadırlar (118). Ergenlerde duygusal desteğe en önemli katkının ailelere ait olmasına karşın ebeveynleri tarafından baskı hissedilen ergenlerin de daha fazla stres algıladıkları da savunulmaktadır. Yapılan birçok araştırma da ergenlerin algıladıkları stres ile algılanan ebeveyn tutumu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. 18-22 yaş arasındaki üniversite öğrencilerinin pozitif ebeveynlik algıları ile stres yanıtları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (137). 12. sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada demokratik ebeveyn stili ile ergenin akademik stresi arasındaki ilişkinin negatif yönde olduğu (138) bulunmuştur. Türkiye’de 15-18 yaş grubunda yapılan bir çalışmada ise kız ergenlerde izin verici-ihmkar ve otoriter ebeveyn tutumlarının kaygı düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu tespit

edilmiştir (139). Bu bulgular, bizim çalışmamızdaki algılanan stres ile algılanan anne-baba davranışları arasında herhangi bir ilişkinin bulunmaması sonucuyla tutarlı değildir. Buna karşılık, 13-16 yaş arasındaki ergenlerde stres faktörü olarak aile içi ilişkilerin, okul performansının ve akran baskısının incelendiği bir çalışmada hem anne hem babanın ebeveynlik tutumları ile ergenin stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (118). Bu sonuçlar mevcut çalışmada elde edilen bulgularla tutarlılık göstermektedir. Aynı çalışmada annenin otoriter algılanması ile ergenin yetişkin sorumluluğu stresi arasında pozitif ilişki olduğu sunulmuştur (118). Bu durum, stres ile ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkinin farklı stres durumlarında değişebileceğini düşündürmektedir. Tüm bu bulgularla birlikte, ebeveynin kendi stresinin çocuğuna sunmuş olduğu ebeveynlik tutumunu farklılaştırması, daha az stres algılayan ebeveynlerin daha yüksek demokratik ebeveyn tutumu göstermesi (140) dolayısıyla ergene sunulmuş olan ebeveynlik davranışları ile ergenin algıladığı stres arasında ilişki bulunmaması muhtemeldir.

Yapılan analizler DEHB tanısı olan ergenlerde SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzları ile Leuven-Baba duyarlılık ve Leuven-Anne duyarlılık arasında pozitif yönde; ÇOBHÖ, ÇOBHÖ kişiselleştirme, ÇOBHÖ seçici soyutlama ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir. SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları ile ÇOBHÖ, ÇOBHÖ felaketleştirme, ÇOBHÖ kişiselleştirme ve ÇOBHÖ seçici soyutlama arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiş ancak Leuven Anne-Baba Davranışları ile anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

DEHB tanısı olmayan ergenlerde ise SBTÖ-Aktif Başa Çıkma Tarzları ile Leuven-Baba duyarlılık ve Leuven-Anne duyarlılık davranışı arasında pozitif; SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları, ÇOBHÖ, ÇOBHÖ felaketleştirme ve ÇOBHÖ seçici soyutlama ile arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. SBTÖ-Pasif Başa Çıkma Tarzları ile ÇOBHÖ toplam puan ve alt boyutları, Leuven-Anne davranışsal denetim, Leuven-Anne psikolojik kontrol arasında pozitif; Leuven-Anne özerklik desteği ile arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

Stresle başa çıkma becerileri ve ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkide olumlu ebeveynlik becerilerinin ergene sosyal destek ve psikolojik kaynak sağlayarak onun problem çözmesini artırdığı savunulmaktadır (141,142). Birçok araştırma da ebeveynin otoriter olması ile ergenin aktif başa çıkma becerisi arasında negatif; demokratik ve izin verici olmasının ise pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (143,144). Otoriter ebeveyn

tutumu ebeveynin yüksek kontrol ve düşük sıcaklık davranışlarıyla ilişkili görüldüğünden (141,145) ebeveyn tutumunu bu açıdan inceleyen araştırmalar da bulunmaktadır. 14-17 yaş aralığındaki lise öğrencilerinin algılanan ebeveyn tutumları ile başa çıkma becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde, hem anne hem de babanın sıcak davranışı ergenlerde aktif başa çıkma ile pozitif ilişkili bulunmuştur (144). Ebeveynin sıcak davranışı duyarlı olmasını tanımladığından (24) sunulan bu bulgular araştırmamızdaki DEHB tanısına sahip ergenlerin bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Bununla birlikte, DEHB tanısı olmayan ergenlerde pasif başa çıkma ile annenin psikolojik kontrol davranışı arasında pozitif; özerklik desteği ile arasında negatif ilişkili olması, Hardy, Power ve Jaedicke (1993)'nin 9-10 yaş aralığındaki çocukların anneleriyle yaptıkları araştırma tarafından desteklenmektedir (146). Hardy ve ark. (1993) 'nın yapmış olduğu bu çalışma annenin destekleyici olması durumunda çocukların yalnızca kontrol edilemeyen durumlara karşı kaçınan başa çıkma stratejisini kullandığını göstermektedir. Aynı çalışmada annenin yapı kurmasının çocuklarda duygu-odaklı başa çıkma içinde sınıflandırılabilir agresif başa çıkma stratejileri ile pozitif ilişkili olduğunun gösterilmesine karşın mevcut çalışmada DEHB tanısı olan ve olmayan ergen gruplarının ikisinde de babanın davranışsal denetimi ile pasif başa çıkma stratejileri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yalnızca DEHB tanısı olmayan grupta annenin davranışsal denetimi ile pasif başa çıkma tarzının pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır ve bu sonuç Hardy ve ark. (1993)'nin çalışmasıyla (146) tutarlılık göstermektedir.

Tüm bunların yanı sıra ebeveyn tutumunun ebeveynin başa çıkma stratejileri ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar da bulunmaktadır ve bu çalışmalar annelerin ebeveynlik yeterliliği ile problem odaklı başa çıkma arasında pozitif ilişki (147), anne disiplini ile kaçınan başa çıkma arasında negatif ilişki (148) olduğunu göstermektedir. Bu sonuçların, ebeveyn tutumu ile ergenin başa çıkma stratejisi arasındaki ilişkide ebeveynin kullandığı stratejilerin ergen tarafından öğrenildiği şeklinde de yorumlanması mümkündür. Bununla birlikte, ebeveynin başa çıkma stratejilerinin, disiplin uygulamaları, psikolojik stres ve çocuğun öz-kontrolü ile ilişkili olması (148,149) da ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi ise çocuğun öz-düzenleme ve işlevsel başa çıkma becerilerine sahip olması arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (146,150,151). Bu ilişki, mevcut çalışmada da bulgulandığı üzere duyarlılık gibi ebeveynlikteki daha pozitif boyutların aktif başa çıkma ile ilişkili olmasını açıklar gözükmemektedir. Nitekim, çocuklarının kötü duygularını

görmezden gelen annelerin çocuklarına problemlerle baş etmelerini sağlayacak güvenli alanı sunamamalarıyla, onlarda kaçınan başa çıkma stratejilerinin oluşmasına sebep olmaları (152) ebeveyn-çocuk ilişkisinin başa çıkma tarzları ile ilişkisine dair fikir sunmaktadır.

Stresle başa çıkma tarzları ile bilişsel hatalar arasındaki ilişki bilişsel hataların yanı sıra daha çok bilişsel esneklik üzerinden araştırılmıştır. Bu çalışmalar bilişsel esneklik ile aktif başa çıkma arasında pozitif bir ilişki göstermektedir. Lise ve üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda bilişsel esneklik ile aktif başa çıkma tarzları arasında pozitif bir ilişki (122,153,154) olduğu görülürken bilişsel esneklik ile pasif başa çıkma tarzları arasındaki ilişki daha değişken bulunmuştur. Bazı çalışmalar bilişsel esneklik ile kaçınan başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki bulgusu göstermezken (153,154) bazı çalışmalarda ise bilişsel esneklik ile duygu odaklı başa çıkma arasında negatif bir ilişki olduğu sunulmuştur (154). Bilişsel esnekliğin problemlere karşı işlevsel düşünceler oluşturma etkisi (155) ve yokluğunun yetersiz problem çözme ortaya çıkarması (153) göz önünde bulundurulduğunda bizim çalışmamızdaki stresle pasif başa çıkma tarzlarının hem DEHB hem de sağlıklı grupta bilişsel hatalar ile pozitif ilişki göstermesi literatürle desteklenebilir bir bulgudur. Bunun yanı sıra, doğrudan bilişsel hatalar ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda problem odaklı başa çıkma ile maladaptif inançlar arasında negatif ilişki; kaçınmacı başa çıkma ile maladaptif inançlar arasında pozitif ilişki (117,156) gösterilmektedir. Bu ilişkiler, maladaptif inançların problem odaklı ve kaçınmacı başa çıkma tarzlarının yordayıcısı olduğunu sunmuştur (117). DEHB tanısı olan grupta aktif başa çıkma tarzları ile tüm bilişsel hatalar alt boyutları arasında negatif ilişki bulunurken, DEHB tanısı olmayan grupta kişiselleştirme bilişsel hatası ile arasında anlamlı bir ilişkinin olmaması, aktif başa çıkmanın iyimserlik ve benlik saygısı gibi kişilik özelliklerinin yordayıcı katkısının (156) olabileceğini düşündürmektedir.

Bilişsel hatalar ve ebeveyn davranışları arasındaki ilişkilere ait analiz sonuçları, DEHB tanısı olan ergenlerde yalnızca ÇOBHÖ-felaketleştirme alt boyutu ile Leuven-Anne psikolojik kontrol boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir. DEHB tanısı olmayan ergenlerde ise ÇOBHÖ ve tüm alt boyutlarının Leuven-Anne davranışsal denetim, Leuven-Anne psikolojik kontrol davranışı ile pozitif ilişkili; Leuven-Anne özerklik desteği ile negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. ÇOBHÖ, ÇOBHÖ-

felaketleştirme ve ÇOBHÖ seçici soyutlama alt boyutlarının Leuven-Baba duyarlılık ile negatif ilişkili olduğu; ÇOBHÖ ve ÇOBHÖ felaketleştirme alt boyutunun ise Leuven-Baba psikolojik kontrol ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bilişsel hatalar ve ebeveyn tutumu arasındaki ilişkiye dair ulaşılabilen bir araştırmanın sonuçları, bilişsel hatalar ile ebeveyn psikolojik özerkliği arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir (157). Bu sonuç, bizim çalışmamızda elde edilen bilişsel hatalar ile psikolojik kontrol arasındaki pozitif ilişki ile tutarlılık göstermektedir.

5.3. SAĞLIKLI VE DEHB TANILI ERGENLERİN ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ VE LEUVEN ANNE BABA DAVRANIŞLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

5.3.1. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin ASÖ ve SBTÖ Puanlarının Karşılaştırılması Bulgularının Değerlendirilmesi

DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerin ASÖ, SBTÖ, ÇOBHÖ ve Leuven Anne Baba Davranışları puanları bakımından farklılık olup olmadığının incelenmesi amacıyla normal dağılıma sahip olan ölçekler için Bağımsız Örneklem t-Testi, normal dağılıma sahip olmayan ölçekler için Mann-Whitney U Analizi yapılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre ASÖ, SBTÖ-Aktif Başa Çıkma ve SBTÖ-Pasif Başa Çıkma puanları DEHB tanısı olan ve olmayan ergen grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). SBTÖ alt boyutları bakımından incelendiğinde, SBTÖ-Boyun eğici yaklaşım puanlarının iki grup arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre, DEHB tanısı olan ergenler, boyun eğici yaklaşımı DEHB tanısı olmayan ergenlerden daha fazla kullanmaktadır.

Alan yazın incelendiğinde DEHB semptomlarının algılanan stres ile ilişkisinin daha çok genç yetişkin ve yetişkinlerde incelendiği görülmüştür. Bu çalışmalar, DEHB semptomları ile algılanan stres arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (83,158,159). DEHB tanısı alan ergenlerle yapılan bir nitel çalışmada, stresin ergenlerde korkutucu, tehdit edici ve negatif duygular oluşturduğu gösterilmiş ve ergenlerin zaman zaman stresin anlaşılmasının ve tanımlanmasının zor olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Ayrıca bu stres durumunun oluşmasında kontrol edilemeyen durumları, uyku bozukluklarını, kişiler arası ilişkileri ve aynı anda zihinlerinden birçok farklı

düşünce geçmesini stresin tetikleyicileri olarak bildirmişlerdir (11). Ergenlerle yapılan bir başka çalışmada da DEHB grubu ile kontrol grubu karşılaştırılmış ve DEHB grubunda algılanan stres düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (119). Bu çalışmalarla birlikte algılanan stresin hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde DEHB semptomları ile ilişkili olduğu görülmekte ve komorbid bozukluklar için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (160). Ancak tüm bu bulgular çalışmamızda elde edilen algılanan stresin gruplar arasında farklılık göstermediği sonucu ile çelişmektedir. Bununla birlikte diğer çalışmaların daha çok korelatif çalışmalar olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun yanı sıra, duygusal ve dışavurum semptomlarının komorbid olduğu durumlarda (119) ve uyku problemlerinin yaşanmasında (148) algılanan stresin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Mevcut çalışmada ve diğer çalışmalarda bu değişkenlerin detaylı olarak yer almaması gruplar arasındaki farklılıkların çelişkili olmasının bu değişkenlerden kaynaklanıyor olabileceğini de düşündürmektedir. Ayrıca, DEHB semptomları ile algılanan stres arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık faktörünün yordayıcı olarak bulunması (159) da bulgular arasındaki çelişkilerde aracı diğer değişkenlerin etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

Stresle başa çıkma tarzlarının DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda karşılaştırıldığı çalışmalar incelendiğinde DEHB tanısı olan yetişkinlerin olmayanlardan daha fazla duygu odaklı ve daha az problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıklarını (87), yüzleşmeci, kaçma-kaçınma ve pozitif yeniden değerlendirme stratejilerini daha fazla, planlı problem çözme stratejisini daha az kullandıklarını (161), klinik olmayan yetişkin örnekleminde yüksek dikkat eksikliği ve düşük hiperaktiviteye sahip olanların daha fazla aktif başa çıkma tarzlarını kullandıklarını göstermektedir (88). Ergenlerle yapılan çalışmalar da DEHB tanısı olanların olmayanlardan daha fazla işlevsel olmayan (10,162) ve duygusal başa çıkma (10) yaklaşımlarını kullandıklarını göstermektedir. Başa çıkma stratejileri alt boyutları ile incelendiğinde DEHB tanısı olanlarda yadsıma ve davranışsal olarak ilgiyi kesme puanlarının daha yüksek, planlama puanlarının daha düşük olduğu (10), daha fazla antisosyal stratejileri kullandıkları (163) görülmektedir. Bununla birlikte işlevsel olmayan başa çıkma tarzlarının davranım bozukluğunun komorbid olduğu durumlarda daha fazla kullanıldığına dair bulgular da alan yazında yer almaktadır (161,162). Mevcut çalışmada DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerin stresle başa çıkma tarzları açısından farklılık göstermemesi bu bulgularla çelişmektedir. Literatürde DEHB tanısı olan ergenlerin ebeveynlerinin başa çıkma stratejileri üzerine

yapılan birçok araştırma bulunmaktadır ve DEHB tanısı olan ergenlerin ebeveynlerinin, kontrol grubundakilerden daha fazla yadsıma kullandıklarını (10,29,164) gösteren bu araştırmalar DEHB olan ergenlerin olmayanlardan daha pasif başa çıkma tarzı kullanmalarının öğrenilen bir davranış olabileceğine dair ipucu vermektedir (10). Bu nedenle mevcut çalışmada incelenmemiş olan ebeveynin başa çıkma stratejileri dolayısıyla ergenlerde gruplar arası bir farklılık oluşmamış olabilir. Stresle başa çıkma stratejilerinin, bellek, planlama, öz-düzenleme, problem çözme, empati gibi yürütücü işlevler ve bilişsel ve duygusal regülasyon ile ilişkili olduğu ve bu sebeple DEHB tanısı olan gruplarda daha çok işlevsel olmayan stratejilerin kullanıldığı düşüncesinin (9,10) yanı sıra, ilaç kullanımının DEHB semptomlarını hafifleterek hem çocukta hem de ailesinde işlevsellik sağladığını gösteren çalışmalar vardır (165). Borg'un 9-10 yaşındaki çocuklarla yaptığı çalışmada da ilaç kullanmayan çocukların problem çözmede hem fiziksel hem sözel agresyon kullandıkları, ilaç kullanan çocukların ise yalnızca sözel agresyonda bulundukları belirtilmiştir (166). Mevcut çalışmada hasta grubunun ilaç kullanıp kullanmadığı ele alınmamış olmakla birlikte ergenlerin çoğunun ilaç kullandığı gözlenmiştir. Bu açıdan ilaç kullanımının oluşturduğu olumlu etkiler mevcut çalışmada gruplar arası farklılığın oluşmamasını açıklayabilir. Son olarak, DEHB tanısı olan ergenlerin hastalıklarını daha iyi anlamaları ve kişisel kontrol hissinin bulunmasının aktif başa çıkma ile ilişkisi (89) DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerin karşılaştırılmasında DEHB'nin nasıl algılandığının da etkili olduğunun önemini göstermektedir.

5.3.2. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin Leuven Anne-Baba Davranışları Puanlarının Karşılaştırılması Bulgularının Değerlendirilmesi

Ebeveyn davranışlarının karşılaştırılması için ergenlere verilen ölçekler üzerinde yapılan analizler Leuven Baba-duyarlılık, Leuven-Baba psikolojik kontrol ve Leuven Anne-duyarlılık boyutlarında DEHB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ($p<0,05$). Buna göre Leuven Baba duyarlılık ve Leuven Anne duyarlılık puanları sağlıklı grupta DEHB tanılı gruptan anlamlı olarak daha yüksek; Leuven Baba psikolojik kontrol puanları ise daha düşüktür.

Ebeveynlerin kendilerini değerlendirmiş oldukları analiz sonuçlarında ise ergen değerlendirmesi analiz sonuçlarıyla benzer olarak Leuven Duyarlılık ve Leuven Psikolojik kontrol boyutlarında gruplar arası anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre, DEHB tanısı olan grupta Leuven Duyarlılık puanları kontrol grubundan

Literatür incelendiğinde DEHB belirti düzeyi ile ebeveyn tutumları arasında ilişki bulunmadığını gösteren çalışmaların (167) yanı sıra DEHB olan ve olmayan grupların karşılaştırıldığı birçok çalışma DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin daha otoriter olduğunu göstermektedir. 8-17 yaş arasındaki tedavi almayan DEHB grubu ile sağlıklı grubun karşılaştırıldığı bir araştırma, sağlıklı çocukların ebeveyn davranışlarına yönelik değerlendirmesinde kabul/ilgi ve denetleme puanlarının daha yüksek bulunduğunu göstermektedir. Benzer şekilde annelerin öz-bildirimlerine göre de DEHB tanısı olan çocukların ebeveynleri sıkı disiplin ve daha az demokratik tutum göstermektedirler (168). 9-12 yaş arasındaki DEHB tanılı ve sağlıklı çocukların karşılaştırıldığı bir başka çalışmada DEHB tanılı çocukların ebeveynlerini daha reddedici algıladıkları tespit edilmiştir. Ayrıca DEHB’li çocukların ebeveynlerini sağlıklı gruptakilerden daha otoriter (169), annelerini daha reddedici, sağlıklı çocukların ise babalarını DEHB’li çocuklardan daha az ilgili (170) ve daha az sıcak (168,171,172) algıladıkları aktarılmıştır. Benzer bulgular ebeveyn değerlendirmelerinde de görülmekte; DEHB tanısı olan ebeveynlerin çocuklarına daha az sıcaklık gösterdikleri (172), daha emir verici, cezalandırıcı ve daha az pozitif etkileşimli oldukları (172) alan yazında ifade edilmektedir. Tüm bu sonuçlar mevcut çalışmada ergen ve ebeveynin değerlendirmesinde DEHB tanılı ve sağlıklı gruptaki duyarlılık boyutundaki farklılık bulgusunu desteklemektedir.

12-18 yaşındaki DEHB tanılı ve sağlıklı grubun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada DEHB grubundaki annelerin daha az ödüllendirici ve daha çok emir verici algılanmaları (174) ve ebeveynlerin daha agresif ve daha az proaktif olmaları (172) psikolojik kontrol boyutu ile benzer olarak düşünüldüğünde mevcut çalışmadaki bulgularla tutarlılık göstermektedir.

Tüm bu bulgularla birlikte, karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluklarının DEHB ile ebeveyn tutumları arasında yordayıcı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Karşıt olma davranışının zayıf iletişimi ve etkileşimin azalmasını; davranım bozukluğunun ise zayıf rehberlik davranışını yordadığını (167), çocuğun karşı gelme ve hiperaktivite düzeyinin yüksek olmasının azalan kabul/ilgi ve demokratik tutum ile bağlantılı olduğunu belirten (168) çalışmalara rastlanmıştır. Bu bilgiler dikkate alındığında mevcut çalışmada KOKGB ve DB'nin yordayıcı etkisinin olabileceği düşünülmüş olsa da bu faktörler kontrol altında tutulduğunda dahi annenin disiplin davranışının DEHB ile ilişkili olduğunu (175) gösteren çalışmalar KOKGB ve DB'nin yordayıcı etkisinin tutarlı olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca DEHB ile ebeveynlik tutumu arasındaki ilişkide KOKGB ve DB'nin kontrol altına alınarak incelendiği çok az çalışmanın bulunması (95,175) bu iki değişkenin yordayıcı etkisinin incelenmesi önemini göz önüne sermektedir.

DEHB semptomları ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkide ebeveynin DEHB belirtileri göstermesinin de yordayıcı olduğunu (175); annenin DEHB belirtilerinin tutarsız disiplin ve negatif duygulara karşı duyarsız olma ve babanın DEHB belirtilerinin tutarsız disiplin, düşük etkileşim ve destekleyicilikle ilişkili olduğunu (176) yansıtan çalışmalar DEHB semptomları ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin daha fazla aydınlatılmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

5.3.3. Sağlıklı ve DEHB Tanılı Ergenlerin ÇOBHÖ Puanlarının Karşılaştırılması Bulgularının Değerlendirilmesi

Analiz sonuçlarında bilişsel hatalar toplam ve alt boyut puanlarının DEHB tanısı olan ve olmayan ergenler arasında anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Literatür incelendiğinde DEHB ile bilişsel hataları inceleyen çalışmaların çoğunlukla yetişkin örneklemiyle yapıldığı görülmüştür. Bu araştırmalar, DEHB ile bilişsel hatalar arasında pozitif bir ilişki göstermekte (16–19,177) ve DEHB gruplarında en çok mükemmeliyetçilik çarpıtmasının kullanıldığını belirtmektedir (17). En çok kullanılan bilişsel hatalarda mükemmeliyetçiliğin ardından duygusal sebeplendirme, duygusal karar verme ve diğerleriyle kıyaslama gibi duygu odaklı hatalar kullanılmasının ise DEHB'de duygusal öz-düzenlemede yaşanan zorluklardan kaynaklı olabileceği ileri sürülmüştür (17). Bunun yanı sıra DEHB tanısı olan yetişkinlerin, olmayanlara göre daha

endişeli ve zorlayıcı düşüncelere sahip olduklarına dair bulgular literatürde yer almaktadır (17–19,178). Ergenlerle yapılan sınırlı araştırmalarda ise DEHB alt tipleri arasındaki farklılıklar incelenmiş ve DEHB-bileşik alt tipinde kişisel başarısızlık ve düşmanca niyetlerin dikkat eksikliği alt tipinden daha fazla olduğu bulunmuştur (178).

Mevcut çalışmada DEHB olan ve olmayan gruplar arasında bilişsel hatalar yönünden fark olmaması literatürdeki bulgular tarafından desteklenmemiş olmasıyla birlikte bu durumun metodolojik yöntemler ve yaş grubuyla bağıntılı olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte ülkemizde yapılan ve bizim çalışmamızdakiyle aynı ölçeğin kullanıldığı bir çalışmada, anksiyete bozukluğu, DEHB ve sağlıklı gruptaki ergenler bilişsel hatalar açısından karşılaştırılmış ve felaketleştirme, aşırı genelleme ve seçici soyutlama bilişsel hatalarının en fazla anksiyete bozukluğu grubundaki ergenler tarafından kullanıldığı; DEHB ve sağlıklı grup arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir (15). Bu bulgu mevcut çalışmadaki bulguyu desteklemektedir. Bunun yanı sıra, bilişsel hatalar ile duygusal stres arasında ilişki gösteren (16,17) ve DEHB semptomları ile maladaptif inançlar arasındaki ilişkinin yüksek düzeydeki stres sonucunda ortaya çıktığını belirten (16) çalışmalar DEHB olan ve olmayan gruplar arasındaki bilişsel hataların algılanan stres seviyesi veya eşlik eden anksiyete bozukluğu ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Bu perspektiften, mevcut çalışmada algılanan stresin de gruplar arasında farklılık göstermemesi bilişsel hatalardaki bu bulguyu açıklayabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada öncelikli olarak DEHB tanılı ergenlerin stresle başa çıkma tarzlarının bilişsel hatalar ve algılanan ebeveyn davranışları ile ilişkisi araştırılmıştır. Ayrıca bu değişkenlerin DEHB grubu ile sağlıklı grup arasında farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Bu doğrultuda yapılan analiz sonuçları hem DEHB hem sağlıklı grupta aktif başa çıkma tarzının anne ve babanın duyarlılığı ile pozitif ilişki olduğunu göstermiştir. Bu bulgu literatür tarafından desteklenerek ebeveyn duyarlılığının ve sıcaklığının ergenlerin stresle başa çıkmalarında destekleyici bir özellik olduğu düşünülür. DEHB grubunda aktif başa çıkma tarzları bilişsel hataların tüm alt boyutları ile negatif ilişkiliyken sağlıklı grupta kişiselleştirme bilişsel hatası ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde sınırlı sayıda incelenen bu ilişki başa çıkmada bilişsel hataların rolüne dair önemli bir bilgi sunmaktadır.

DEHB ve sağlıklı grupta pasif başa çıkma tarzları ile bilişsel hataların tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Pasif başa çıkma tarzları DEHB grubunda hiçbir ebeveyn davranışı ile ilişkili bulunmamışken sağlıklı grupta annenin algılanan davranışsal denetim ve psikolojik kontrol davranışı ile pozitif; özerklik desteği ile negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde DEHB grubunda bilişsel hatalar ile algılanan ebeveyn davranışları arasında ilişki tespit edilmemişken sağlıklı grupta bilişsel hataların annenin ve babanın algılanan psikolojik kontrolü ve annenin algılanan davranışsal denetimi ile pozitif; babanın duyarlılığı ve annenin özerklik desteği ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu ilgi çekici sonuç, ebeveyn davranışlarının sağlıklı grupta daha etkin bir rol oynadığı ancak DEHB grubunda ebeveyn-çocuk ilişkilerinin kuvvetli olmayışı sebebiyle bu türden bir etkisinin olmayabileceği tartışılmıştır. Ayrıca bilişsel hatalar alt boyutları incelendiğinde tespit edilen ilişkilerin daha çok anne davranışlarında anlamlı olması bilişsel hatalarda anne rolünün önemi üzerinde durulmasına işaret etmektedir.

Grup karşılaştırmalarında DEHB ile sağlıklı grup arasında algılanan stres, aktif başa çıkma ve pasif başa çıkma, bilişsel hatalar ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Pasif başa çıkmanın alt boyutlarından biri olan boyun eğici

yaklaşımın DEHB grubunda sağlıklı gruptan anlamlı olarak daha fazla kullanıldığı görülmüştür. Bu bulgu DEHB grubundaki akran zorbalığı göz önünde bulundurulduğunda anlamlı bir bulgu olarak görülmüştür.

Algılanan ebeveyn davranışlarının DEHB ve sağlıklı grup arasında farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi sonucunda, sağlıklı grupta anne ve babanın algılanan duyarlılık davranışlarının DEHB grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu; babanın algılanan psikolojik kontrol davranışının ise DEHB grubunda sağlıklı gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hem yurt içi hem yurt dışı çalışmalarında bu bulguyu destekleyen sonuçlar bulunmaktadır.

Ebeveynlerin kendilerini değerlendirmiş oldukları analiz sonuçları da ebeveyn duyarlılığının sağlıklı grupta daha yüksek olduğunu; psikolojik kontrol davranışının ise DEHB grubunda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgular da hem önceki çalışmalarla hem de ergenlerin öz-bildirimiyle tutarlılık göstermektedir.

Bu çalışma DEHB tanıları ergenlerde sınırlı sayıda çalışma bulunan stresle başa çıkma tarzları ve bilişsel hataları inceleyerek literatüre katkı sunmuştur. Çalışmanın en önemli özelliklerinden birisi başa çıkma tarzları, bilişsel hatalar ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olmasıdır. Literatürde yer alan çalışmalarda ergen örneklem grubunun kullanılmasına pek rastlanmamıştır. Bu açıdan yapılan çalışmanın literatüre önemli bir katkı sunması öngörülmektedir. Ayrıca yapılan birçok çalışmada klinik tanı almamış kişiler DEHB belirtilerini inceleyen ölçekler üzerinden değerlendirilerek incelenmiştir. Bu çalışmanın güçlü yönlerinden biri de doğrudan klinik tanı almış DEHB grubuyla çalışılmış olmasıdır. Bununla birlikte DEHB tanı grubunun sağlıklı grup ile karşılaştırılmış olması bir diğer güçlü yan olarak söylenebilir. Önceki birçok çalışmada DEHB grubuna uygulanan ebeveyn davranışları hem daha çok anneler ile incelenmiş hem de ergen öz-bildiriminden daha çok ebeveynlerin kendilerini değerlendirdikleri ölçme araçları kullanılmıştır. Bu çalışmada ise ebeveyn davranışları hem ebeveynlerin hem de ergenlerin öz-bildirimleri ile incelenmiştir. Ayrıca ergenlerin hem anne hem de babaları için ayrı değerlendirmelerde bulunmaları ebeveynlerin ayrı ayrı davranışlarının ergenler üzerindeki etkisinin görülmesini sağlayarak daha kapsamlı bilgi sunmaktadır.

Çalışmanın sınırlılıkları olarak öncelikle DEHB ve sağlıklı gruptaki cinsiyet dağılımlarının tutarsız olması söylenebilir. DEHB grubundaki kız/erkek oranı, literatürde

yer alan epidemiyoloji bilgileriyle tutarlı olarak yaklaşık 1/2 olarak görülmüştür. Ancak bu oran sağlıklı gruptaki kız/erkek oranının 2/1 oranında olması göz önüne alındığında gruplar arasında farklılık olabileceğini düşündürmektedir. Bir diğer sınırlılık, DEHB grubunda veri toplama süreci pandemi dolayısıyla okulların kapalı olduğu döneme gelmesinden, bu gruptaki ergenler için Conners Öğretmen Derecelendirme formu alınamamıştır. Bu sebeple öğretmen değerlendirmelerine yönelik bilgi edinilememiş ve sağlıklı grupla kıyaslama yapılamamıştır. Ayrıca verinin toplandığı bir yıl boyunca pandeminin başlaması ve etkilerinin devam ediyor oluşu, belirsizliklerin herkes için stres verici bir durum olması göz önüne alındığında algılanan strese farklılığın oluşmaması gibi çeşitli sonuçlara yansımış olabileceğini düşündürmektedir. Çalışma, pandemi ortamının stres verici etkisinin olmadığı bir dönemde tekrar yapıldığında farklı sonuçların elde edilebileceği göz önüne alındığında, bu durumun mevcut çalışma için bir kısıtlılık olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmada stresle başa çıkma tarzlarının oluşmasında ebeveynin kullandığı stratejilerin ve ergenin kişilik özelliklerinin de önemini olduğu görülmüştür. Bu çalışmada incelenmemiş olan bu değişkenlerin sonraki çalışmalara dahil edilmesi aracılık üzerine daha detaylı bilgi edinilmesini sağlayacaktır. Ayrıca DEHB'nin alt tiplerine göre incelenmemiş oluşu DEHB alt tipleri arasında farklılık gösteren çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda DEHB ve sağlıklı grup arasındaki karşılaştırmalarda kısıtlı bilgi sağlamış olabilir. Bu nedenle sonraki çalışmalarda bu faktörün de dikkate alınması önemli olacaktır.

Elde edilen sonuçlar, ergenin başa çıkma tarzlarının kullanımının ebeveynin duyarlılık davranışı ile ilişkili olduğunu göstermesi ebeveyn-ergen ilişkilerinin güçlenmesi yönünde müdahale programları yapılmasının, ebeveynlik becerilerinin gelişimi konusunda ebeveynlere psikoeğitim programlarının oluşturulmasının aktif başa çıkma kullanımını artırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, başa çıkma tarzlarının bilişsel hatalar ile ilişkili olduğunu gösteren mevcut bulgular, DEHB tanılı ergenlerin tedavi planlamalarına alternatif düşünme yöntemlerinin geliştirilmesi çalışmalarının dahil edilmesinin de aktif başa çıkmanın gelişmesini destekleyeceği öngörülmektedir. Yapılmış olan bu çalışmanın DEHB tanılı ergenlerin stresle başa çıkma becerilerinin gelişimine yönelik klinik uygulamalara ışık tutacağı söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Şenol, S. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İçinde F. Ç. Çetin (Ed.), *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 293-312.
2. Mukaddes, N.M. (2015). *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
3. Şentepe, A. (2015). Yaşlılık döneminde dini başa çıkma. *İnsan ve Toplum Bilim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 186-205.
4. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
5. Baker, J.P., Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*, 21(1), 95-118.
6. Basut, E. (2006). Stres, başa çıkma ve ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(1), 31-36.
7. Jones, F., Bright, J. (2001). *Stress: Myth, Theory and Research*. London: Pearson.
8. Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*, 44, 1-21.
9. Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232, 41-47.
10. Taş Torun, Y., Gül, H., Şahin, M., Gül, A., Cöngöloğlu, M.A. (2021). Evaluation of stress coping strategies in adolescents with attention deficiency hyperactivity disorder: case-control study. *Türkiye Klinikleri Pediatri*, 30(3), 219-228.
11. Öster, C., Ramklint, M., Meyer, J., Isaksson, J. (2020). How do adolescents with ADHD perceive and experience stress? An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(2), 123-130.
12. Buğa, A. (2015). *Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı web tabanlı interaktif ve geleneksel psiko eğitim programlarının çocukların bilişsel hatalarına ve psikolojik belirtilerine etkisi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
13. Türkçapar, H. (2019). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama*. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
14. Gülüm, İ.V., Dağ, İ. (2012). Tekrarlayıcı düşünme ölçeği ve bilişsel esneklik envanterinin türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13, 216-223.
15. Suadiye, Y., Aydın, A. (2009). Anksiyete bozukluğu olan ergenlerde bilişsel hatalar. *Klinik Psikiyatri*, 12, 172-179.
16. Miklósi, M., Máté, O., Somogyi, K., Szabó, M. (2016). Adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms, perceived stress, and well-being: the role of early maladaptive schemata. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), 364-369.
17. Strohmeier, C.W., Rosenfield, B., DiTomasso, R.A., Ramsay, J.R. (2016). Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness. *Psychiatry Research*, 238, 153-158.
18. Abramovitch, A., Schweiger, A. (2009). Unwanted intrusive and worrisome thoughts in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 168(3), 230-233.
19. Mitchell, J.T., Benson, J.W., Knouse, L.E., Kimbrel, N.A., Anastopoulos, A.D. (2013). Are negative automatic thoughts associated with adhd in adulthood? *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 851-859.
20. Darling, N., Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
21. Sümer, N., Gündoğdu Aktürk E., Helvacı, E. (2010). Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye’de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13(25), 42-59.
22. Aksoy, A.B., Kılıç, Ş. (2009). Asya kültürlerinde ebeveynlik stilleri ve uygulamaları. *ÇÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 14-25.
23. Yılmaz, A. (2000). *Eşler arasındaki uyum ve çocuğun algıladığı anne-baba tutumu ile çocukların, ergenlerin ve gençlerin akademik başarıları ve benlik algıları arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
24. Sevim, S.A. (2014). Leuven algılanan ana babalık ölçeği ergen ve ana baba sürümlerinin uyarlanması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 27, 291-300.
25. Aydın, B. (2013). *Çocuk ve Ergen Psikolojisi* (4. Basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
26. Alizadeh, H., Applequist, K.F., Coolidge, F.L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse and Neglect*, 31(5), 567-572.

27. Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41(6), 350-360.
28. Evans, S., Sciberras, E., Mulraney, M. (2020). The relationship between maternal stress and boys' adhd symptoms and quality of life: an Australian prospective cohort study. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, e33-e38.
29. Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., Lucarelli, E., Russo, L., Trabacca, A. (2020). A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in Developmental Disabilities*, 98, 103571.
30. Öztürk, M., Başgöl, Ş.S. (2020). *Çocuklarda Dürtüsellik: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavisi*. İstanbul: Uçurtma Yayınları.
31. Ercan, E.S., Aydın, S. (2007). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Gendaş Kültür Yayınları.
32. Sadek, J. (2014). *A Clinician's Guide to ADHD*. London: Springer.
33. Özasan, T.U., Bilaç, Ö. (2015). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 1(1), 1-5.
34. Öztürk, Y., Özyurt, G., Tufan, A.E., Pekcanlar, A.A. (2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda duyu düzenleme güçlükleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 198-211.
35. Ercan, E.S., Kandulu, R., Uslu, E., Akyol Ardıc, U., Yazici, K.U., Kabukcu Basay, B., vd. (2013). Prevalance and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 7, 1-10.
36. Çetin, F.H., Işık, Y. (2018). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve genetik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 19-39.
37. Bélanger, S.A., Andrews, D., Gray, C., Korczak, D. (2018). ADHD in children and youth: part 1- etiology, diagnosis, and comorbidity. *Pediatrics & Child Health*, 23(7), 447-453.
38. Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD-review of existing evidence. *Curr Psychiatry Rep*, 19(1), 1-8.
39. 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. *Proceedings of National Academy of Sciences*, 104(49), 19649-19654.
40. Keser, N., Kapıcı, E.G., Özer, A. (2012). Çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun incelenmesi: aracı ve etkileşim değişkenleri ile bir model testi. *New/Yeni Symposium Journal*, 50(1), 13-22.
41. McGough, J.J. (2014). *Etiology and Neurobiology*. Oxford: Oxford University Press.
42. Okano, L., Ji, Y., Riley, A.W., Wang, X. (2019). Maternal psychosocial stress and children's ADHD diagnosis: a prospective birth cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 40(3), 217-225.
43. Gül, H., Öncü Çetinkaya, B. (2018). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etyolojisinde çevresel etkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 138-175.
44. Wolraich, M.L., Chan, E., Froehlich, T., Lynch, R.L., Bax, A., Redwine, S. T., vd. (2019). ADHD diagnosis and treatment guidelines: a historical perspective. *Pediatrics*, 144(4), 1-9.
45. Maxwell, A.C. (2013). Functionality of the ADHD individual: the disadvantages and benefits of stimulant treatment. İçinde R. Thompson ve N. J. Miller (Ed.), *ADHD*. New York: Nova Science Publishers; 1-33.
46. Hill, P. (2017). Medication: the drugs available to treat. İçinde H. Valerie (Ed.), *The Management of ADHD in Children and Young People*. London: Mac Keith Press; 83-102.
47. Pliszka, S.R., Carlson, C.L., Swanson, J.M. (1999). *ADHD with Comorbid Disorders: Clinical Assessment and Management*. New York: The Guilford Press.
48. Schoenfelder, E.N., Sasser, T. (2016). Skills versus pills: psychosocial treatments for ADHD in childhood and adolescence. *Pediatric Annals*, 45(10), 367-72.
49. Gallagher, R., Feder, M.A. (20189). Adult ADHD: psychosocial treatment components and efficacy status. *Psychiatric Annals*, 48(7), 333-337.
50. Yıldız Gündoğdu, Ö., Varol Taş, F., Yıldırım Özyurt, E., Dönder, F., Çakın Memik, N. (2016). Okul öncesi dönemde DEHB: psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 143-155.
51. Selikowitz, M. (2009). *ADHD: The Facts*. Oxford: Oxford University Press.
52. Lewis, C. (2005). Parenting and the family. İçinde B. Hopkins (Ed.), *The Cambridge Encyclopedia of Child Development*. Cambridge: Cambridge University Press; 340-343.
53. Grolnick, W.S. (2003). *The Psychology of Parental Control : How Well-meant Parenting Backfires*. United Kingdom: Psychology Press.

54. Sayıl, M., Kındap Tepe, Y. (2016). *Ana baba ergen ilişkilerinde kontrol, özerklik ve çatışmanın sosyal alan kuramı ve sosyal değişim bağlamında incelenmesi: Ebeveyn ve ergen açısından sonuçlar*. Project granted by The Scientific and Technological Research Council of Turkey (Project Number: SOBAG 113K208).
55. Steinberg, L., Silverberg, S.B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Development*, 57(4), 841-851.
56. Köknel, Ö. (1998). *Zorlanan İnsan*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
57. Sözüer, M.C. (2019). *Psikoloji lisans ve klinik psikoloji yüksek lisans öğrencilerinde stres, stresle baş etme ve kişilik özelliklerinin ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
58. Le Moal, M. (2007). Historical approach and evolution of the stress concept: a personal account. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 3-9.
59. Hisli Şahin, N. (2010). *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
60. Cannon, B. (1994). Walter Bradford Cannon: Reflections on the man and his contributions. *International Journal of Stress Management*, 1(2), 145-158.
61. Goldstein, D.S., Kopin, I.J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), 109-120.
62. Cenkseven Önder, F., Uktan, Ç. (2018). Bilinçli farkındalık ve algılanan stres ilişkisinde ruminasyon ve olumsuz duygu düzenlemenin aracı rolü. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(3), 1004-1019.
63. Yerlikaya, E.E. (2009). *Üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algılanan stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
64. Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept: the originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatonic hormones. *American Scientists*, 61(6), 692-699.
65. Baltaş, A., Baltaş, Z. (1988). *Stres ve Başa Çıkma Yolları* (6. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
66. Fleming, R., Baum, A., Singer, J.E. (1984). Toward an integrative approach to the study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 939-949.
67. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping* (11. basım). New York: Springer.
68. Aldwin, C.M. (2007). *Stress, Coping and Development* (2. Basım). New York: The Guilford Press.
69. Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. Cambridge: Academic Press.
70. Bayezid, G. (2000). Bastırma duyarlılık ölçeğini türk kültürüne uyarlama çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13(2), 99-106.
71. Coyne, J.C., Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
72. Altunkol, F. (2017). *Bilişsel esneklik eğitim programının lise öğrencilerinin bilişsel esneklik ile algılanan stres düzeylerine ve stresle başa çıkma tarzlarına etkisi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
73. Beck, J.S. (2019). *Bilişsel Davranışçı Terapi*. 2. Basımdan Çeviri. (M. Şahin ve I. T. Cömert, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal eserin yayın tarihi 2011).
74. Karakaya, I., Coşkun, A., Ağaoğlu, B., Öç, Ö.Y., Memik, N.Ç., Şişmanlar, Ş.G., vd. (2007). Çocukluktaki olumsuz düşünceleri değerlendirme ölçeği geçerlik güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 1-8.
75. Leung, P.W.L., Wong, M.M.T. (1998). Can cognitive distortions differentiate between internalising and externalising problems?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 263-269.
76. Tekgül, N. (2015). *Ergenlik döneminde bilişsel odaklı psikoeğitim programının kaygı düzeyi, akademik başarı ve bilişsel hatalar ile etkileşiminin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
77. Miller, C.J., Brooker, B. (2017). Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 108-115.
78. Palma, S.M.M., Natale, A.C.M.P., Maria Calil, H. (2015). A four-year follow-up controlled study of stress response and symptom persistence in Brazilian children and adolescents with attention deficit disorder and hyperactivity (ADHD). *Psychiatry Research*, 230(2), 227-232.
79. Vogel, S.W.N., Bijlenga, D., Verduijn, J., Bron, T.I., Beekman, A.T.F., Kooij, J.J.S., vd. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and stress-related biomarkers. *Psychoneuroendocrinology*, 79, 31-39.
80. Hirvikoski, T., Lindholm, T., Nordenström, A., Nordström, A.L., Lajic, S. (2009). High self-perceived stress and many stressors, but normal diurnal cortisol rhythm, in adults with ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder). *Hormones and Behavior*, 55(3), 418-424.

81. Harrison, A.G., Alexander, S.J., Armstrong, I.T. (2013). Higher reported levels of depression, stress, and anxiety are associated with increased endorsement of adhd symptoms by postsecondary students. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(3), 243-260.
82. Salla, J., Galéra, C., Guichard, E., Tzourio, C., Michel, G. (2017). ADHD symptomatology and perceived stress among french college students. *Journal of Attention Disorders*, 23(14), 1711-1718.
83. Combs, M.A., Canu, W.H., Broman-Fulks, J.J., Rocheleau, C.A., Nieman, D.C. (2015). Perceived stress and ADHD symptoms in adults. *Journal of Attention Disorders*, 19(5), 425-434.
84. Gbessemehlan, A., Arsandaux, J., Orri, M., Montagni, I., Macalli, M., Tournier, M., vd. (2020). Perceived stress partially accounts for the association between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and suicidal ideation among students. *Psychiatry Research*, 291, 113284.
85. Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
86. Kristensen, H.A., Parker, J.D.A., Taylor, R.N., Keefer, K.V., Kloosterman, P.H., Summerfeldt, L.J. (2014). The relationship between trait emotional intelligence and ADHD symptoms in adolescents and young adults. *Personality and Individual Differences*, 65, 36-41.
87. Al-Yagon, M., Lachmi, M., Shalev, L. (2020). Coping strategies among adults with ADHD: the mediational role of attachment relationship patterns. *Research in Developmental Disabilities*, 102, 103657.
88. Overbey, G.A., Snell, W.E., Callis, K.E. (2011). Subclinical ADHD, stress, and coping in romantic relationships of university students. *Journal of Attention Disorders*, 15(1), 67-78.
89. Wong, I.Y.T., Hawes, D.J., Dar-Nimrod, I. (2019). Illness representations among adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: associations with quality of life, coping, and treatment adherence. *Heliyon*, 5(10), e02705.
90. Gau, S.S.F., Chang, J.P.C. (2013). Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1581-1594.
91. Brown, R.T., Pacini, J.N. (1989). Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 22(9), 581-587.
92. Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porras-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., Colmenero, S.P., vd. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166-172.
93. Ghanizadeh, A., Shams, F. (2007). Children's perceived parent-child relationships and family functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 29(3), 1-11.
94. Climie, E.A., Mitchell, K. (2017). Parent-child relationship and behavior problems in children with ADHD. *International Journal of Developmental Disabilities*, 63(1), 27-35.
95. Johnston, C., Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
96. Shaw, D.S., Owens, E.B., Giovanelli, J. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 36-43.
97. Kaplan, B.J., Crawford, S.G., Fisher, G.C., Dewey, D.M. (1998). Family dysfunction is more strongly associated with ADHD than with general school problems. *Journal of Attention Disorders*, 2(4), 209-216.
98. Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 85-104.
99. Park, J.L., Hudec, K.L., Johnston, C. (2017). Parental adhd symptoms and parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 56, 25-39.
100. Lee, P., Lin, K., Robson, D., Yang, H., Chen, V.C., Niew, W. (2013). Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 656-668.
101. Maric, M., Bögels, S.M. (2019). Parenting behaviors associated with youth AD diagnosis vs. youth ADHD diagnosis. *The European Journal of Psychiatry*, 33(1), 17-23.
102. Pettit, G.S., Bates, J.E., Dodge, K.A. (1997). Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: a seven-year longitudinal study. *Child Development*, 68(5), 908-923.
103. Siu, A.F.Y., Lo, J.W.K. (2020). Promising effect of a family rugby programme for children with ADHD: promoting parent-child relationship and perceptual change on child's behaviors. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101135.
104. Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal*, 51(3), 132-140.

105. Ayan, M. (2015). *Lisans yerleştirme sınavına (LYS) hazırlanan öğrencilerin stres, sınav kaygısı ve tükenmişlik durumlarının beslenme alışkanlıkları ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
106. Bedel, A., Küçükköse, İ. (2014). Lise öğrencilerinde kişiler arası sorun çözme ve stresin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(3), 15-28.
107. Demir, M. (2019). *Lise öğrencilerinin problem çözme becerileri, algılanan stres ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.
108. Kaya, M. (2018). *Yaratıcı dramının stresle başetmeye etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
109. Uyan, A. (2014). *Ergenlerde algılanan stres ve sosyal destek arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
110. Şahin, N.H., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
111. Yöndem, Z.D., Totan, T. (2008). Ergenlerde zorbalık ve stresle baş etme. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, 28-37.
112. Karahan, T.F., Eplikoç, H., Dicle, A.N. (2007). Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzlarının sosyal beceri düzeylerine ve mutluluk algılarına göre incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilim Fakültesi Dergisi*, 40(2), 41-61.
113. Aydın, A. (2006). *Ergenlerde sosyal anksiyete belirtilerini azaltmaya yönelik bilişsel-davranışçı bir müdahale programının etkililiğinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
114. Aydın, F. (2018). *Ergenlerde mantıkdışı inançların anne baba davranışlarıyla ilişkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
115. Dereboy, Ç., Şenol, S., Şener, Ş., Dereboy, F. (2007). Connors kısa form öğretmen ve ana baba derecelendirme ölçeklerinin geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 45-58.
116. George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Boston: Pearson.
117. Hamarta, E., Arslan, C., Saygın, Y., Özyeşil, Z. (2009). Benlik saygısı ve akılcı olmayan inançlar bakımından üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yaklaşımlarının analizi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(18), 25-42.
118. Lin, T.E., Lian, T.C. (2010). The relationship between perceived parenting styles and stress levels among Malaysian secondary school students. *Sunway Academic Journal*, 7, 89-104.
119. Frick, M.A., Meyer, J., Isaksson, J. The role of comorbid symptoms in perceived stress and sleep problems in adolescent ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*. doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01320-z>.
120. Misra, R., McKean, M., West, S., Russo, T. (2000). Academic stress of college students: comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal*, 34, 236-245.
121. Aysan, F., Özben, Ş. (2004). Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlının kullandığı başa çıkma stratejileri. *Ege Eğitim Dergisi*, 2(5), 1-12.
122. Tutuş, A. (2019). *11- 14 yaş arasında olan ergenlerin stresle başa çıkma tarzları ve bilişsel esneklik düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çağ Üniversitesi, Mersin.
123. Güven, H.İ. (2019). *Üniversite öğrencilerinin bilişsel çarpıtma düzeyleri, stresle başa çıkma stratejilerinin psikolojik dayanıklılık üzerindeki rolü* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
124. Demircioğlu, H. (2014). Lise öğrencilerinin stresle başetme stratejileri. *The Journal of Academic Social Sciences*, 7, 385-392.
125. Alizadeh, H., Andries, C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child and Family Behavior Therapies*, 24(3), 37-52.
126. Mazur, E., Wolchik, S.A., Virdin, L., Sandler, I.N., West, S.G. (1999). Cognitive moderators of children's adjustment to stressful divorce events: the role of negative cognitive errors and positive illusions. *Child Development*, 70(1), 231-245.
127. Eryılmaz, D.A. (2009). Ergenlik döneminde stres ve başa çıkma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 20-37.
128. Savcı, M., Aysan, F. (2014). Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3, 44-56.
129. Ball, K., Lee, C. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 71-81.

130. Lewis, R., Frydenberg, E. (2004). Adolescents least able to cope: how do they respond to their stresses? *British Journal of Guidance and Counselling*, 32(1), 25-37.
131. Manti, P., Mastrogiannis, D., Mantzourou, M., Adamakidou, T., Mantoudi, A., Stefanidou, S., vd. (2022). Stress levels and coping strategies among undergraduate nursing students in Greece during economic recession: a cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 60, 103299.
132. Alkan, N. (2004). *Cognitive appraisals, emotion, and coping: a structural equation analysis of the interactional model of stress and coping* (Yayımlanmamış doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
133. Çetin Özden, E. (2010). *Polis meslek yüksekokulu öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
134. Tekin, E., Yazgan Çilesiz, Z., Gede, S. (2019). Farklı meslek gruplarında çalışanların algılanan stres düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerine bir araştırma. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 79-89.
135. Bulut, M., Mercan, N., Yüksel, Ç. (2020). Bilişsel çarpıtma düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişki: sistematik derleme. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 215-226.
136. Belova, A., Sabirova, E., Malykh, S. (2014). The linkage between stressful life events, emotional intelligence, cognitive errors and depressiveness in adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 146, 105-111.
137. Khalid, A., Zhang, Q., Wang, W., Ghaffari, A.S., Pan, F. (2019). The relationship between procrastination, perceived stress, saliva alpha-amylase level and parenting styles in Chinese first year medical students. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 489-498.
138. Utari, I.N.D., Hamid, A.Y.S. (2021). Academic stress in adolescent students of an islamic-based school: the correlation with parenting style and spirituality. *Journal of Public Health Research*, 10(1), doi:10.4081/jphr.2021.2330.
139. Özdemir, E., Yalçın, H. (2021). Anne-baba tutumlarının ergenlerdeki depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7, 229-248.
140. Gouveia, M.J., Carona, C., Canavarro, M.C., Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: the mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*, 7(3), 700-712.
141. Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. İçinde J. Brooks-Gun, R. M. Lerner ve A. C. Petersen (Ed.), *The Encyclopedia on Adolescence*. New York: Garland Publishing; 746-758.
142. Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
143. Dusek, J., Danko, M. (1994). Adolescent coping styles and perceptions of parental child rearing. *Journal of Adolescent Research*, 9(4), 412-426.
144. Wolfradt, U., Hempel, S., Miles, J.N.V. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 521-532.
145. Shucksmith, J., Hendry, L.B., Glendinning, A.J. (1995). Models of parenting: implications for adolescent well-being within different types of family contexts. *Journal of Adolescence*, 18, 253-270.
146. Hardy, D.F., Power, T.G., Jaedicke, S. (1993). Examining the relation of parenting to children's coping with everyday stress. *Child Development*, 64(6), 1829-1841.
147. Özyürek, Ö. (2019). *Özgül öğrenme güçlüğü tanısı olan bir grubun belirti şiddeti, annelerinin ebeveynlik tarzlarına dair çocukların algıları, annelerin stresle başa çıkma, ebeveynlik yetkinliği ve ödev çatışması açısından, kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
148. Smith Bynum, M., Brody, G.H. (2005). Coping behaviors, parenting, and perceptions of children's internalizing and externalizing problems in rural african american mothers. *Family Relations*, 54, 58-71.
149. Tein, J.Y., Sandler, I.N., Zautra, A.J. (2000). Stressful life events, psychological distress, coping, and parenting of divorced mothers: a longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 27-41.
150. McIntyre, J.G., Dusek, J.B. (1995). Perceived parental rearing practices and styles of coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(4), 499-509.
151. Steele, R.G., Forehand, R., Armistead, L. (1997). The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(2), 83-94.
152. Eisenberg, N., Fabes, R.A., Murphy, B.C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67(5), 2227-2247.

153. Bedel, A., Ulubey, E. (2015). Ergenlerde başa çıkma stratejilerini açıklamada bilişsel esnekliğin rolü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55), 291-300.
154. Demirtaş, A.S. (2019). Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma stratejileri: bilişsel esneklik ve öz-düzenlemenin rolü. *Turkish Studies-Social Sciences*, 14(3), 447-464.
155. Basut, İ. (2020). *Üniversite öğrencilerinin bilişsel esneklik düzeylerinin damgalama ve psikolojik iyi olma açısından incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çağ Üniversitesi, Mersin.
156. Türküm, S. (2001). Stresle başa çıkma biçimi, iyimserlik, bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiler: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2), 1-16.
157. Kaya, İ. (2020). Ergenlerde akademik başarıya ilişkin bilişsel çarpıtmalar ile algılanan anne baba tutumu arasındaki ilişki. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16, 5565-5584.
158. Aydın, Y. (2017). *Yetişkinlerin stres düzeyleri ve stresle baş etme yolları ile sergilenen dikkat eksikliği belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Toros Üniversitesi, Mersin.
159. Hamilton, S.L., Baraldi, A., Kennison, S.M. (2021). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, perceived stress, and resilience in college students. *Journal of College Counseling*, 24(1), 49-62.
160. Barra, S., Grub, A., Roesler, M., Retz-Junginger, P., Philipp, F., Retz, W. (2021). The role of stress coping strategies for life impairments in ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 981-92.
161. Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809-816.
162. Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., Desman, C. (2008). Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 427-436.
163. Babb, K.A., Levine, L.J., Arseneault, J.M. (2010). Shifting gears: coping flexibility in children with and without ADHD. *International Journal of Behavioral Development*, 34(1), 10-23.
164. Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A.E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö., Türkbay, T. (2008). DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 217-223.
165. Tancred, E.M., Greeff, A.P. (2015). Mothers' parenting styles and the association with family coping strategies and family adaptation in families of children with ADHD. *Clinical Social Work Journal*, 43(4), 442-451.
166. Borg, S. (2009). ADHD and problem-solving in play. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 14(4), 325-336.
167. Burke, J.D., Pardini, D.A., Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 679-692.
168. Cop, E., Cengel Kultur, S.E., Senses Dinc, G. (2017). Association between parenting styles and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*, 28(1), 25-32.
169. Ertuğrul, G., Toros, F. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumu ve ebeveynlerinin evlilik uyumları arasındaki ilişki. *New/Yeni Symposium Journal*, 48(3), 172-183.
170. Guzel, H.S., Guney, E., Senses Dinc, G. (2018). Assessment of perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment levels of children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(1), 50-60.
171. Durukan, İ., Erdem, M., Türkbay, T., Cöngöloğlu, M.A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların klinik belirtilerinin annelerinin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51, 101-104.
172. Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O.C., Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European Journal of Pediatrics*, 171(2), 271-280.
173. Çolak, M., Şireli Bingöl, Ö., Esenkaya Usta, Z., Kılıç, B.G. (2020). Association of attention deficit hyperactivity disorder symptoms of parents with parental attitudes. *Journal of Academic Research in Medicine*, 10(3), 258-263.
174. Edwards, G.A., Barkley, R.A., Laneri, M., Fletcher, K., Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 557-572.
175. Ellis, B., Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(2), 146-154.

176. Mokrova, I., O'Brien, M., Calkins, S., Keane, S. (2010). Parental ADHD symptomology and ineffective parenting: the connecting link of home chaos. *Parenting*, 10(2), 119-135.
177. Hollon, S.D., Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395.
178. Castagna, P.J., Calamia, M., Davis, T.E. (2017). Childhood ADHD and negative self-statements: important differences associated with subtype and anxiety symptoms. *Behavior Therapy*, 48(6), 793-807.



EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAşTIRMANIN AÇIK ADI	"DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde stresle başa çıkma tarzlarının bilişsel hatalar ve algılanan ana baba davranışları ile ilişkisinin incelenmesi"			
VARSA ARAşTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:			
	TELEFON			
	FAKS			
	E-POSTA			
BAşVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAşTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. �zalp EKİNCİ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAşTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Psikiyatri		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAşTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erenköy Ruh ve Sinir HEAH		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAşTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç �alışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		�n vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme �alışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☒	
Diğer ise belirtiniz				
ARAşTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Bülent Kadri G LTEK N
İmza:

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		“DEHB tanısı olan ve olmayan ergenlerde stresle başa çıkma tarzlarının bilişsel hatalar ve algılanan ana baba davranışları ile ilişkisinin incelenmesi”			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SIGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	DİĞER:	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 7		Tarih: 03.02.2020		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN	Halk Sağlığı/ Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E (X) K ()	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E (X) K ()	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Doç. Dr. E. Emrem BEŞTEPE	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E () K (X)	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Doç. Dr. S. Fusun DOMAÇ	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E () K (X)	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Doç. Dr. Yusuf Özay ÖZDEMİR	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E (X) K ()	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Doç. Dr. Filiz İZCİ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E () K (X)	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Doç. Dr. Özalp EKİNCİ	Çocuk Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E (X) K ()	E () H ()	E () H ()	E () H ()	
Doç. Dr. Alper YILDIRIM	Fizyoloji	Marmara Üniversitesi	E (X) K ()	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Doç. Dr. Neslihan AKKIŞI KUMSAR	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E () K (X)	E (X) H ()	E () H ()	E () H ()	
Doç. Dr. Merih ALTINTAŞ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E () K (X)	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Prof. Dr. Rezzan GÜLHAN(AKER)	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E () K (X)	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Uzm. Dr. Mustafa ÜLKER	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E (X) K ()	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Şule YILMAZ	Hukuk	Serbest Avukat	E () K (X)	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Taşkın AZIZAĞAOĞLU	Hukuk	Serbest Avukat	E (X) K ()	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	
Zeynep Bakiye ERGİN	Sivil Üye	-----	E () K (X)	E () H (X)	E () H (X)	E () H (X)	

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN

İmza:

EK-2.İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzni Belgesi

30/10/2020 12425



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 15916306-604.01.01
Konu : Sümeyye ÇETİN'in Tez Başvurusu Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 04/09/2020 tarihli ve 71211201-5867 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyye ÇETİN'in "**DEİİB tanısı olan ve olmayan ergenlerde stresle başa çıkma tarzlarının bilişsel hatalar ve algılanan ana baba davranışları ile ilişkinin incelenmesi**" başlıklı tezin saha çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD) ve doküman halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta:

İnt.Adresi:

Bilgi için:Cemile ÖZASLAN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No:

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda stresle başa çıkma tarzları ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın konusu “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Ergenlerde Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Bilişsel Hatalar ve Algılanan Ana-Baba Davranışları ile İlişkisinin İncelenmesi”dir. Çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmasını istiyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamasına karar vermekte serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmasını isterseniz formu imzalayabilirsiniz. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtileriyle ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur. Bu belirtiler gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplumsal ve okulla ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, en az 2 ortamda (ev, okul, işyeri, arkadaşlar/akrabalar arasında, diğer etkinlikler sırasında) görülen, en az 6 ay süren bir örüntüye sahiptir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı olan bireyler ile tanısı olmayan bireylerin stresle başa çıkmada farklı yöntemler kullanabilecekleri bilinmektedir. Bilişsel hatalar her insanda çeşitli yoğunlukta görülen kendisini, başkalarını ve çevresini algılamak için kullandıkları kestirme yollar ve inançlar olarak tanımlanabilir. DEHB tanısı olan ergenlerde bu özelliklerin incelenmesiyle ilgili yeterli sayıda araştırma yapılmamıştır. Bu çalışma, DEHB tanısı olan ergenlerin kullandıkları stresle başa çıkma tarzlarının bilişsel hatalar ve algılanan ana-baba davranışları ile ilişkisine ışık tutacak ve bu özellikler açısından DEHB tanısı olan ve olmayan ergenler arasında fark olup olmadığı incelenecektir. Bu çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ayaktan başvuran ve klinisyen tarafından yapılan görüşmede DSM-5 tanı kriterlerine göre Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 64 hasta dahil edilecektir. Kontrol gurubuna ise hastalarla sosyodemografik olarak uyumlu olacak şekilde 64 olgu alınacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çocuğunuza sosyal ilişkilerine yönelik sorular yöneltilecek ve ona en uygun olan yanıtı vermesi istenecektir. Anketleri doldururken ad, soyad, telefon numarası gibi kişisel bilgiler yazması gerekmemektedir. Sadece yaşını ve cinsiyetini belirtmesi yeterlidir. Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir. Ebeveyn Beyanı Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada çocuğumun katılımcı (gönüllü) olarak yer alması kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Ebeveyn Adı, soyadı:

Adres:

İmza:

EK-4.Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız	
2. Sınıfınız	
3. Cinsiyetiniz:	Kız ☐ Erkek ☐
4. Kiminle yaşıyorsunuz?	Anne ve babamla birlikte ☐ Annemle ☐ Babamla ☐ Akrabamla ☐ Diğer(belirtiniz) ☐
5. Anne-babanızla ilgili uygun seçeneği işaretleyiniz:	Berberler ☐ Boşandılar ☐ Ayrı yaşıyorlar ☐ Annem hayatta değil ☐ Babam hayatta değil ☐
6. Anneniz ya da babanızı kaybettiyseniz, vefat ettiklerinde kaç yaşındaydınız?	
7. Kaç kardeşiniz? (sizinle birlikte)	
8. Ailenizde kaçınıcı çocuksunuz?	
9. Annenizin öğrenim durumunu belirtiniz	Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐
10. Babanızın öğrenim durumunu belirtiniz	Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐
11. Anneniz çalışıyor mu? (evetse mesleğini yazınız)	Evet ☐ Hayır ☐
12. Babanız çalışıyor mu? (evetse mesleğini yazınız)	Evet ☐ Hayır ☐
13. Ailenizin aylık geliri ne düzeyde?	Yüksek ☐ Ortanın üstü ☐ Orta ☐ Düşük ☐ Çok düşük ☐
14. Daha önce herhangi psikolojik/psikiyatrik bir sorundan dolayı yardım aldınız mı?	Evet ☐ Hayır ☐ Cevabınız Evet ise sebebini yazınız? Ne zaman? Ne kadar sürdü?
15. Ailenizde herhangi bir psikolojik/psikiyatrik sorunu olan var mı?	Evet ☐ Hayır ☐ Cevabınız Evet ise kim? Eğer biliyorsanız sorunun ne olduğunu kısaca yazınız

EK-5.Algılanan Stres Ölçeği

	Hiçbir zaman	Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Oldukça sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendiniz ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

EK-6.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA;	Sizi ne kadar tanımlıyor?			
	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm.				
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK-7.Çocuklar İçin Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği

EK-4: ÇOCUKLAR İÇİN OLUMSUZ BİLİŞSEL HATALAR ÖLÇEĞİ (ÇOBHÖ)

Aşağıda gençlerin karşılaşılabilecekleri bazı durumlar anlatılmaktadır. Her durumun ardından aklınızdan geçebilecek bazı düşünceler yazılmıştır. Her bir durumu okuduktan sonra daha önce hiç yaşamamış olsanız bile bu durumda olduğunuzu hayal edin ve buradaki düşüncelerin sizin düşüncelerinize ne kadar benzediğini işaretleyin.

- 1- Arkadaşlarından birini gece sizde kalması için evinize davet ediyorsun. Başka bir arkadaşın bunu öğreniyor. “Onu çağırmadığım için bana çok kızacak ve asla bir daha benimle arkadaşlık etmek istemeyecek” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

- 2- Sizin sınıf, içinde senin de bulunduğun 4 kişilik takımla bayrak yarışına katılıyor. Sizin takım kaybediyor. “Ben biraz daha hızlı koşsaydım yarışı kaybetmeyebilirdik” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

- 3- Okul basketbol takımı için yapılan seçmelere katılıyorsun. Dört kez basket atmaya çalışıyorsun. İkisi sayı oluyor, ikisi potaya girmiyor. “Ne kadar kötü oynadım” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

- 4- Senin içinde bulunduğun takım sınıfta düzenlediğiniz bir bilgi yarışmasında kaybediyor. Diğer takım ise kolayca kazanıyor. “Daha akıllı olsaydım, bizim takım kaybetmeyebilirdi” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

- 5- Arkadaşlarından bazıları okul voleybol takımı için yapılan seçmelere katılıp katılamayacağını soruyor. Geçen yıl seçmelere katılmış fakat takıma girmeyi başaramamıştın. “Seçmelere katılmama ne gerek var ki, geçen yıl başaramamıştım” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

- 6- Matematik ödevin hakkında konuşmak için sizin sınıftan bir çocuğa telefon ediyorsun. Telefonda “şimdi seninle konuşamam çünkü babamın telefonla konuşması gerekiyor” diyor. “Benimle konuşmak istemedi” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

- 7- Sen ve üç arkadaşın grup halinde çalıştığınız dönem ödevini tamamladınız. Öğretmeniniz ödevin çok iyi olmadığını düşündüğü için sizin gruba düşük bir not verdi. “Bu kadar kötü bir ödev hazırlamasaydım hepimiz daha iyi not alabilirdik” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

- 8- Sizin sınıftan bir çocuğun doğum günü olduğunda öğretmen bu çocuğun bir arkadaşıyla yarım saat oynamasına izin veriyor. Geçen hafta bir arkadaşının doğum günüydü ve sınıftan birini seçerek oyun oynadı. ?imdi de doğum günü olan bir başka arkadaşın içinizden birini seçecek. “beni kimse seçmez” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

- 9- Voleybol takımındasın ve antrenman yapıyorsunuz. Antrenörünüz çalışmadan sonra seninle konuşmak istediğini söylüyor. “Benim oyunumdan memnun olmadığı için artık beni takımda istemiyor” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

- 10- Arkadaşlarından biri ile bir doğum gününe gidiyorsun. Arkadaşın senin oraya ilk gidişin olmasına rağmen senden çok başkalarıyla takılıyor. Daha sonra arkadaşınla eve gitmeden önce onun evinde bir şeyler atıştırmaya karar veriyorsunuz. Akşam olduğunda “galiba arkadaşım bu gün benimle takılmaya pek istekli değildi” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

- 11- Türkçe ödevini evde unuttun. Öğretmen ödevleri teslim etmenizi istiyor. “Öğretmen ödevi umursamadığımı düşünecek ve Türkçe’den geçemeyeceğim” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

- 12- Geçen dönem son matematik sınavına kadar derslerin iyi gidiyordu. Sınavda çok düşük bir not aldın. “Okul boş yere vakit kaybı” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

- 13- Basketbol oynuyorsun ve beş basket atıyorsun ama çok kolay bir atışı kaçırıyorsun. Oyundan sonra “çok kötü oynadım diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
-------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

14- Geçen hafta tarih sınavın vardı ve sınavda çalıştığım bazı şeyleri unuttun. Bu gün matematik sınavınız var ve öğretmen sınav kağıtlarını dağıtıyor. “Bu sınavda da geçen hafta olduğu gibi çalıştığım şeyleri unutacağım” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

15- Bütün günü arkadaşının evinde geçirdin. Ayrılmadan önceki son saatlerde gerçekten çok sıkıldın. “Bu gün hiç eğlenmedik” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

16- Yüzme dersleri alıyorsun. Yüzme öğretmeni henüz gruptan hiç kimsenin yeni bir stil öğrenmeye hazır olmadığını söylüyor. “Eğer hızlı yüzmeyi daha çabuk öğrenseydim başkalarına engel olmayabilirdim” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

17- Matematik dersinde yeni bir konuya geçeceksiniz. Son öğrendiğiniz konu gerçekten çok zordu. Matematik dersine girerken “son konu çok zordu, bu konuyu öğrenmede de güçlük çekeceğimi biliyorum” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

18- Komşularınızdan birine yardımcı olmak için okuldan sonra çalışmaya başladın. Bu nedenle bu hafta iki kez arkadaşlarınla birlikte bisikletle gezmeye gidemedin. Arkadaşlarını bisikletle gezmeye giderken görünce “böyle giderse kimse benimle bir şey yapmak istemeyecek” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

19- Geçen hafta sizin sınıftan bir çocuk doğum günü partisi düzenledi ve sen çağırılmadın. Bu hafta, sınıftan başka bir çocuğun birine “birkaç kişi toplanıp sinemaya gidelim dediğini duydun. “Geçen hafta olduğu gibi yine beni çağırmayacaklar” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

20- Kendi isteğinle notunu yükseltmek için bir ödev hazırlayıp sınıfta anlattın. Ertesi ders öğretmenin ödevin hakkında konuşmak istediğini söyledi. “Öğretmen, ödevimin çok kötü olduğunu, bu nedenle de düşük bir not vereceğini söyleyecek” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

21- İki arkadaşınla birliktesin. Bu hafta sonu birlikte sinemaya gitmeyi teklif ediyorsun. Her ikisi de gelemeyeceğini söylüyor. “Herhalde benimle gitmek istemiyorlar” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

22- Arkadaşın, bisikletle yapılan bir maratona katılmak ister misin diye sormak için telefon ediyor. “Herhalde yarışı tamamlayamam ve insanlar benimle dalga geçerler” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

23- Sizin takım İngilizce doğru yazma yarışmasında kaybetti. Takımın en son yarışmacısı sendin. 4 kelimeyi doğru yazdın, yalnızca son kelime hata yaptın. Yerine oturduğunda “ben İngilizce yazmayı beceremiyorum” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

24- Geçen hafta basketbol oynadın ve iki kez sana verilen pası kaçırdın. Bu gün sınıftan bazı çocuklar “voleybol oynar mısın” diye soruyorlar. Sen “oynamamın hiçbir anlamı yok, ben sporda iyi değilim” diye düşünüyorsun.

Tamamen aynı düşünürüm ()	Çok benzer düşünürüm ()	Oldukça benzer düşünürüm ()	Biraz benzer düşünürüm ()	Hiç böyle düşünmem ()
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

EK-8.Leuven Algılanan Baba Davranışları Ölçeği

Aşağıda BABANIZIN size yönelik bazı davranışları yer almaktadır. Her maddeyi okuyunuz ve BABANIZA uygunluğu açısından değerlendiriniz.

	1- Hiç doğru değil	2- Genellikle doğru değil	3- Biraz doğru	4- Genellik le doğru	5- Her zaman doğru
1. Onunla endişelerim hakkında konuştuktan sonra kendimi daha iyi hissedirim.					
2.					
3.					
4.					
5. Hoşlandığım her şeyi yapmama izin verir.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10. Benimle ilgilenir ve bana özen gösterir.					
11.					
12.					
13.					
14. Ona sormadan dilediğim her yere gitmeme izin verir.					
15.					
16.					
17.					
18. Onu hayal kırıklığına uğrattığımda, benimle yüz yüze gelmekten kaçınır.					
19.					

EK-9. Leuven Algılanan Anne Davranışları Ölçeği

Aşağıda ANNENİZİN size yönelik bazı davranışları yer almaktadır. Her maddeyi okuyunuz ve ANNENİZE uygunluğu açısından değerlendiriniz.

	1- Hiç doğru değil	2- Genellikle doğru değil	3- Biraz doğru	4- Genellikle doğru	5- Her zaman doğru
1. Onunla endişelerim hakkında konuştuğundan sonra kendimi daha iyi hissedirim.					
2.					
3.					
4.					
5. Keyifsiz olduğumda beni neşelendirir.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11. Benimle ilgilenir ve bana özen gösterir.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16. Bir şeyi onun gördüğü gibi görmezsem bana uzak davranır.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21. Beni kendisinden bağımsız davranmaya cesaretlendirir.					

EK-10.Leuven Algılanan Anne-Baba Davranışları Ölçeği Ebeveyn Sürümü

		Hiç doğru değil (1)	Genellikle doğru değil (2)	Biraz doğru (3)	Genellikle doğru (4)	Her zaman doğru (5)
1.						
2.	Ona sık sık gülümserim.					
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.	Morali bozuk olduğunda kendisini daha iyi hissetmesini sağlayabilirim.					
9.						
10.						
11.	Ona istediği kadar özgürlük tanırım.					
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.	Hoşlanmadığım bir şey yaparsa ona soğuk ve ters davranırım.					
21.						
22.						
23.						
24.	Çocuğumu benden bağımsız davranmaya cesaretlendiririm.					

EK-11. Conner's Derecelendirme Ölçeği Ebeveyn Formu

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1. Eli boş durmaz, sürekli bir şeylerle oynar (<i>Turnak, parmak, giysi</i> gibi).	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6. Bir şeyler çiğner veya emer (<i>parmak, giysi, örtü</i> <i>gibi</i>).	0	1	2	3
7.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10. Zor öğrenir.	0	1	2	3
11. Kıpır kıpırdır, tez canlıdır.	0	1	2	3
12.	0	1	2	3
13.	0	1	2	3
14.	0	1	2	3
15.	0	1	2	3
16.	0	1	2	3
17.	0	1	2	3
18.	0	1	2	3
19.	0	1	2	3
20. Kavgacıdır.	0	1	2	3
21.	0	1	2	3
22.	0	1	2	3
23.	0	1	2	3
24.	0	1	2	3
25. Başladığı işin sonunu getiremez.	0	1	2	3
26.	0	1	2	3
27.	0	1	2	3
28.	0	1	2	3

29.	0	1	2	3
30. Dikkati kolay dağılır ya da uzun süre dikkatini toplayamaz.	0	1	2	3
31.	0	1	2	3
32.	0	1	2	3
33.	0	1	2	3
34.	0	1	2	3
35.	0	1	2	3
36.	0	1	2	3
37. Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
38.	0	1	2	3
39.	0	1	2	3
40.	0	1	2	3
41.	0	1	2	3
42.	0	1	2	3
43.	0	1	2	3
44.	0	1	2	3
45. Övünür, böbürlenir.	0	1	2	3
46. İtilip, kakılmaya müsaittir.	0	1	2	3
47.	0	1	2	3
48.				

EK-12. Conners' Derecelendirme Ölçeği Öğretmen Formu

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her Zaman
1. Kıpır kıpırdır yerinde duramaz	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3
7. Dikkati dağınıktır, uzun sürmez.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10.	0	1	2	3
11.	0	1	2	3
12.	0	1	2	3
13.	0	1	2	3
14. Hareketlidir. Dur otur bilmez.	0	1	2	3
15.	0	1	2	3
16.	0	1	2	3
17.	0	1	2	3
18.	0	1	2	3
19. Oyun kurallarına uymaz, mızıkçıdır.	0	1	2	3
20.	0	1	2	3
21.	0	1	2	3
22.	0	1	2	3
23. Hatalarını kabul etmez, suçu başkalarının üzerine atar.	0	1	2	3
24.	0	1	2	3
25.	0	1	2	3
26.	0	1	2	3
27.	0	1	2	3
28. Zor öğrenir.	0	1	2	3

