



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA BAĞLANMA, DUYGU REGÜLASYONU VE
BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

DR. LEYLA EZGİ TÜĞEN

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2018





**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA BAĞLANMA, DUYGU REGÜLASYONU VE
BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**DR. LEYLA EZGİ TÜĞEN
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: Yard. Doç. Dr. ALİYE TUĞBA BAHADIR

İSTANBUL 2018

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimine hayran kaldığım, eğitimimize verdiği önemden dolayı hep kendimi şanslı hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Yankı Yazgan'a,

Hayat enerjisi ve çok yönlülüğü ile bize örnek olan, hep yanımda olduğunu hissettiren anabilim dalı başkanımız değerli hocam Prof. Dr. Ayşe Rodopman Arman'a,

Titizliği ve gayreti ile yanımda olan, tez çalışmama verdiği büyük destekten dolayı sevgili danışmanım Yard. Doç. Dr. Aliye Tuğba Bahadır'a,

Asistanlığım süresince klinik bilgi ve deneyimlerini her fırsatta bizlerle paylaşan, bizi hep koruyup kollayan, her sorunumuzda kapısını çaldığımız değerli hocam Doç.Dr. Neşe Perdahlı Fiş'e

Akademik ve klinik tecrübeleriyle yanımda olan Prof. Dr. Osman Sabuncuoğlu'na,

Çalışkanlığı, enerjisi ve yardımseverliği ile örnek aldığım, tanıdığım için kendimi çok ama çok şanslı hissettiğim sevgili ablam ve hocam Doç.Dr.Ayşe Burcu Ayaz'a,

Klinik ve akademik deneyimlerinden hep yararlandığım, beraber çalışırken çok keyif aldığım, tez çalışmamda büyük desteği olan sevgili ablam Uzm. Dr. Funda Gümüştaş'a,

Her zaman sorularımızı büyük anlayış ve incelikle dinleyen sevgili Uzm. Dr. Veysi Çeri'ye,

Klinik deneyimlerinden yararlandığım ve tez çalışmamda desteğini hissettiğim sevgili Uzm. Dr. Ümmügülsüm Gündoğdu'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışma şansı yakaladığım ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Tezimdeki analizler ilgili yardımları için Yard. Doç. Dr. Aliye Tuğba Bahadır'a ve İstatistik Uzmanı Ceyda Afacan'a,

Hayatım boyunca her zaman yanımda ve bana destek olan, onların evladı olduğum içim kendimi çok şanslı hissettiğim canım annem va babama, abilerim Uğur ve Engin'e,

Hayatımda her çıkmam gereken merdivende beni yalnız bırakmayan, daha iyisini yapabilmem için beni hep motive eden, harika bir baba ve eş olan canım eşim Nesim'e, bana çok şey öğreten ve gülüşüyle bütün yorgunluğumu alan canım oğlum Selim'e çok teşekkür ediyorum...

Ocak 2018

Dr. Leyla Ezgi Tüğen

.. ..



ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda güvenli bağlanma, duygu düzenleme ve benlik saygısı parametrelerini sağlıklı çocuklar ile karşılaştırmak ve DEHB olan olgularda bağlanma, duygu düzenleme ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran 8-12 yaşlar arasındaki DEHB nedeniyle daha önce hiç ilaç tedavisi almamış veya en az 6 aydır ilaç tedavisi kullanmayan 48 DEHB tanılı olgu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan 54 çocuk çalışmamıza dahil edilmiştir. Katılımcılar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması ile değerlendirildiler ve katılımcılara WISC-R testinin 4 alt testi uygulandı. Çocuklar Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği'ni (KGBÖ) ve Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği'ni (PHÇÖKÖ); ebeveynleri ise Duygu Ayarlama Ölçeği'ni (DAÖ) doldurdular.

Bulgular: DEHB grubunda kontrol grubuna göre PHÇÖKÖ toplam ve alt ölçek puanları anlamlı olarak daha düşükken; DAÖ alt ölçek ve toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Gruplar arasında KGBÖ toplam puanları açısından fark yoktu. DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonlar incelendiğinde DAÖ ile PHÇÖKÖ toplam puanı ve DAÖ ile KGBÖ toplam puanı arasında negatif yönde bir ilişki saptandı. DEHB grubunda KGBÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında DAÖ toplam puanı ile KGBÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB grubunda DAÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında KGBÖ toplam puanı ile DAÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: DEHB grubunun kontrol grubuna göre duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğu, benlik saygılarının daha düşük olduğu görülmüştür. DEHB grubunda duygu düzenleme güçlükleri ile benlik saygısı ve duygu düzenleme güçlükleri ile güvenli bağlanma arasında negatif yönde ilişki olduğu saptandı. DEHB grubunda duygu düzenlemenin güvenli bağlanmayı, güvenli bağlanmanın da duygu düzenlemeyi etkilediği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, bağlanma, duygu düzenleme, benlik saygısı



ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to compare the secure attachment, emotion regulation and self-esteem levels of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and healthy children, and to investigate the relationship between secure attachment, emotion regulation and self-esteem levels in children with ADHD.

Materials and methods: 48 children between ages 8-12 with ADHD who applied to the Marmara University Pendik Education and Research Hospital Child Psychiatry Outpatient Clinic and who have not received medication in the past or in the last six months due to ADHD and 54 healthy control children were included in the study. Participants were evaluated by Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version-Turkish Version and were implemented 4 subtests of WISC-R. Children completed the Kerns Security Scale (KSS) and Piers-Harris Self-Concept Scale (PHSCS); parents completed Emotion Regulation Checklist (ERC).

Results: Total and subscale scores of the PHSCS were significantly lower; total and subscale scores of the ERC were significantly higher in the ADHD group when compared with the controls. There was no difference between the groups in terms of the KSS total scores. Significant negative correlations were found between ERC total score with PHSCS total score and ERC total score with KSS total score within the ADHD group. When factors affecting KSS total score were assessed with linear regression analysis within the ADHD group, a significant relationship was found between ERC total score and KSS total score. When factors affecting ERC total score were assessed with linear regression analysis within the ADHD group, a significant relationship was found between KSS total score and ERC total score.

Conclusion: Emotion regulation difficulties were higher; self-esteem levels were lower in the ADHD group when compared with the controls. Within the ADHD group negative associations were found between emotion regulation difficulties with self-esteem and between emotion regulation difficulties and secure attachment. Within the ADHD group it was revealed that emotion regulation affects secure attachment, and secure attachment affects emotion regulation.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, attachment, emotion regulation, self-esteem



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	IV
ÖZET	VI
ABSTRACT	VIII
KISALTMALAR DİZİNİ	13
TABLO LİSTESİ	14
ŞEKİL LİSTESİ.....	15
1. GİRİŞ VE AMAÇ	16
2. GENEL BİLGİLER	18
2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	18
2.1.1 Tarihçe, Tani Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi	18
2.1.2 Epidemiyoloji.....	22
2.1.3 Etyoloji	23
2.1.4 Genetik faktörler	23
2.1.5 Nörokimyasal faktörler.....	24
2.1.6 Nöropsikolojik faktörler.....	25
2.1.7 DEHB'nin klinik belirtileri.....	26
2.1.5 DEHB'de ayırıcı tanı ve eş tanılar.....	26
2.1.6 DEHB'de tedavi.....	27
2.2 Bağlanma.....	29
2.2.1 Bağlanma Kuramı.....	29
2.2.2 Bağlanmanın Gelişimi.....	30
2.2.3 Bağlanma ve psikopatoloji	31
2.2.4. DEHB ve bağlanma	32
2.3. Duygu regülasyonu	33

2.3.1	Tanım ve özellikler	34
2.3.2	DEHB ve duygu regülasyonu.....	34
2.4	Benlik saygısı	35
2.4.1	Tanım ve önemi	35
2.4.2	DEHB ve benlik saygısı.....	36
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1	Araştırmanın örneklemi	37
3.2	Araştırmanın deseni	39
3.3	Yöntem	39
3.4	Veri toplama ve ölçüm araçları	40
4.	BULGULAR.....	46
4.1	Olgular ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri	46
4.2	Klinik Değerlendirme Testler ve Ölçeklerden Elde Edilen Veriler ..	51
5.	TARTIŞMA	60
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	67
7.	KAYNAKLAR	69
8.	EKLER.....	82
8.1	Araştırma Etik Kurul Onayı.....	82
8.2	Okul Araştırma İzni.....	84
8.3	Hasta Bilgilendirme ve Onam Formları.....	86
8.4	Sosyodemografik Bilgi Formu	94
8.5	Conners Aile Değerlendirme Formu	97
8.6	SNAP-IV DEHB Değerlendirme İçin Belirti Listesi.....	99
8.7	Conners Öğretmen Değerlendirme Formu.....	100
8.8	Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu	102
8.9	Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği.....	104

8.10 Dikkat Eksikliği Hareketlilik Bozukluğu Genel Klinik Değerlendirme Ölçeği	107
8.11 Kern's Güvenli Bağlanma Ölçeği	108
8.12 Duygu Ayarlama Ölçeği	111
8.13 Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği.....	113



KISALTMALAR DİZİNİ

CADÖ: Conners Aile Derecelendirme Ölçeği

CÖDÖ: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

ÇDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

DAÖ: Duygu Ayarlama Ölçeği

KGBÖ: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği

PHÇÖKÖ: Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği

DAT 1: Dopamin Taşıyıcısı

DRD4: D4 dopamin reseptör geni

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

SS: Standart Sapma

SDQ: Strenghts and Difficulties Questionarie

SNAP: Swanson Nolan and Pelham Questionnaire (Dikkat Eksikliği ve Hperkativite Bozukluğu için belirti tarama anketi)

WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: DEHB ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı ve yaş ortalaması.....	46
Tablo 2: Olguların prenatal ve perinatal özellikleri	46
Tablo 3: Olguların bebekken bakımını üstlenen kişi	47
Tablo 4: Olguların bebekken anneden ayrı kalmaları	48
Tablo 5: Olguların gelişim basamakları.....	48
Tablo 6: Olgularda okuma-yazma zamanı ve sınıf tekrarı varlığı	49
Tablo 7: DEHB grubu eş tanı oranları	49
Tablo 8: Olguların ebeveynlerine ait demografik özellikleri.....	50
Tablo 9: Anne ve babada psikiyatrik tanı varlığı	51
Tablo 10: Anne ve babada tıbbi sağlık problemi	51
Tablo 11: Grupların WISC-R sözel, performans ve toplam puan ortalamaları	52
Tablo 12: DEHB ve kontrol grubu CADÖ ve SNAP-IV aile puanları.....	52
Tablo 13: DEHB ve kontrol grubu CÖDÖ ve SNAP-IV öğretmen puanları.....	53
Tablo 14: DEHB ve kontrol grubu GGA alt ölçek ve toplam puanları.....	54
Tablo 15: DEHB grubunun GKDÖ belirti şiddeti oranları.....	55
Tablo 16: DEHB ve kontrol grubunun KGBÖ toplam puanları	55
Tablo 17: DEHB grubunda KOKGB eşlik etme durumuna göre KGBÖ puanları	56
Tablo 18: DEHB ve kontrol grubunda DAÖ alt ölçek ve toplam puanları.....	56
Tablo 19: DEHB ve kontrol grubunda PHÇÖKÖ alt ölçek ve toplam puanları.....	57
Tablo 20: DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonlar	59
Tablo 21: DEHB grubunda KGBÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi.....	59
Tablo 22: DEHB grubunda DAÖ puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi.....	60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Grupların CADÖ alt ölçek ve toplam puanları.....	53
Şekil 2: Grupların DAÖ alt ölçek ve toplam puanları.....	57
Şekil 3: Grupların PHÇÖKÖ alt ölçek ve toplam puanları.....	58



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle ile seyreden, belirtileri %40-60 oranında yaşam boyu devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur (APB 2013; Shaw M. ve ark.,2012). Çocukluk çağının en sık görülen bozukluklarından birisi olması, ciddi düzeyde akademik ve sosyal alanlarda işlev kaybına neden olması, halen etyopatogenezinin tam aydınlanamamış olması üzerinde en çok çalışılan bozukluklardan birisi olmasına neden olmuştur.

Çocuk ile bakımveren arasındaki ilişkide çocuğun yakınlık araması ile kendini gösteren özellikle stres durumlarında belirginleşen ve sürekliliği olan duygusal bağ bağlanma olarak tanımlanmaktadır (Thompson RA, 2002). DEHB’li çocukların ilk yıllarından itibaren dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile ilişkili davranışları aileler için büyük zorluklar oluşturmakta ve bakımverenin çocuğun sinyallerine algılayıp yanıt vermesini olumsuz yönde etkilemektedir (S.Franke ve ark, 2017). DEHB olgularının daha güvensiz bağlandıklarına ilişkin araştırmalar bildirilmiştir. (Clarke ve ark. 2002; Thorell ve ark., 2012).

Duygu düzenleme bir amaca ulaşabilmek için kişinin duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme ve değiştirebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile duygularını anlama, tanımlama ve tepkilerini daha düzenlenmiş biçimde iletebilmektir (Water ve ark, 2000). DEHB’li olguların duygu düzenleme becerilerinde bozukluk olduğu uzun zamandır bilinmekle birlikte etyolojisi, komorbiditeler ile ilişkisi ve bu olgularda duygu düzenleme sorunlarının hangi basamaklarda olduğu tam olarak aydınlatılabilmiş değildir (Graziona ve ark, 2016).

Benlik saygısı benliğin duygusal tarafı ve benlik kavramında ki benlik imgesinin olumlu olarak kabul edilmesidir. Bireyin kendini sevmesi, kendisine saygı duyması benlik saygısı ile ilgili olmaktadır (Sarı, 2016). DEHB tanılı çocuklarda akademik başarının daha düşük olduğu, okuldan uzaklaştırılma oranlarının daha yüksek olduğu, akranları tarafından daha sık reddedildiği ve daha zayıf sosyal becerilere sahip oldukları ve bu problemlerin benlik saygısını önemli ölçüde etkileyebileceği bildirilmiştir (Houck G. ve ark, 2011).

DEHB ve davranım bozukluğu olan olguların duygu düzenleme ve bağlanma özelliklerini inceleyen bir çalışmada DEHB ve davranım bozukluğu olan olgularda duygu düzenleme bozuklukları olduğunu, bağlanma bozukluklarının ise davranım bozukluğunu vakalarında görüldüğü bildirilmiştir (Forslund ve ark., 2016). Dışsallaştırıcı davranış problemleri olan çocuklarda bağlanma bozukluklarının duygu düzenleme güçlüklerine neden olabileceği (Cassidy 1994; Fearon ve ark., 2010) ve dezorganize bağlanmanın, kişide kendine ve başkalarına karşı sürekli olumsuz imajlar ve beklentiler oluşturması nedeniyle dışsallaştırıcı davranış problemlerine neden olduğu bildirilmiştir (Cassidy, 1994; Pederson, 2004).

DEHB olan olguların kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmamızda aşağıda belirttiğimiz hipotezler psikiyatrik değerlendirme ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir;

- 1) DEHB grubunun kontrol grubuna göre anneye daha az güvenli bağlandığı,
- 2) DEHB grubunda kontrol grubuna göre duygu düzenleme sorunlarının daha fazla olduğu,
- 3) DEHB grubundaki olguların kontrol grubuna göre benlik saygılarının daha düşük olacağı,
- 4) DEHB grubunda bağlanma, duygu düzenleme ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişkiler olacağı varsayıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellekle ile seyreden, belirtileri %40-60 oranında yaşam boyu devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur (APB 2013; Shaw M. ve ark.,2012). Çocukluk çağıının en sık görülen bozukluklarından birisi olması, ciddi düzeyde akademik ve sosyal alanlarda işlev kaybına neden olması, halen etyopatogenezinin tam aydınlanamamış olması üzerinde en çok çalışılan bozukluklardan birisi olmasına neden olmuştur

2.1.1 Tarihçe ve tanı ölçütlerinin tarihsel gelişimi

“Dikkat eksikliği” ilk kez Rusya çaricesi büyük Katerina’nın doktoru olan Melchior Adam Weikard tarafından gündeme getirilmiştir. Dr. Weikard 1770 yılında yazdığı kitabın bölümlerinden birini “dikkat eksikliği konusuna ayırmıştır. 1902 yılında İngiliz pediatrist George Still duygu düzenleme sorunları, aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat eksikliği olan bir grup çocuk tanımlamış ve bunlara “ahlaki yetersizlik” (*moral defect*) olarak tanımlamıştır (Mukaddes N.,2015).

Birinci dünya savaşında viral ensefalit salgınından sonra çocuklarda gelişen aşırı hareketlilik, agresyon, öğrenme güçlüğü, dürtüsellik şeklindeki tablo “postensefalitik davranışsal sendrom” olarak tanımlanmış ve “ minimal beyin zedelenmesi” adı verilmiştir. Zamanla bu bozukluğun nörolojik bir bozukluk olmadığı görülünce “minimal işlev bozukluğu” terimi kullanılmaya başlanmıştır (Spetic&Arnold, 2007). 1980’li yıllarda Sir Michael Rutter herhangi bir beyin hasarı veya beyin işlev bozukluğu olmadan da bu belirtilerin görülebileceğini söyleyerek dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu için ilk davranışsal yaklaşımı yapmıştır (Mukaddes N., 2015).

DEHB ilk kez DSM-II’de “hiperkinetik sendrom” olarak tanımlanmış VE DSM-III’de hiperaktivite geri planda bırakılıp “dikkat eksikliği bozukluğu” terimi kullanılmış. Hiperaktivitesi olan ve olmayan şeklinde alt gruplara ayrılmıştır. DSM-

III-R ilk kez “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” tanımlaması yapılmıştır. DSM-IV’de “dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları” başlığı altında geçmektedir. DSM-IV’de olduğu gibi DSM-V’de de dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki belirti grubundan söz edilir.

Bileşik Tip: Hem dikkat eksikliği hem hiperaktivite/dürtüsellik grubundan 6 veya daha fazla belirtiyi gösteriyorsa bileşik tipte DEHB olarak tanımlanır.

Dikkat eksikliğin ön planda olduğu tip: Dikkat eksikliği belirti grubundan 6 veya daha fazla belirtiyi karşılıyor ancak hiperaktivite/dürtüsellik belirti grubundan 5 veya daha az belirtiyi gösteriyorsa dikkat eksikliğin ön planda olduğu tip olarak tanımlanır.

Hiperaktivitenin ön planda olduğu tip: Hiperaktivite/dürtüsellik belirti grubundan 6 veya daha fazla belirtiyi karşılıyor ancak dikkat eksikliği belirti grubundan 5 veya daha az belirtiyi gösteriyor ise hiperaktivitenin ön planda olduğu tip olarak tanımlanır.

DSM-V’de DSM-IV’e göre yapılan değişiklikler şu şekildedir.

- 1) DSM-IV’de semptomların başlama yaşı gerekliliği 7 iken DSM-V’de 12 olarak belirlenmiştir.
- 2) 17 yaş üstündeki bireyler için her belirti grubundan 6 veya daha fazla sayıda olan belirti maddesini karşılamsı gerekliliği 5 veya daha fazla belirti maddesini karşılaması gerektiği şeklinde belirlenmiştir.
- 3) Semptomlara ve bu belirtilerin sosyal, akademik açıdan yol açtığı işlevselliklere göre hafif, orta, ağır olarak şiddeti belirlenmesi gerekliliği eklenmiştir.
- 4) DEHB ölçütlerinin hepsini daha önceden karşılıyor olmasına rağmen son 6 ayda ölçütleri karşılamıyor ancak halen sosyal, akademik ve iş hayatında yetersizliğe sebep oluyorsa “kısmi remisyon” olarak tanımlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün kullandığı ICD-10’da DEHB hiperkativite ön planda tutularak “Hiperkinetik bozukluklar” olarak tanımlanmaktadır (ICD 10, 1990).

DSM- V DEHB Tam Kriterleri

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

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

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

- a) Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında yanlışlar yapar.
- b) Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- c) Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
- d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okluda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz.
- e) Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.
- f) Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
- g) Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.
- h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
- i) Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır.

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

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

- a) Çoğu kez, kıpırdanır ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.

- b) Çoğu kez, oturması beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
 - c) Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda , ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)
 - d) Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz.
 - e) Çoğu kez, “ her an hareket halinde” dir, “motor takılmış” gibi davranır.
 - f) Çoğu kez aşırı konuşur.
 - g) Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
 - h) Çoğu kez sırasını bekleyemez.
 - i) Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.
- B) On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik- dürtüsellik belirtisi olmuştur.
- C) Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.
- D) Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E) Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış

olmakla birlikte, son altı içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır. Ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

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

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

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

2.1.2 Epidemiyoloji

DEHB çocukluk çağının en sık görülen bozukluklarından biridir ve sıklığı yaklaşık olarak %3-5 olarak bildirilmektedir (NICE 2008). DEHB'nin dünya çapındaki prevalansını araştıran bir çalışmada DEHB sıklığı %5,29 (Polanczyk ve ark., 2007) olarak, Willcutt ise 2012'de çocuk ve adolesanlar arasında DEHB sıklığını %5,9-7,1 olarak bildirmiştir. Örneklem içinde 12-18 yaş aralığındaki çocukların daha fazla yer aldığı ve daha çok kaynaktan bilgi toplanarak yapılan bir çalışmada ise 5-19 yaş arasındaki çocuklarda dehb sıklığı %2,2 olarak bildirilmiş ve 9 yaşında pik yaptığı söylenmiştir (Erskine H. ve ark., 2013). DEHB'nin sıklığı ile ilgili sonuçların çeşitliliğinin coğrafi, genetik, kültürel etkenlerden ziyade çalışmaların metodolojik farklılıklarından kaynaklandığı söylenmektedir.

Üç dekattır yapılan çalışmalar gözönüne alındığında yıllar boyunca DEHB sıklığının sabit kaldığı görülmektedir. Toplum bazlı yapılan çalışmalarda DEHB erkeklerde kızlardan 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Willcutt EG. ve ark., 2012). Klinikteki DEHB'li olgular arasında ise erkeklerde daha çok yıkıcı davranışlar bulunması nedeniyle erkek/kız oranı çok toplum bazlı çalışmalara göre çok daha yüksektir. Hollanda'da yapılan bir çalışmada DEHB'li olgular için DEHB tedavisine yönelik reçete yazma oranı erkeklerde kızlardan 3 ile 8 kat daha fazla olarak

bildirilmiştir (Donker G. ve ark., 2005).

Yakın zamanda ülkemizde Ercan ve ark. (2013)'ın ilkokul öğrencilerinde ebeveyn, öğretmenden bilgi aldıkları ve yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi (K-SADS) yaptıkları bir çalışmada DEHB prevalansı ilk yıl için %13.38, ikinci yıl için %12.53, üçüncü yıl için %12.22 ve dördüncü yıl için %12.91 olarak bulunmuştur.

2.1.3 Etiyoloji

DEHB nörobiyolojik bir bozukluktur ve etyolojisi tam olarak aydınlanabilmiş değildir. Etiyopatogeneizde birçok faktörün rolü olması nedeniyle genetik, nöroanatmik, nörofizyolojik ,nörokimyasal, çevresel ve psikososyal faktörlerin rolü bulunmaktadır (Mukaddes N., 2015).

2.1.3.1 Genetik faktörler

DEHB ile ilgili genetik çalışmalar ikiz ve aile çalışmaları, bağlantı çalışmaları ve moleküler genetik çalışmalardır. DEHB'li çocukların aile ve kardeşlerinde kontrollere göre 2 ile 8 kat oranında DEHB bulunma riski artar. (Faraone ve ark., 2000). İkiz ve evlat edinme çalışmaları çevresel etkenleri en aza indirgeyebilmeleri açısından DEHB etyolojisinde önemli yer tutmaktadırlar. Faraone ve ark.'nın 2005 yılında 20 ikiz değerlendirerek yaptıkları bir çalışmada DEHB'nin ikizler arasında %76 oranında genetik geçişinin olduğunu bildirmişlerdir. Evlat edinme çalışmalarında ise DEHB'li çocukların biyolojik ebeveynlerinde evlat edinen ebeveynlere göre daha yüksek oranda DEHB bulunduğu görülmüştür (Sprich S.ve ark.,2000).

Bağlantı çalışmalarında ise genom taraması ile 5p13, 6q, 7p, 11q,12q ve 17p kromozomları DEHB ile bağlantılı bulunmuştur (Hebebrand ve ark., 2006).

Moleküler genetik çalışmalarında nöradrenerjik ve dopaminerjik sistem üzerinde çalışılmıştır. İkiz ve aile çalışmaları DEHB'nin çok kalıtsal bir bozukluk olduğunu göstermesine rağmen moleküler genetik çalışmalara bakıldığında DEHB genetiğinin çok karmaşık olduğu görülür. Çalışmalarda bir çok genden bahsedilmektedir ancak

en güçlü kanıtlar DRD4, DRD5, SLC6A3, SNAP-25 ve HTR1B aday genleri için bulunmaktadır. Bu karmaşık bulgular bir çok genin DEHB'nin genetik olarak yatkınlığına etki ettiğini göstermektedir (Faraone ve ark., 2010).

2.1.3.2 Nörokimyasal ve nöroanatomik faktörler

Dehb'nin nörokimyasal etyolojisinde temelde dopaminerjik sistem ve indirekt olarak nöradrenerjik sistemin üzerinde durulmaktadır. Kortikal ve mezolimbik bölgedeki dopamin eksikliği dikkati sürdürme, uyarıları yok sayma ve güdülenme sorunlarına, mezokortikal dopamin eksikliği ise bilgi işlemede, bellek işlevlerinde sorunlara neden olmaktadır (Weiss G., 1991).

Genetik tarafın da dahil olduğu DEHB'nin nörobiyolojisini açıklayan bir modele göre; katekolamin yollarını kontrol eden proteinlerin gen varyantları dikkat, bellek ve davranışsal inhibisyonu sağlayan frontal bölge ve özellik de “bilişsel kontrolü” sağlayan frontostriatal döngünün anormal gelişmesine neden olmaktadır. Bu modele destek olarak yapılan fMR çalışmlarında DEHB'lilerdeki en tutarlı anormallik frontostriatal devrelerdeki nöral aktivitede eksikliklerdir (Dickstein SG. ve ark.,2006).

Putamen, globus pallidus ve kaudat çekirdek corpus striatum'un bölgeleridir. DEHB'li olgularda özellikle sağ putamen/globus pallidus olmak üzere gri maddede azalma vardır. Bir çok çalışma DEHB'nin patolojizyolojisinde striatumun önemli rolü olduğunu göstermiştir (Ellison-Wright I. ve ark., 2008).

Prefrontal korteksin DEHB'deki önemi pek çok çalışmada saptanmış ve duyuşsal mesaj alma, hareketleri kontrol etme, hafıza ile ilgili işlemler, karar verme, hareketleri kontrol etme ve hayati beden işlevlerini sabit tutma gibi pek çok önemli görevi olan prefrontal korteksin beynin merkezi idari kısmı olarak görev yaptığı bildirilmiştir (Mukaddes N., 2015).

2.1.3.3 Nöropsikolojik veriler

Yapılan bir çok araştırmada DEHB’li olguların yürütücü işlev bozukluklarında sorunlar olduğu görülmektedir (Wilcutt EG., 2005; Froehlich T., 2008). Yürütücü işlevler 1997’de Barkley tarafından inhibisyon, kurulumu değiştirme, akıcılık, planlama ve çalışan bellek olmak üzere 5 boyutta tanımlanmıştır. Barkley DEHB’lilerdeki yürütücü işlev bozukluğunun temelinde “inhibisyonda bozukluk” olduğunu savunurken, Brown ise hiyerarşik olmayan bir model öne sürerek tek başına inhibisyon bozukluğunun yeterli olmadığını söylemiştir (Mukaddes N., 2015).

2.1.3.4 Çevresel ve psikososyal risk faktörleri

DEHB etyopatogenezinde pek çok pre-peri ve postnatal faktörün rol aynadığından bahsedilmektedir. Genetik bir yatkınlığa çevresel ve psikososyal faktörlerin eklenmesiyle bozukluğun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

2007 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında diyet faktörlerinin DEHB için risk faktörü olduğu gösterilmemesine rağmen kurşun, sigara dumanı ve alkol gibi maddelere maruz kalmanın özellikle fetal maruziyetin, hipoksiye neden olan gebelik ve doğum komplikasyonlarının, düşük sosyoekonomik düzey ve evdeki psikososyal sıkıntıların DEHB etyolojisinde rol oynayabileceği bildirilmiştir yine bu çalışmada tv maruziyetinin DEHB için önemli bir risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (Banerjee T. ve ark., 2007)

Prenatal risk faktörlerinin DEHB üzerindeki etkisinin incelendiği bir metaanaliz çalışmasında çalışmalardaki metodolojik ve karıştırıcı etkenlerden dolayı kanıtların yeterince güçlü olmadığı bildirilmiş ve yine de en güçlü kanıtın ileri derecede prematürite ile ilgili olduğu ve küçük maternal yaş’ın da DEHB için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Sciberras E. ve ark., 2017)

Aile düzeninin bozulması, evdeki kaotik ortam ve kaygıyı arttıracak diğer faktörler DEHB’nin başlamasına ve devam etmesine katkıda bulunabilir. (Kaplan ve Sadock’s Textbook, 2009).

2.1.4 DEHB’nin klinik belirtileri

DEHB klinisyenin aile ve çocuk ile görüşüp psikiyatrik muayene yaparak, ebeveyn ve öğretmenden bilgi alarak ve bazı yardımcı ölçek ve testleri kullanarak karar verdiği klinik bir tanıdır ve DEHB’de görülen klinik özellikler sınıflama sistemlerinde de görüldüğü gibi iki boyutta incelenmektedir; Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite-Dürtüsellik (Mukaddes N., 2015).

Dikkat eksikliği olan bireylerde konsantre olamama veya dikkatin kısa süreli oluşu ya da çabuk dağılması söz konusu olmaktadır. Detaylara dikkat etmekte zorluk çektikleri, çok fazla dikkatsizlik hataları yaptıkları, başladıkları ödev, iş ve projeleri bitirmekte zorlandıkları ve bu tarz dikkat gerektiren işlerden kaçtıkları görülmektedir. Dersi dinlemekte zorlanma ve unutkanlık çok sık olarak görülür.

Hiperaktivite kıpır kıpır olma , yerinde duramama, gezinme ve hareket isteği, koşuşturma, tırmanma, gürültücülük, çok konuşma belirtileri ile kendini göstermektedir. Düşünmeden konuşma, sorulara düşünmeden yanıt verme, yenilik arayışı, riskli davranışlar, başkalarının işine karışma, söz kesme dürtüsellik davranışlarının arasında görülmektedir.

DEHB’li bireylerde organizasyon problemleri, odaklanma sorunları, uyanıklığı sağlamada zorlanma, bazı işlerde çok hızlı bazı işlerde çok yavaş olma, sinirlilik, öfke patlaması, duyguların yoğun yaşanması, davranışlarını kontrol edememe ve çalışan bellekte sorunlar sıklıkla görülür (Mukaddes N., 2013).

2.1.5 DEHB’de ayırıcı tanı ve eş tanılar (komorbidite)

DEHB’nin birçok temel belirtisi pek çok başka bozukluğun özgül olmayan belirtileri de olabileceğinden başka bozukluklarla birlikte görülme ve karışma ihtimali çok yüksektir.

DEHB’nin ayırıcı tanısında özel öğrenme bozukluğu, mental gerilik, majör depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları ve tepkisel bağlanma bozukluğu gibi birçok bozukluk bulunmaktadır (Mukaddes N., 2015).

DEHB ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların oranı kliniğe başvuran olgularda daha yüksek olmakla birlikte (%67-87) %40-80 arasında olduğu bildirilmiştir (Hergüner ve ark.,2012; Gau ve ark., 2010). DEHB’li olgulara yüksek oranda komorbiditenin

eşlik etmesi DEHB'nin en önemli özelliklerinden biri olmakla birlikte en yüksek oranda karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (%50-60) olmak üzere davranım bozukluğu(çocuklarda %20-50, ergenlerde %40-50), depresyon (%16-26), anksiyete (%10-40), bipolar bozukluk (%11-75), tik bozuklukları (%20), obsesif kompulsif bozukluk (%6-15) oranında bildirilmiş (Biederman ve Faraone, 2005). Öğrenme bozuklukları, uyku bozuklukları ve sosyal problemler DEHB'li çocuklarda daha sık görülür (Reale L., 2017)

Ülkemizde ise İnci ve ark. 1000 dehb'li çocuğu değerlendirerek yaptıkları bir çalışmada olguların %41,3'ün bir, %12'sinde iki ve %30'unda en az üç komorbiidte bulunduğunu ve yine en sık komorbiditelerin sırayla karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bzouklugu, depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozuklukları olduğunu bildirmişlerdir (İnci ve ark., 2016)

2.1.6 DEHB'de tedavi

Dehb tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki türlüdür.

2.1.6.1 Farmakolojik Tedavi

Stimulanların hiperaktif davranışları azalttığına ilk görüşler 1950'li yıllarda başlamıştır(adhd kitap). Günümüzde DEHB'nin farmakolojik tedavisinde FDA tarafından da onaylanmış olan stimulan ve non-stimulan ilaçlar olmak üzere 2 grup bulunur.

Stimulanlar(metilfenidat ve amfetamin) sinaptik dopamin miktarını attırarak etki etmelerine rağmen etki mekanizmaları farklıdır (Faraone ve ark., 2009). Metilfenidat dopamin taşıyıcısında nörotransmisyonu kolaylaştıran ve az miktarda presinaptik dopamin salınımını sağlayan bir dopamin geri alım inhibitörüdür. Amfetaminler ise nörepinefrin ve dopaminin presinaptik nörona geri alınmasını engelleyerek hem de ters transport yoluyla bu nörotransmitterlerin salınımını kolaylaştırarak sinaptik aralıkta dopamin ve noradrenelin miktarını artırır. Stimulanlar FDA tarafından dehb'nin tedavisinde onaylanmıştır ve terapötik etkisi hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkatsizlik özelliklerinin azaltılması ve akademik

performans, sosyal işlevsellik ve görevlerle ilgili davranışların iyileştirilmesini içerir ve yaklaşık etki büyüklüğü 0.9 civarında bulunmuştur (Faraone ve ark., 2009).

Atomoksetin 2002 yılından beri 6 yaş üstü DEHB tanılı çocuklar için FDA onayı olan ve DEHB'nin çekirdek semptomları üzerinde iyileştirici etkisi bir çok çalışma ile gösterilmiş selektif nöradrenalin geri alım inhibitörüdür. Atomoksetinin etki büyüklüğü 0.7 civarındadır (Mukaddes N., 2015).

Metilfenidat ve atomoksetinin yan etkileri benzerdir. En sık görülen yan etkiler uykusuzluk, iştah azalması, karın ağrısı, baş ağrısı ve nabız sayısında artıştır. Metilfenidatların düzenli kullanımıyla yan etkiler sıklıkla azalmaktadır. Uzun süreli metilfenidat kullanımının büyüme gelişme üzerinde negatif bir etkisi var mı diye bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Jensen P., 2006).

DEHB tanılı çocukların tedavisinde FDA onayı diğer tedavilere göre daha sonra alınan klonidin ve guanfasin prefrontal kortekste α_2 -adrenerjik reseptörlere bağlanır ve norepinefrini taklit ederler (Hirota T. ve ark., 2014). Klonidin ve guanfasinin hem DEHB belirtilerini hem de karşıt olma özelliklerini azalttığı bildirilmiştir (Hirota T. ve ark., 2014).

2.1.6.2 Non farmakolojik tedavi

DEHB tedavisinde etkinliği en fazla gösterilmiş tedavi biçimi farmakolojik tedaviler olmasına rağmen olguların birçoğunda psikososyal müdahaleler de gerekmektedir. Özellikle de ilaca cevapsız ya da ilaca kısmi cevap veren olgularda psikososyal müdahalelerin önemi büyüktür. Bu müdahaleler arasında bilişsel davranışçı tedaviler, ebeveyn eğitim programları, okulda davranışçı yaklaşımlar, eğitsel destek, motor kontrol için eğitim ve spor programları bulunmaktadır (Mukaddes N., 2015).

Son zamanlarda yapılan bir metaanaliz çalışmasında çok bileşenli psikososyal girişimlerin DEHB'nin duygusal ve davranışsal belirtilerinden ziyade organizasyon becerilerini arttırdığı gösterilmiştir. Psikososyal müdahalelerin sonucunda olumlu göstergelerin öğretmen raporlarına göre aile raporlarında daha çok görüldüğü bildirilmiştir (Chan E. ve ark., 2016).

Özetle şu an DEHB tedavisinde etkinliği kanıtlanmış tedaviler psikofarmakolojik tedavilerdir. Aile eğitim programları, davranışçı yaklaşımlar, okula danışmanlık ve bilişsel davranışçı terapi (ergen ve yetişkinde) ilaç tedavisi ile

birlikte yararlı uygulamalardır (Mukaddes N., 2015).

2.2. Bağlanma

2.2.1. Bağlanma kuramı

Bowlby tarafından geliştirilen bağlanma kuramı psikoanaliz temelli bir insan gelişim modelidir. Çocuk ile bakımveren arasındaki ilişkide çocuğun yakınlık araması ile kendini gösteren özellikle stres durumlarında belirginleşen ve sürekliliği olan duygusal bağ bağlanma olarak tanımlanmaktadır. (Thompson RA, 2002). Bir çocuğun stres, tehlike ya da ayrılık durumlarında bağlanma sistemleri aktive olur ve her çocuk böyle durumlarda bakımvereni harekete geçirecek sinyal sistemlerine sahiptir. Çocuk sinyalleri verdikçe bakımveren ona cevap verir ve bu tekrarladıkça çocuk bir içsel çalışma modeli (*internal working model*) geliştirir. Bu ruhsal çalışma modelleri olayların “yaşanmış deneyimler” anlamında genelleştirilmiş temsilleri olarak görülebilir. Bağlanma figürü çocuğun sinyallerini uygun ve doğru bir şekilde algılayıp davranırsa çocuğun ruhsal çalışma sisteminde bu figür güvenilir ve öngörülebilir olarak kodlanacaktır (Kissgen ve ark., 2016).

Bağlanma kuramı teoriye ve psikoterapi uygulamalarına önemli katkılarda bulunmuştur. Kuramın temel noktası annenin bebeğine dış dünyayı keşfedebileceği ve gerektiğinde geri dönüşler yapabileceği güvenilir bir ortam oluşturmaktır. Harlow 1958’de annenin sadece çocuğun fiziksel ihtiyaçlarını sağlamadığı aynı zamanda rahatlık ve sıcaklık sağladığını söylemiştir. Harlow daha sonra anneden uzak ve sosyal yoksunluk içinde büyütülen rhesus maymunlarını incelemiş ve bu maymunların daha sonra sosyal ilişkilerde yetersiz, içe kapanık, ilişki kuramda beceriksiz, cinsel olarak donuk ve çocuklarına karşı ilgisiz olduklarını görmüştür. Sonuç olarak Harlow’a göre anne-çocuk arasında oluşan karşılıklı sevgi bağının ileriki yaşantıya olan temel katkısı insanlarla kurulan tüm ilişkilerde güven duygusunun oluşmasıdır. Üç yaş civarında oluşturulan anne imgesi yalnız kendimizi değil, hayatın geri kalanında karşımıza çıkan tüm “ötekileri” anlamamız için de bir

temel oluşturur (Tüzün O. ve ark., 2006)

Winnicott'a göre "çevreye tutunma" anne tarafından sağlanır ve iyi bir anne çocuğu ile empati kurarak çocuğun nesne devamlılığı bilgisinin hangi basamağa ulaştığını anlar ve ondan ne kadar zaman(dakika, saat,gün) uzakta kalacağını bilir (Winnicott DW., 1998). Kendiliğin bütünleşmesi annenin çocuğa sağladığı ortama bağlı olarak gelişir. Annenin çocukla bütünleşmiş tasarımları sayesinde çocuk kendi bütünlüğünü kavramaya başlayacaktır. Winnicott annenin görevinin sadece çocuğun ihtiyaçlarını anında karşılamak olmadığını çocuğun kendi başına, sakin durabildiği zamanlarda gereksiz uyaranlar vermemesi gerektiğini söylemiştir, bu yalnızlık deneyimleri çocuğun kendilik algısının gelişmesi için gereklidir (Tüzün O. ve ark.,2006).

Bowlby tarafından ilk tanımlanan bağlanma kuramı, Ainsworth ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ainsworth bebeğin bağlanma biçimini ve kalitesini ölçmek için yabancı durum testi geliştirmiştir. Bu testte bebek ve ebeveyn alışkın olmadıkları bir odaya girer ardından yabancı bir yetişkin odaya girer ve ebeveyn odayı terk eder. Bu testin 7 basamağı daha bulunmakta ve bebeğin her bir durumda ne tepkileri verdiği gözlemlenmektedir (Ainsworth ve ark., 1978; Kaplan ve Sadock, 2016'dan aktarılmıştır). Ainsworth bebeklerin tepkileri ile güvenli ve güvensiz bağlanma biçimlerini değerlendirmiş ve bunları güvenli (*secure*), kaygılı-ikircikli (*anxious/ambivalent*) ve kaçınan (*avoidant*) olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Bu bağlanma biçimlerine daha sonra dağınık (*dezorganize*) bağlanma adı verdikleri üçüncü bir bağlanma biçimi daha eklenmiştir (Ainsworth ve ark., 1978; Kesebir ve ark., 2011'den aktarılmıştır).

2.2.2 Bağlanmanın gelişimi

Tam olarak kanıtlanmamış olsa da anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu söylenmektedir. Doğum öncesi dönemde annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi,olumlu duygularını bebeğe yansıtabilmesi ile bağlanmanın temelleri atılmış olacaktır. Doğumdan 8-12 haftaya kadar olan dönemde bebek annenin uyaranları ile hareketlenir henüz kişileri ayırt etme yeteneği yoktur ancak çevreye yönelmeye başlamıştır. 8-12 haftadan sonra

bağlanmanın ilk belirtileri gözlenir. 6-24 ay arası ise anneye yakınlık arayışı ayrıldığında ise husursuzluk, gerginlik şeklinde görülen bağlanma davranışı tam olarak gözlemlenebilir (Kesebir ve ark., 2011). 25. aydan sonra bebeğin annesiyle yakınlığı annesinin içsel temsillerini oluşturabilme yeteneğine göre ayarlanır. Bu şekilde bebeklik dönemindeki bağlanma gelişimi izlenmiş olur (Hazan ve Shaver 1994).

2.2.3. Bağlanma ve psikopatoloji

Bağlanma kuramı erken dönemdeki anne ile yaşanan tecrübelerin çocuğun farklı toplumsal ortamlarda yetişkinler ve akranlarıyla kişiler arası ilişkilerini düzenleyen içsel zihinsel temsilleri oluşturduklarını söylemektedir (Diehl M. ve ark., 1998). Kendilik hakkındaki içselleştirilmiş temsiller süregelen ve olumlu bir kimlik duygusunun oluşumunda önemli iken diğerleri hakkındaki temsiller ise süregelen ve keyif alınan kişiler arası ilişkilerin kurulabilmesinde kritik öneme sahiptir. Güvenli bağlanan kişilerin benlik saygısı yüksektir, kendilerini değerli bulurlar ve yakınlık kurmaktan korkmazlar (Çalışır M., 2009)

Genel olarak güvensiz bağlanma düşük sosyallik, dışa dönük ve içe dönük davranım bozuklukları , sorunlu akran ilişkileri, kendi duygu ve davranışları kontrol ile ilgili problemler olarak bildirilmektedir (Moss ve ark., 2004). Güvensiz bağlanmanın bir çeşidi olan dezorganize bağlanma ise kişilik bozuklukları gibi çok daha ağır psikopatolojiler ile ilişkilidir (Thorell ve ark., 2012). Kaygılı bağlanmanın daha çok anksiyete ve depresif bozukluklarla kaçınan bağlanmanın ise daha davranım problemleriyle ilgili olduğu söylenmektedir (Kesebir ve ark., 2011)

Erken dönem olumsuz yaşantıların bakım veren-bebek ilişkisinde güvensiz bağlanmaya ve bunun kendilik organizasyonu gibi psikopatolojiye giden dinamiklerde önemli rol oynadığı bilinmektedir ama bu süreç çevresel bağlamdan da mutlaka etkilenmektedir (Mangelsdorf ve ark., 1998).

2.2.4. DEHB ve bağlanma

DEHB'li çocukların ilk yıllarından itibaren dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile ilişkili davranışları aileler için büyük zorluklar oluşturmakta ve bakımverenin çocuğun sinyallerine algılayıp yanıt vermesini olumsuz yönde etkilemektedir (Franke ve ark., 2017). Bakımverenin bebeğin sinyallerine yaklaşımı güvenli bağlanmanın temeli için çok önemli olmakla (Ainsworth ve ark.,1974) birlikte DEHB'li çocuklarda bu ortamın bozulabileceği düşünülmektedir (Franke ve ark.,2017). Aynı zamanda güvensiz bağlanan çocukların da ileriki yaşamlarında davranış ve duygu düzenleme zorlukları yaşadıkları bildirilmiştir (Cassidy J., 1994). Bağlanma ve duygu düzenleme arasındaki ilişki erken anne-çocuk etkileşimlerinin DEHB'li çocuklarda bulunan özdenetim zorluklarında rol oynadığını düşündürmektedir (Olson S.L., 1996). Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada hem bebeklikte hem daha sonraki çocukluk çağlarında güvensiz bağlanma özellikle de dezorganize bağlanma ile dışa dönük davranım problemleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Thorell ve ark., 2012).

Sadece DEHB semptomları ile bağlanma arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Clarke ve ark. 2002 yılında yaptığı bir çalışmada DEHB tanısı alan çocukların kontrollere göre güvensiz bağlanma eğiliminde olduklarını bildirmişlerdir (Clarke ve ark., 2002). Klinik olmayan örnekleme prospektif yapılan bir çalışmada olgulara bebekken yabancı durum testi uygulanmış ve olguların 7 yaşındaki DEHB semptomları ile bebekken dezorganize bağlanma durumları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bu çalışmada DEHB semptomlarının seviyesi ile dezorganize bağlanma arasında ilişki bulurken olguların DEHB olup olmaması ile dezorganize bağlanma arasında bir ilişki bulmamışlardır (Pinto ve ark., 2016).

DEHB'ye komorbiditelerin eşlik etmesi durumunda dezorganize bağlanma ile ilgili çeşitli bulgular saptanmıştır. Green ve ark 2007'de yaptıkları bir çalışmada Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) örnekleminde dehb eşlik eden olguların daha yüksek oranda dezorganize bağlanma gösterdikleri ancak DEHB olmaksızın sadece KOKGB/ DB bulunan olgularda dezorganize bağlanma oranının %42 gibi yüksek bir oranda olması nedeniyle dezorganize bağlanmanın hem KOKGB/DB hem DEHB ile ilgili olduğunu bilirmişlerdir (Green ve ark., 2007).

Yine klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmada dezorganize bağlanmanın davranım problemlerinden değil de dikkat problemlerinden kaynaklandığını söylemişlerdir (Goldwyn ve ark., 2000).

Thorell ve ark. yaptıkları bir çalışmada dehb semptomları ile dezorganize bağlanmanın ilişkili olduğunu ve DEHB semptomlarından bağımsız olarak dezorganize bağlanma ile yürütücü işlevlerdeki eksikliklerin ilişkili olduklarını bildirmişlerdir (Thorell ve ark., 2012).

2.3. Duygu Regülasyonu

2.3.1 Tanım ve özellikler

Duygu düzenleme bir amaca ulaşabilmek için kişinin duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme ve değiştirebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile Duygularını anlama, tanımlama ve tepkilerini daha düzenlenmiş biçimde iletebilmektir (Water ve ark., 2000).

Duygu düzenleme kendi duygularını, diğerleri tarafında oluşturulan duyguları , duygunun kendisini ve duygunun altında yatan özellikleri düzenleme olmak üzere bir çok alt bileşen içermektedir. Duygu düzenlemede kişinin amaçlarına bağlı olarak tepkiler azaltılabilir, arttırabilir veya sabit kalması sağlanabilir (Gross, 2006).

Duygu ayarlama ile bir çok tanımlama olması yanında, duygu yönetimi (emotion management), duygu kontrolü (*affect control*), duygu regülasyonu (emotion regulation) gibi kavramlar da duygu ayarlamasının yerine kullanılmaktadır. Duygu ayarlamasının bozuk olduğu durumlar için ise duygusal labilite (*emotional lability*), afektif labilite (*affect lability*), duygu disregülasyonu (emotion dysregulation), duygusal labilite (*emotional lability*) şeklinde kavramlar kullanılmaktadır.

Duygu disregülasyonu kişinin hedeflerine ulaşmak için gerekli olan uygun davranışları sağlayacak duygusal durumu değiştirmekte başarısız olması olarak tanımlanabilir. Gross'ın (1998) duygu modeli'nde özetlendiği gibi genel olarak disregülasyondan önce durumun modifikasyonunda ortaya çıkan ve sonunda

gözlemlenebilen çeşitli süreçler vardır. Bu süreçler kişinin fizyolojik ve davranışsal açıdan duygusal durumun yaşanmasına yol açan duygusal uyarıcı uyaranları seçme bunlara katılma ve değerlendirme becerisini içerir. Bu becerilerden sonra bilinçli veya bilinçsiz olarak adaptif bir duygusal yanıt o duygusal duruma cevap olarak verilmiş olur (Graziona ve ark., 2016).

2.3.2 DEHB ve duygu regülasyonu

Duygu düzenleme kapasitesi sağlıklı sosyoduygusal ve psikolojik gelişim için gereklidir. Özellikle zayıf duygu düzenleme kapasitesi sosyal fonksiyonlarda zorluklar ve özellikle agresyon olmak üzere dışa dönük davranım problemleriyle ilişkilidir (Bozicevic ve ark., 2016).

Aslında uzun zamandır DEHB tanılı olgularda duygu düzenleme zorlukları olduğu bilinmektedir ancak son zamanlarda duygu disregülasyonunun DEHB'nin çekirdek özelliği olduğu söylenmektedir (Barkley, 2010). DEHB literatüründe duygu disregülasyonu duygusal impulsivite, oluşan duyguyu düzenleyebilme de güçlük ya da daha kabul edilebilir bir duygusal duruma çevirebilme de zorluk olarak tanımlanmaktadır (Barkley, 2010).

Duygu düzenleme sürecinde özellikle de duyguların değerlendirilmesinde kognitif fonksiyonların rol alması, eşlik eden komorbiditelerin de duygu düzenleme güçlüklerine neden olması ve yürütücü işlevlerin de duygu düzenlemede rol almasından dolayı DEHB'li çocuklarda duygu düzenlemenin hangi yönünün tam olarak bozuk olduğu anlaşılamamıştır (Shaw ve ark., 2014). Duygu tanıma duygu düzenlemenin önemli basamaklarından biridir. DEHB tanılı olgularda duygu tanımanın bozuk olup olmadığına dair kanıtlar şu an için çelişkilidir (Graziona ve ark., 2016). Duygu düzenlemede bir diğer basamak duygusal reaktivitedir ve duygusal labilite duygusal reaktivitenin uygunsuz ve dağınıklığı olarak tanımlanabilir (Graziona ve ark., 2016). Duygusal labilite DEHB literatüründe çabuk sinirlenme, irritabilite olarak görülen duygusal dürtüsellik olarak tanımlanmaktadır (Barkley, 2010). Graziona ve ark. 2016'da yaptıkları metaanaliz sonucunda dehb tanılı olgularda eşlik eden komorbiditeler ve bilişsel fonksiyonlardan bağımsız

olarak duygu tanımanın bozuk olduğunu, olumlu ya da olumsuz duygulara daha çok yatkın oldukları ve stresli durumlara daha tepkisel cevap verdiklerini ancak bunun bilişsel işlevlerden önemli derecede etkilendiklerini bildirmişlerdir (Graziona ve ark., 2016).

DEHB’li olgularda duygusal uyarıları tanıma ve ayırt etmede zorluklar olduğunu ve striato-amigdala-medial prefrontal kortikal ağdaki eksikliklerden kanaklandığını ve ilaç ile tedavi edilebilir olduğunu bildirmişlerdir (Shaw ve ark., 2014).

2.4 Benlik Saygısı

2.4.1 Benlik saygısı tanımı ve önemi

Benlik kişinin kendine ait olan fiziksel ve psikolojik özelliklerinin birleşimi ve kişinin kendisi hakkında sahip olduğu algılamaları şeklinde tanımlanmaktadır. (Damon ve Hart 1992). Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi becerilerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi ve kendine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygusu olarak tanımlanmaktadır. Benlik saygısı (*self esteem*) aynı zamanda öz saygı (*self-respect*), özgüven (*self-confidence*) ve kendilik kavramı (*self-concept*) şeklinde kavramlarla da ifade edilebilmektedir. (Çuhadaroğlu tez). Benlik saygısı benliğin duygusal tarafı ve benlik kavramındaki benlik imgesinin olumlu olarak kabul edilmesidir. Bireyin kendini sevmesi, kendisine saygı duyması benlik saygısı ile ilgili olmaktadır (Sarı, 2016).

Rosenberg benlik saygısının kişinin kendisiyle ilgili olumlu ve olumsuz tutumların toplamından oluştuğunu ve sosyal yeterlilik, kişisel değer ve beden algısı gibi alt bileşenlerinin olduğunu söylemiştir. Hem içsel hem dışsal faktörler benlik saygısının oluşumunda etkilidir. Benlik saygısı yüksek kişiler kendilerine karşı olumlu bir tutum içindeyken, benlik saygısı düşük kişiler kendilerine karşı olumsuz bir tutum içindelerdir (Rosenberg, 1965).

Benlik saygısının gelişimine katkı sağlayan 4 önemli faktör bulunmaktadır. Birinci faktör; kişinin yaşamında önemli yere sahip diğer kişilerden aldığı ilgi, kabul

ve saygıdır. Benlik saygısını etkileyen ikinci faktör; bireyin başarı geçmişi ve sahip olduğu pozisyonudur. Üçüncü faktör; bireyin diğerlerinden belirlenen ve kendisince de kabul edilen amaçlara ulaşmasıdır. Son faktör ise bireyin başkaları tarafından kendisi için yapılan değerlendirmelere karşı olan tavrıdır (Coopersmith, 1994).

2.4.2 DEHB ve benlik saygısı

Slomkowski (1995) benlik saygısının DEHB ile gelecekteki sonuçlar arasındaki ilişkide önemli bir rol oynayabileceğini söyleyen ilk araştırmacılardan ve Slomkowski ergenlik dönemindeki benlik saygısının psikososyal uyum ile pozitif yönde ilişkili olduğunu, DEHB semptomları ile negatif yönde korele olduğunu ve aynı zamanda ergenlik dönemindeki benlik saygısının yetişkinlikteki eğitim ve mesleki başarı ile ilişkili olduğunu söylemiştir. Üniversite öğrencilerinde DEHB semptomlarının üniversiteye uyum, benlik saygısını ve sosyal becerileri inceleyen bir çalışmada DEHB semptomları ile benlik saygısı ve okula uyumun ve sosyal becerilerin negatif yönde ilişkili olduğu ve DEHB'li olgularda uyumu en çok etkileyen parametrenin benlik saygısı olduğunu bildirmişlerdir (Shaw-Zirt, B., 2005).

DEHB tanılı çocuklarda akademik başarının daha düşük olduğu, okuldan uzaklaştırılma oranlarının daha yüksek olduğu, akranları tarafından daha sık reddedildiği ve daha zayıf sosyal becerilere sahip oldukları ve bu problemlerin benlik saygısını önemli ölçüde etkileyebileceği bildirilmiştir (Houck G ve ark., 2011). DEHB olan olgularda benlik saygısını inceleyen çalışmalara bakıldığında çoğunlukla DEHB grubunda benlik saygısının düşük olduğu bildirilmiş olsa tam aksi yönde sonuçlar bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Barber S. ve ark., 2005; Mazzone L ve ark., 2013;; Hoza B. ve ark. 2004). 2007 yılında yapılan bir review çalışması sonucunda DEHB'li çocukların kendilerini nasıl değerlendirdiklerine bakıldığında aile bildirimlerinden çok daha iyi yönde olduğu görülmüştür (Owens ve ark., 2007). Bu çelişkili sonuçlara bakıldığında aslında DEHB'li çocukların bu olumsuz yaşam deneyimleri nedeniyle düşük benlik saygısına sahip olup olmadıkları belli değildir. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada özellikle dikkatsizlik belirtilerinin benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği , hiperaktif-dürtüsel davranışların ise sadece davranışlarla ilgili bir benlik algısı ile ilişkili olduğu

görülmüştür (Kita Y. ve ark., 2017).

Harpin ve ark. özellikle de tedavi almamış DEHB'li olguların benlik saygısının düşük olduğunu ve tedavi sonrasında benlik saygısındaki artışın olguların kendi görüşlerinde ailelerin görüşlerine göre çok daha belirgin olduğunu bildirmişlerdir (Harpin ve ark., 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

3.1.1 DEHB grubu

Çalışmamız, İstanbul Anadolu yakasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde şubat 2017 ile ekim 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma için yapılan etik kurul başvurusu, 6 Ocak 2017 ve 09.2017.059 protokol numarası ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

DEHB grubunu, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DSM-IV' e göre ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı olup en az son altı aydır DEHB tedavisi almayan hastalar arasından seçilmiş 8-12 yaş arası 48 ilköğretim çocuğu oluşturmuştur. Çalışmaya davet edilen aileler ve çocuklar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, yazılı onamları alınmıştır.

DEHB grubu için çalışmaya katılma ölçütleri:

1. 8-12 yaşlar arası olmak
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.
3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme

Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması -ÇDŞG-ŞY-

sonucu DEHB tanısı olmak

4. İlk kez DEHB tedavisi almış olmak veya en az son altı aydır DEHB tedavisi almamış olmak

DEHB grubu için çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

1. Güncel durumda duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalar
2. Geçmişte ve güncel durumda davranım bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, mental retardasyon (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olanlar) tanısı alan hastalar
3. Belirgin öğrenme güçlüğü belirtileri sergileyen hastalar
4. Tıbbi öyküde epilepsi, başka nörolojik hastalık veya travmatik beyin hasarı hikayesi olanlar
5. Kronik ve ciddi tıbbi hastalığı olanlar
6. Anne ve babası ile birlikte yaşamayan çocuklar
7. Bakımında annenin yer almadığı çocuklar

3.1.2 Kontrol grubu

Kontrol grubunu oluşturmak amacıyla 8-12 yaş arası çocukların eğitim aldığı Pendik Mareşal Fevzi Çakmak İlköğretim Okulu'ndan çalışmaya katılmaya gönüllü olan 54 çocuk alınmıştır. Çalışma için seçtiğimiz okul Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği' ne başvuran DEHB grubuna benzer sosyodemografik profil göstereceğini beklediğimiz aynı semtte olan bir ilköğretim okuluydu.

Çalışmanın okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmaması koşuluyla, T.C İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 06.03.2017 tarih ve 2933912 sayılı oluru ile araştırma izni alınmıştır. Çalışmaya katılmaya onay veren, katılma ölçütlerine uyan 8-12 yaş arasındaki öğrenciler kontrol grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubunun çalışmaya katılma ölçütleri:

1. 8-12 yaşlar arasında olmak
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
3. DEHB grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş olmak

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

1. Güncel durumda herhangi bir psikiyatrik bozukluğun tanı kriterlerini karşılıyor olmak
2. Geçmişte davranım bozukluğu, psikoz, duygudurum bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almış olmak
3. Mental retardasyon (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olanlar) tanısı alan hastalar
4. Belirgin öğrenme güçlüğü belirtileri sergileyen hastalar
5. Tıbbi öyküde epilepsi, başka nörolojik hastalık veya travmatik beyin hasarı hikayesi bulunanlar
6. Kronik ve ciddi tıbbi hastalığı olanlar
7. Anne ve babası ile birlikte yaşamayan çocuklar
8. Bakımında annenin yer almadığı çocuklar

3.2 Araştırmanın Deseni

Araştırma kesitsel bir çalışma olarak planlandı.

3.3 Yöntem

Genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıların saptanması amacıyla araştırmacı tarafından ebeveynlerden bilgi alınarak sosyodemografik bilgi formu doldurulmuş ve çocuklar ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ile görüşme yapılmıştır. Yapılan görüşmelerde ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanılar (Örn. Öğrenme Güçlüğü vb.), araştırmacının DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya

katılan çocukların zeka seviyesini tespit etmek amacıyla Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formunun (Wechsler intelligence scale for children-revised, WISC-R) dört alt testi uygulanmıştır.

Ebeveynlere Conners Aile Değerlendirme Formu - SNAP IV (DEHB Değerlendirilmesi İçin Belirti Listesi), Duygu Ayarlama Ölçeği, Güçler Güçlükler Anketi Anne-Baba Formu doldurulmak üzere verilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların sınıf öğretmenlerinden; Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ)- SNAP-IV (DEHB Değerlendirilmesi için Belirti Listesi) yanıtlamaları istenmiştir. Çalışmaya katılan çocuklara ise Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği Ölçeği ve Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği doldurulmak üzere verilmiştir.

3.4 Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri bu araştırma için oluşturulan sosyodemografik bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Formda çocuğa ait cinsiyet, yaş, kaçınıcı sınıfta okuduğu, boy, kilo, anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyleri, meslekleri, aylık gelirleri, daha önceden psikiyatrik tanı ve tedavi alma durumları, tıbbi rahatsızlık öyküleri, birliktelik durumları, akrabalık dereceleri, evde anne,baba ve çocuk dışında yaşayanların varlığı, televizyon ve bilgisayar maruziyeti, , kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, gebelik sırasında sigara, alkol, doğum sonrası komplikasyon varlığı, anne sütü alım süresi, bebekliğin ilk yıllarında bakım verenin kim ya da kimler olduğu, birincil bakım verenden ayrı kalıp kalmadığı, bakımverenden ayrı kaldıysa ne kadar ayrı kaldığı, gelişim basamakları, kronik hastalık, okuma-yazmaya geçiş zamanı, okul öncesi eğitim ve süresi sorgulanmıştır.

Ek olarak DEHB grubuna DEHB'nin hangi belirtilerle başladığı, belirtilerin kaç yaşında başladığı, daha önceden tanı ve tedavi alma öyküsü sorulmuştur.

3.4.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Cizelgesi-Simdi ve Yaşam Boyu Versiyonu –Türkçe Uyarlaması (CDSG-SY-T)

Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ebeveynlerine ÇDŞG-ŞY-T yapılarak DSM-IV Eksen 1 tanıları belirlenmiştir. 1997’de Kauffman ve arkadaşları tarafından 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak amacıyla DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiştir. ÇDŞG-ŞY, yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır (Kaufman J ve ark., 1997, Gökler B ve ark., 2004).

3.4.3 Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, WISC-R)

David Wechsler tarafından, 5–15 yaş grubunda, konuşma ve dil becerileri yeterli düzeyde olan çocukların genel zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC) geliştirilmiştir (Wechsler D., 1949) 1974 yılında ölçek yeniden düzenlenerek WISC- R adını almış ve uygulandığı yaş aralığı 6-16 olarak değiştirilmiştir. 1995 yılında Savaşır ve Şahin tarafından ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Savaşır ve Şahin, 1995)

Çalışmamızda DEHB ve kontrol gruplarına uygulanan WISC-R’nin genel bilgi, resim tamamlama, resim düzenleme ve sözcük dağarcığı alt testlerinden alınan puanlardan hesaplanan standart puanları değerlendirmeye alınmıştır.

3.4.4 Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ, Conner’s Parent Rating Scale)

Dikkat Eksikliği, hiperaktivite, davranım bozukluğu, kaygı ve somatik bozukluk alt ölçekleri bulunan toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. CADÖ’nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Dereboy Ç. ve ark. 2007). Sorular bu ölçekte ana-babalar tarafından dörtlü Likert ölçeği üzerinde cevaplanmaktadır. “ Hiçbir zaman”, “nadiren”, “sıklıkla” ve “her zaman” seçenekleri sırasıyla ; “0”, “1”, “2”, ve “3” olarak

puanlanmaktadır.

3.4.5 SNAP-IV DEHB Belirti Listesi

Bussing ve ark. Tarafından 2008’de geçerlilik çalışması yapılan SNAP-IV DEHB Belirti Listesi Ölçeği’nin henüz Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yayınlanmamıştır ancak Güler ve arkadaşlarının DEHB için riskli çocukları tespit etmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada ortalama toplam skor 1.5 ve 2.0 standart sapma eşik değerleri ebeveyn formlarında sırasıyla 1.2 ve 1.4, öğretmen formunda sırasıyla 1.7 ve 2.1 olarak saptanmıştır (Güler ve ark., 2014).

DEHB tanısı ve alt tiplerin belirlenmesi için DSM-IV’te yer alan ve dikkati değerlendiren 9, hiperaktivite ve dürtüsellliği değerlendiren 9 maddeden oluşan bir tarama listesidir. Her bir maddede tanımlanan belirtinin varlığı dördürlü Likert ölçeği üzerinde değerlendirilmekte, buna göre “hiç yok”, “çok az”, “oldukça fazla” ve “çok fazla” seçenekleri sırası ile “0”, “1”, “2”, ve “3” olarak puanlanmaktadır. Bu çalışmada DEHB belirti listesi ebeveynlere ve öğretmenlere DEHB alt tipi ve şiddetini belirlemek amacıyla verilmiştir.

3.4.6 Conner’s Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ)

Conner’s tarafından 1969 yılında geliştirilen ve daha sonra kısa formu 1973’te oluşturulan ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım sorunlarını anlamaya yönelik sorular bulunmaktadır. Türkçe’ye uyarlama çalışmaları Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Dereboy Ç. ve ark. 1997, Dereboy Ç. ve ark. 2007). Ölçek 4’lü likert tipindedir. “Hiçbir zaman”, “ nadiren”, “sıklıkla”, ve “her zaman” seçenekleri sırası ile “0”, “1”, “2”, “3” olarak puanlanmaktadır.

BU çalışmada CÖDÖ, öğrencilerin sınıf öğretmenleri veya öğrenciyi en iyi tanıyan öğretmenleri tarafından doldurulmuştur.

3.4.7 Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ) (Emotion Regulation Checklist)

Shields ve Cicchetti (1997) tarafından geliştirilmiş olan Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ) 6-12 yaş grubundaki çocukların duygu ayarlama yetkinliğini değerlendirmektedir. Ölçek 24 maddeden oluşmakta olup, ana-baba tarafından doldurulmaktadır. Ölçek maddeleri “hiçbir zaman (1)” ile “hemen her zaman (4)” arasında değişen dörtlü likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği duygu düzenleme becerisindeki zorluğu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Kapçı, Uslu, Akgün ve Acer (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, Değişkenlik/Olumsuzluk (Lability/negativity) ile Duygu Ayarlama olarak adlandırılan 2 faktörden oluşmaktadır. Değişkenlik/Olumsuzluk alt faktörü 15 maddeden (2., 5., 6., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 17., 19., 20., 22., ve 24. madde) oluşmaktadır. “Bir engelle karşılaştığında kolayca vazgeçer.” maddesi Değişkenlik/Olumsuzluk alt faktörüne bir örnektir. Duygu Ayarlama olarak adlandırılan alt faktörü ise 9 maddeden (1., 3., 4., 7., 15., 16., 18., 21., ve 23. madde) oluşmakta ve toplam puan hesaplanırken bu maddeler ters olarak kodlanmaktadır. Örneğin “Üzüldüğünde, kızdığında ya da korktuğunda duygularını anlatır.” maddesi de duygu ayarlama alt faktörünü değerlendirmektedir.

3.4.8 Güçler Güçlükler Anketi (GGA) (Strenghts and Difficulties Questionarie-SDQ)

1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilmiştir. Bu anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve öğretmen formu ile, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. GGA bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) davranış sorunları, (2) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (3) duygusal sorunlar, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı ‘ toplam güçlük puanı’ nı vermektedir. (Goodman R. 1997). 2008 yılında Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada GGA ebeveyn formu

kullanılmıştır.

3.4.9 Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory-CDI)

Çocuklar için Depresyon Ölçeği, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Örneğin; 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim. 3. Kendimi her zaman üzgün hissederim. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresif belirti şiddeti o kadar ağır demektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy B. tarafından 1991 yılında yapılmış ve depresyon için kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

3.4.10 Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği (Piers-Harris Children's Self Concept Scale)

“Kendim Hakkında Düşüncelerim” adıyla da anılan bu ölçek, 1964 yılında 8-18 yaş grubu öğrencilerin benlik anlayışı (self concept) ölçmek amacıyla Piers ve Harris tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde geliştirilmiştir. Piers ve Harris'in İngilizce olarak geliştirdiği ölçek, Çataklı ve Öner tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 80 maddeden oluşmakta, “evet” ya da “hayır” olarak çocuk tarafından yanıtlanmakta ve altı alt ölçekten oluşmaktadır. Mutluluk ve doyum alt ölçeği 13 sorudan oluşur ve genel benlik saygısını ölçer (örneğin, "halimden memnunum"). Kaygı alt ölçeği 13 sorudan oluşur ve kişide üzüntü ve kötü hissetme değerlendirmesinin yokluğunu ölçer (örneğin, "sık sık üzülür, meraklanırım") Popülerite alt ölçeği 11 sorudan oluşur ve yaşlıları tarafından reddedilmenin yokluğunu ölçer (örneğin "herkes tarafından pek sevilen biri değilim"). Fiziksel görünüm alt ölçeği 10 sorudan oluşur ve fiziksel görünüm hakkında olumlu değerlendirmeyi ölçer (örneğin "yakışıklıyım). Zihinsel durum ve

okul durumu alt ölçeği 7 sorudan oluşur ve akademik alandaki pozitif değerlendirmeyi ölçer (örneğin, "zekiyim"). Toplam puanın yüksek oluşu olumlu benlik kavramını ve benlik saygısının yüksek oluşunu göstermektedir.

3.4.11 Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği (Kern's Security Scale) (KGBÖ)

Kerns ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen ve 15 maddeden oluşan KGBÖ orta çocukluk ve ergenlik öncesi dönemindeki çocuklara uygun olarak geliştirilmiştir. Sümer ve Şendağ tarafından 2009 yılında Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek çocukların bağlanma figürlerini ne oranda duyarlı ve ulaşılabilir gördüklerini, stres altında iken bağlanma figürlerine güvenme eğilimlerini, bağlanma figürleri ile iletişim kurma kolaylığını ve isteklilik düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. 1,3,4,9,10,13,15 maddeleri ters olarak kodlanmakta ve toplam puan 15-60 arasında olmaktadır ve toplam puannın yüksekliği ebeveynlere karşı güvenli bağlanmaya karşılık gelmektedir.

3.5 Verilerin istatistiksel analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 21.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli verilerin normal dağılım testi yapılmıştır. Gruplar arasında Sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi , kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, DEHB grubunda ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerini değerlendirmede Pearson Korelasyon testi ve DEHB grubunda KGBÖ ve DAÖ puanları üzerine etki eden faktörleri göstermek için lineer regresyon analizleri kullanılmıştır. $P<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Olgular ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri

4.1.1. Olguların demografik özellikleri

Gruplar yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. DEHB ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı ve yaş ortalaması

	KONTROL N (%)	DEHB N (%)	p
Cinsiyet			
Kız	10 (18,5)	7(14,6))	0,595 ^a
Erkek	44 (81,5)	41 (85,4)	
Yaş ortalaması	N (ort±ss)	N (ort±ss)	0,075 ^b
	54 (10,1±1,2)	48 (9,7±1,4)	

a=Ki kare test b=Mann Whitney U testi

4.1.2. Olguların prenatal ve perinatal özellikleri ve gelişim basamakları

Gruplar arasında annenin gebelikte sigara-alkol-madde kullanımı ve perinatal komplikasyonlar açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların prenatal ve perinatal özellikleri

	KONTROL	DEHB	p

Gebelikte sigara kullanımı	N	%	N	%	
yok	46	88,5	38	95,0	0,458 ^a
var	6	11,5	2	5,0	
Perinatal komplikasyon					0,114
yok	40	80	24	64,9	
var	10	20	13	35,1	

Ki kare testi a=fisher-exact test

4.1.3 Olguların bebekken bakımını üstlenen kişi ve birincil bakımvereniyle ayrı kalması

Olguların bebekken bakımını üstlenen kişi veya kişileri sadece anne, anne ve birinci dereceden akraba birlikte, anne ve bakıcı birlikte olmak üzere üç gruba ayırdık. Gruplar arasında bebekken bakımını üstlenen kişi açısından anlamlı fark saptandı.($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların bebekken bakımını üstlenen kişi

			Kontrol	DEHB	p
Bebekken bakımını üstlenen kişi	anne	N	43	26	0,002
		%	79,6	55,3	
	anne ve akraba	N	8	21	
		%	14,8	44,7	
	anne ve bakıcı	N	3	0	
		%	5,6	0	

Ki kare testi $p<0,05$

Olguların bebekken anneden ayrı kalma durumlarına bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptandı. ($p<0,05$)(Tablo 5).

Tablo 4. olguların bebekken anneden ayrı kalmaları

			KONTROL	DEHB	P
Bebekken anneden ayrı kalma	var	n	2	8	0,041^a
		%	3,8	17,4	
	yok	n	51	38	
		%	96,2	82,6	

a=Fisher-exact test **p<0,05**

4.1.4 Olguların gelişim basamakları ve akademik özellikleri

Her iki grupta da olguların ilk kelimelerini söylediği, yürüdüğü, cümle kurmaya başladığı ve tuvalet eğitimi aldığı ayların ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo.5 Olguların gelişim basamakları

	Grup						p
	KONTROL			DEHB			
	N	Ort	Std	N	Ort	Std	
Kelime	54,00	12,38	2.71	48,00	12,06	3.16	0,453
Cümle	54,00	24,06	4.75	48,00	23,35	6.47	0,199
Yürüme	54,00	11,94	1.80	48,00	12,02	2.04	0,815
Tuvalet eğitimi	54,00	26,66	6.90	48,00	29,35	8.46	0,069

Mann Whitney U testi $p>0,5$

Okuma-yazma öğrenme zamanı (okuma yazma öğrendiği dönem) ve sınıf tekrarı açısından iki grup karşılaştırıldığında; DEHB grubunun kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha geç okuma yazma öğrendikleri saptandı ($p<0,01$). DEHB olgularıyla normal kontrol grubu arasında sınıf tekrarı açısından anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Olgularda okuma yazma zamanı ve sınıf tekrarı varlığı

		Grup				p
		Kontrol		DEHB		
		N	%	N	%	
Okuma-yazma ne zaman	1.dönem	54	100,0%	35	77,8%	0,001
	2.dönem	0	0,0%	9	20,0%	
	daha sonra	0	0,0%	1	2,2%	
Sınıf tekrarı varlığı	yok	54	100,0%	47	97,9%	0,471
	var	0	0,0%	1	2,1%	

Ki-kare test $P < 0,05$

4.1.5 DEHB grubunun güncel eş tanı mevcudiyeti

DEHB olgularının toplamda % 50'sine bir komorbiditenin eşlik ettiği saptandı.

DEHB olgularının şimdiki eş tanı oranları KOKGB %18,75, enürezis % 16,7, ayrılık anksiyetesi bozukluğu % 4,2, enkoprezis % 4,2, özgül fobi % 6,3 olarak bulundu (Tablo 7). Kontrol grubu olguları ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik görüşme sonrası herhangi bir psikiyatrik tanı kriterini karşılamayan çocuklardan oluşturuldu.

Tablo 7. DEHB grubunun eş tanı oranları

	DEHB (n=48)	
	n	%
KOKGB	9	18,75
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	2	4,2
Özgül Fobi	3	6,3
Enürezis	8	16,7
Enkoprezis	2	4,2

4.1.6. Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi

DEHB tanılı 48 olgu ile 54 sağlıklı kontrol olgusu, ebeveynlerinin yaş ortalamaları, eğitim düzeyleri, birliktelik durumları, anne-baba akrabalık varlığı ve aylık net gelir düzeyleri açısından incelendi. Ebeveynlerin yaş ortalaması, eğitim düzeyi, çalışma durumları, birliktelik ve akrabalık durumları ile aylık net gelir düzeyleri gruplar arasında benzerlik gösterdi ($p>0.05$) (Tablo 8)

Tablo 8. Olguların ebeveynlerine ait demografik özellikler

	KONTROL N(Ort±ss)	DEHB N(Ort±ss)	p
Anne yaş ortalaması	54 (35,44± 5,63)	48 (36,7± 5,41)	0,333
Baba yaş ortalaması	54 (39,79)	48 (40,51)	0,457
Annenin eğitim düzeyi	N(%)	N(%)	0,759
Okur yazar değil	0(0)	0(0)	
ilkokul	25(46,3)	20(41,67)	
ortaokul	7 (12,96)	7 (14,58)	
Lise	16(29,63)	12 (25,0)	
Üniversite	5(9,26)	6(12,5)	0,745
Babanın eğitim düzeyi	N(%)	N(%)	
ilkokul	20(37,04)	16(33,33)	
ortaokul	8(14,81)	11 (22,92)	
Lise	16 (29,63)	14 (29,17)	
Üniversite	10(18,52)	7(14,6)	0,999
Anne çalışma durumu	N (%)	N(%)	
çalışıyor	9 (16,67)	8 (16,7)	
çalışmıyor	45 (83,3)	40 (83,3)	0,327
A-B birliktelik durumu	N(%)	N(%)	
birlikte	47 (87,04)	42 (87,5)	
Ayrı/boşanmış	3 (5,56)	5(10,42)	0,828
Eş kaybı	4 (7,41)	1 (2,08)	
Akrabalık durumu	N(%)	N(%)	
yok	48 (88,89)	42 (87,5)	0,074
var	6 (11,11)	6 (12,5)	
Aile aylık geliri	N(%)	N(%)	
0-1000	1(1,8)	6(12,5)	0,074
1000- 2500	33 (61,11)	20 (41,67)	
2500-5000	17 (31,48)	17 (35,42)	
>5000	3 (5,56)	5 (10,42)	

Ki kare testi $P>0,05$

4.1.7. Ebeveynlerin psikiyatrik ve tıbbi özgeçmişi

Anne ve babanın psikiyatrik tanı alma durumları Tablo 9’ da gösterildi. DEHB olgularının annelerinde psikiyatrik tanı alma oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak bulundu($p<0,05$). Babanın psikiyatrik tanı varlığı açısından incelendiğinde iki grup birbirine benzer bulundu ($p>0,05$). Anne ve babanın tıbbi sağlık problemi bulunması açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 9. Anne ve babada psikiyatrik tanı varlığı

		Kontrol		DEHB		P
		N	%	N	%	
Anne psikiyatrik tanı	yok	51	94,44	32	66,7	0,001^a
	var	3	5,56	16	33,3	
Baba psikiyatrik tanı	yok	51	96,23	42	87,5	0,146 ^a
	var	2	3,7	6	12,5	

Kikare testi $P<0,05$ $a=fisher-exact$ test

Tablo 10. Anne ve babada tıbbi sağlık problemi varlığı

		Kontrol		DEHB		P
		N	%	N	%	
Anne tıbbi sağlık problemi	yok	43	79,63	32	66,7	0,139
	var	11	9,6	16	33,3	
Baba tıbbi sağlık problemi	yok	42	79,25	42	87,5	0,268
	var	11	20,75	6	12,5	

Ki-kare testi $P>0,05$

4.2 Klinik Değerlendirme, Testler ve Ölçeklerden Elde Edilen Veriler

4.2.1 Grupların WISC-R alt test ve toplam puan değerlendirmeleri

DEHB ve kontrol grubunun zeka değerlendirmeleri neticesinde her iki grubun da zeka seviyelerinin normal sınırlarda olduğu saptandı. WISC-R sözel, WISC-R performans ve WISC-R toplam puanlarında DEHB grubunun kontrol grubuna kıyasla daha düşük puanlar aldığı gözlemlendi ve iki grup arasında anlamlı fark saptandı. ($p<0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11: Grupların WISC-R sözel, performans ve toplam puan ortalamaları

WISC-R	KONTROL	DEHB	p
	Ort ± ss	Ort ± ss	
Sözel puan	113,20 ±11,5	99,44±14,62	0,000
Performans puanı	115,27 ±9,92	107,66 ±14,65	0,000
Toplam puan	114,52±11,04	103,36 ±12,85	0,000

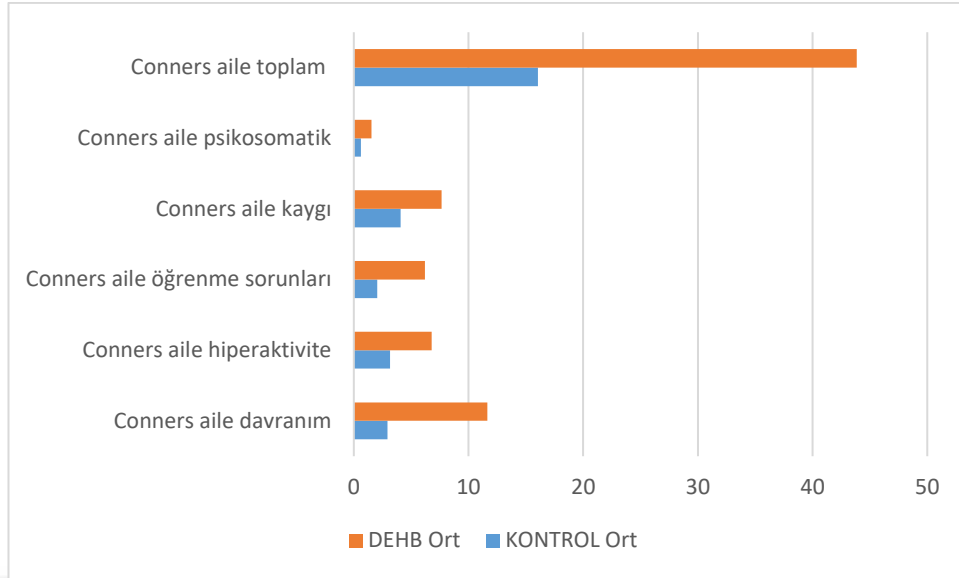
Mann Whitney u testi $p<0,001$

4.2.2. Grupların CADÖ ve SNAP-IV (aile) DEHB için belirti değerlendirme anketi değerlendirilmesi

DEHB grubunun CADÖ ve SNAP-IV aile belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 12). **Tablo 12.** Dehb ve kontrol grubu CADÖ ve SNAP-IV aile puan ortalamaları

	Grup						P
	Kontrol			DEHB			
	N	Ort	Std	N	Ort	Std	
Conners aile davranım	54	2.93	3.89	45	11.64	7.17	0,000
Conners aile hiperaktivite	54	3.17	2.06	45	6.78	2.46	0,000
Conners aile öğrenmeprob	54	2.04	2.17	45	6.20	2.39	0,000
Conners aile kaygı	54	4.09	2.47	45	7.64	3.58	0,000
Conners aile psikosomatik	54	.63	1.15	45	1.53	1.91	0,001
Conners aile toplam	54	16.04	10.29	44	43.84	15.44	0,000
AileSNAP dikkat eks	54	4.17	3.24	44	15.59	5.51	0,000
AileSNAP hiperaktv-dürt	54	5.04	3.91	44	15.64	4.75	0,000
Aile SNAP toplam	54	9.20	6.51	44	31.23	8.80	0,000

Mann Whitney U testi $p<0,001$



Şekil 1. Grupların CADÖ alt ölçek ve toplam puanları

4.2.3. Grupların CÖDÖ ve SNAP-IV (öğretmen) DEHB için belirti değerlendirme anketi değerlendirilmesi

DEHB grubunun CADÖ ve SNAP-IV aile belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p < 0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Dehb ve kontrol grubu CÖDÖ ve SNAP-IV öğretmen puan ortalamaları

	Grup						P
	Kontrol			DEHB			
	N	Ort	Std	N	Ort	Std	
Conners öğretmen dikkat eksikliği	44	2.86	4.37	39	11.13	5.47	0,000**
Conners öğretmen hiperaktivite	44	4.02	3.80	39	9.87	5.46	0,000**
Conners öğretmen davranım	44	1.75	2.80	39	7.56	4.79	0,000**
Conners öğretmen toplam	44	12.14	9.46	39	33.28	12.93	0,000**
Öğretmen SNAP dikkat eksikliği	44	5.09	5.46	38	16.26	6.25	0,000**
Öğretmen SNAP	44	3.77	4.86	38	13.26	6.83	0,000**

hiperaktivite -dürtüsellik							
Öğretmen SNAP toplam	44	8.86	9.01	38	29.53	11.43	0,000**

*Mann Whitney U testi **P<0,001*

4.2.4 Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu Ölçeği verilerinin gruplara göre değerlendirilmesi

DEHB grubu olgularının GGA ebeveyn formu ölçeği toplam güçlük puan ve tüm alt ölçek puan ortalamaları bakımından değerlendirildiğinde DEHB grubunda “olumlu sosyal davranış” alt ölçeği dışında tüm puanlar daha yüksekti ve DEHB grubu bütün alt ölçek ve toplam puanlarda kontrol grubu olgularından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahipti ($p<0,001$)(Tablo 14).

Tablo 14. Dehb ve kontrol grubu GGA alt ölçek ve toplam puanları

	Grup						p
	Kontrol			DEHB			
	N	Ort	Std	N	Ort	Std	
GGA Duygusal sorunlar	54	1.56	1.61	45	3.07	2.30	0,001*
GGA Davranım Problemleri	54	1.22	1.27	45	3.53	2.08	0,000**
GGA Hiperaktivite	54	3.15	2.04	45	7.42	2.01	0,000**
GGA Akran sorunları	54	2.06	1.34	45	3.67	1.88	0,000**
GGA Olumlu sosyal davranış	54	8.04	1.96	45	6.00	2.30	0,000**
GGA Toplam	54	7.98	3.95	45	17.69	5.63	0,000**

*Mann Whitney U testi *p<0,05 **p<0,001*

4.2.5 DEHB Grubunun Genel Klinik Değerlendirme Ölçeğine göre belirti şiddetinin belirlenmesi

DEHB grubunun Genel Klinik Değerlendirme Ölçeği'ne göre belirti şiddeti değerlendirildiğinde DEHB grubunun %37,5'i orta , %45,8'i belirgin, %14,6'sı ağır ve %2,1'i çok ağır olarak değerlendirilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15: Dehb grubunun GKDÖ belirti şiddeti oranları

GENEL KLİNİK DEĞERLENDİRME	DEHB	
	NORMAL	0
		0,0%
	ORTA	18
		37,5%
	BELİRGİN	22
		45,8%
	AĞIR	7
		14,6%
	ÇOK AĞIR	1
		2,1%

4.2.6 Grupların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği Verilerinin Değerlendirilmesi

Grupların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği Toplam puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Kontrol ve Dehb grubunda KGBÖ toplam puanları

	Grup						p
	Kontrol			DEHB			
	N	Ort	Std	N	Ort	Std	
KGBÖToplam puan	52	49.35	8.20	47	48.32	7.37	0,266

Mann-Whitney U testi $P>0,05$

DEHB grubunda KOKGB eşlik eden ve etmeyen olgular Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği toplam puanları açısından incelendiğinde olgular arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17: DEHB grubunda KOKGB eşlik etme durumuna göre KGBÖ puanları

a	DEHB						P
	DEHB			DEHB+KOKGB			0,97
	Ort	Max	Min	Ort	Max	Min	
Kerns toplam	48,61	59,00	31,00	47,11	58,00	24,00	

Mann-Whitney U testi $P>0,05$

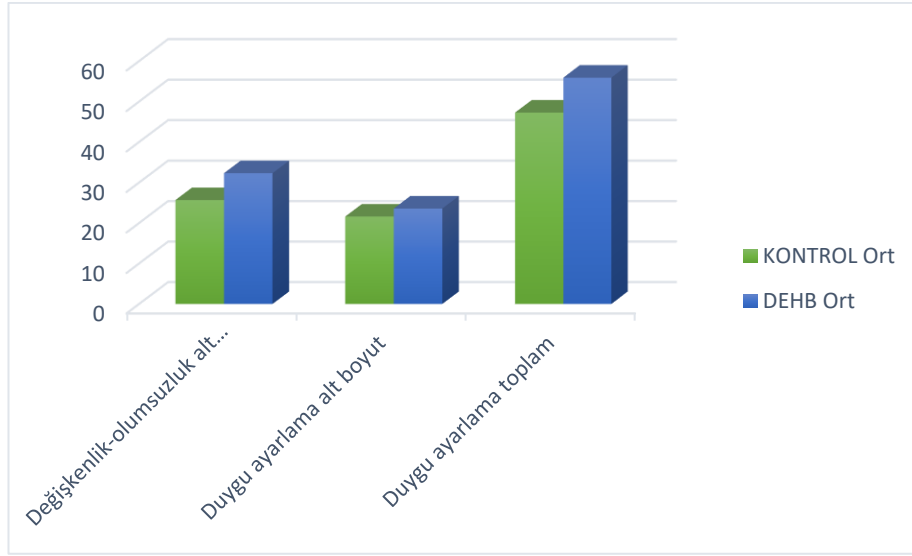
4.2.7 Grupların Duygu Ayarlama Ölçeği alt ölçek ve toplam puanlarının değerlendirilmesi

Her iki grubun da duygu ayarlama toplam puan, duygu ayarlama alt ölçeği ve değişkenlik- olumsuzluk alt ölçek puanlarının ortalamaları incelendiğinde; duygu ayarlama alt ölçek ve toplam puan ortalamaları DEHB grubu olgularında kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Kontrol ve Dehb grubunda Duygu Ayarlama Ölçeği Puan Ortalamaları

	Grup						p
	Kontrol			DEHB			
	N	Ort	Std	N	Ort	Std	
Değişkenlik-olumsuzluk alt boyut	54	25.67	3.51	44	32.30	5.99	0,000**
Duygu ayarlama alt boyut	54	21.61	2.99	44	23.58	3.09	0,002*
Duygu ayarlama toplam	54	47.28	4.57	44	55.91	6.52	0,000**

Mann Whitney u testi * $p<0,05$ ** $p<0,001$



Şekil 2. DEHB ve kontrol grubunun DAÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamaları

4.2.8 Grupların Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği alt ölçek ve toplam puanların değerlendirilmesi

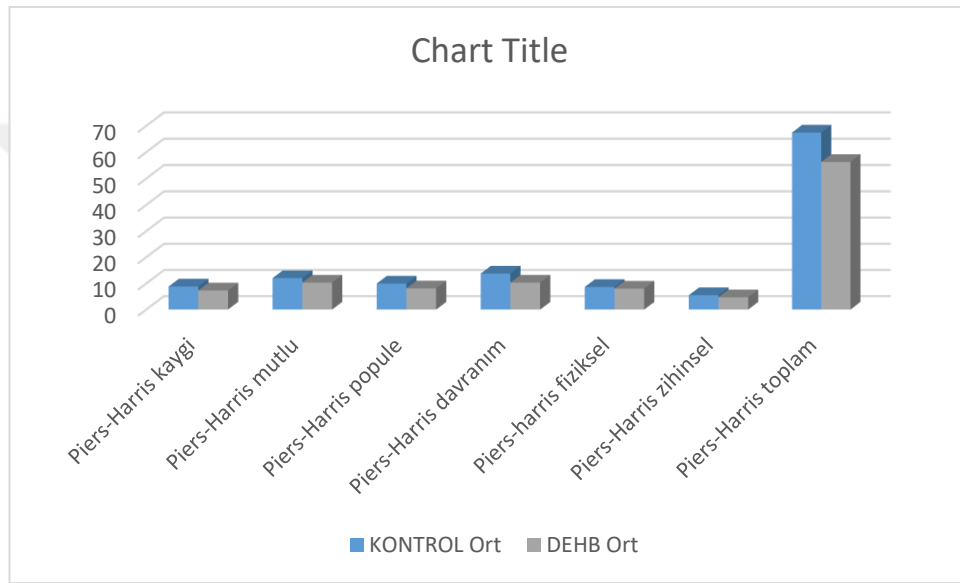
Grupların Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği (PHÇÖKÖ) kaygı, mutluluk-doyum, popülerite, davranım, fiziksel görünüm, zihinsel durum alt ölçek ve toplam puanları değerlendirildiğinde DEHB grubunun ortalama puanları düşüktü ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Grupların PHÇÖKÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamaları

	Grup						p
	KONTROL			DEHB			
	N	Ort	Std	N	Ort	Std	
Piers-Harris kaygi alt ölçeği	54	8.81	2.31	45	7.29	2.53	0,004*
Piers-Harris mutluluk alt ölçeği	54	12.02	1.35	45	10.31	2.27	0,000**
Piers-Harris popülerite alt ölçeği	54	9.93	1.20	45	8.09	2.41	0,000**
Piers-Harris davranım alt ölçeği	54	13.76	1.74	45	10.31	3.36	0,000**

Piers-harris fiziksel görünüm alt ölçeği	54	8.63	1.26	45	7.98	1.74	0,043*
Piers-Harris zihinsel durum alt ölçeği	54	5.50	1.42	45	4.69	1.58	0,008*
Piers-Harris toplam puan	54	67.44	6.42	45	56.27	11.31	0,000**

Mann Whitney u testi *p<0,05 ** p<0,001



Şekil 3: DEHB ve kontrol grubunda Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları

4.2.9 Dehb grubunda ölçekler arası korelasyonların değerlendirilmesi

DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonlar incelendiğinde Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği'nin toplam puanları ile Duygu Ayarlama Ölçeği, GGA ve Conners Aile toplam puanları ile negatif yönde korele olduğu görüldü. Duygu Ayarlama Ölçeği toplam puanları ile Kerns toplam puanı negatif yönde koreleyken, GGAVE Conners Aile toplam puanları ile pozitif yönde koreleydi (Tablo 20).

Tablo 20: DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonlar

	Piers-harris toplam	Duygu ayarlama toplam	Kerns toplam	GGA toplam	Conners aile toplam
Piers-Harris toplam	1,000				
Duygu ayarlama toplam	-,446**	1,000			
Kerns toplam	0,122	-,379*	1,000		
GGA toplam	-,448**	,564**	-,244	1,000	
Conners aile toplam	-,393**	,517**	-,295	,393**	1,000

Pearson korelasyon testi * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

4.2.10 Dehb grubunda KGBÖ ve DAÖ puanları üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizleri

DEHB grubunda KGBÖ puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında DAÖ toplam puanı ile KGBÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 21: KGBÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

	Adj R ²	F	B	t	p
Sabit	0,123	6,890	72,543	7,803	<0,001
DAÖ toplam puan			-0,433	-2,625	0,012

DEHB grubunda DAÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında KGBÖ puanı ile DAÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 22: DAÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

	Adj R ²	F	B	t	p
--	--------------------	---	---	---	---

Sabit	0,123	6,890	72,023	11,644	<0,001
KGBÖ toplam puan			-0,332	-2,625	0,037

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda; Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ayaktan Tedavi Ünitesi'ne DSM-IV tanı ölçütlerine göre ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı olup en az son altı aydır tedavi almayan 8-12 yaş arasındaki çocuklarla, araştırmacının DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilen aynı yaş grubundaki sağlıklı çocukların; sosyodemografik özellikleri, zeka düzeyleri, anneye bağlanmaları, duygu düzenleme zorlukları ve benlik saygıları ile ilgili parametreleri değerlendirildi ve gruplar birbiriyle karşılaştırıldı. Elde edilen veriler güncel yazın eşliğinde tartışıldı.

5.1 Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirme

DEHB ve kontrol grubu arasında yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak fark yoktu. Fakat DEHB grubunda erkek sayısı kız sayısının yaklaşık 6 katı iken kontrol grubunda 4 katı kadardı. DEHB erkeklerde kızlara göre daha yüksek oranda görülmektedir. Toplum bazlı çalışmalarda DEHB sıklığı erkeklerde kızlardan 2-3 kat daha fazla bulunmuştur (Wilcutt ve ark., 2012). Klinik çalışmalarda ise bu oran çok daha yüksektir. Kızlar daha çok dikkat eksikliği gibi içselleştirici problemler gösterirken erkekler daha çok hiperaktivite ve yıkıcı davranışlar gibi dışsallaştırıcı problemler göstermektedir ve dışsallaştırıcı problemler kliniğe başvuru oranını arttırmaktadır (Gershon ve ark., 2002). Bizim çalışmamızda da DEHB grubundaki erkek:kız oranı literatür ile uyumludur.

Gruplar annenin gebeyken sigara-alkol kullanımı ve perinatal komplikasyon açısından incelendiğinde kontrol ve DEHB grubu arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Gebelikte sigara kullanımı ile DEHB arasında bir ilişki olup olmadığı net değildir. Bir çok çalışma bir ilişki olduğunu gösterse de bir çok karıştırıcı

faktörün (genetik faktörler, sigaranın düşük doğum ağırlığına neden olması) kontrol altına alınamadığı görülmüştür . Carsten Obel ve ark. 2016 yılında genetik ve sosyal karıştıran faktörleri kontrol altına alarak yaptıkları bir çalışmada DEHB ve gebelikte sigara kullanımı arasında herhangi bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. İki grup arasında perinatal komplikasyon oranı açısından bir fark yoktu. Birkaç çalışmada Perinatal komplikasyonların çocukluk çağında DEHB başlangıcına katkıda bulunabileceği ya da DEHB'ye ek psikiyatrik komorbiditeyi arttırabileceği bildirilmiştir (Bhutta ve ark., 2002; Nijmeijer ve ark., 2010). 2017 yılında DEHB'nin gelişimine etki edebilecek obstetrik ve neonatal komplikasyonları incelendiği bir metaanaliz çalışmasında tek başına perinatal komplikasyonlar ile DEHB arasında bir ilişki olmadığını, düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (Serati M. ve ark., 2017).

Grupların gelişim basamakları incelendiğinde tuvalet eğitimi ve cümle kurma zamanının DEHB grubunda daha geç aylarda gerçekleşmiş olması ile birlikte gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bebeklik ve çocukluk çağında görülen motor gelişim ve dil gelişim gecikmesinin, ileriki yaşlarda DEHB ile bağlantısı konusundaki çalışmaların sonuçları çelişkili olsa da birkaç araştırmada ilişki gösterilmiştir (Gurevitz 2014). Fakat DEHB semptomlarının özellikle de dikkat eksikliğinin mi bu gecikmeler ile ilişkili olduğu yoksa altta yatan nöropsikolojik bozuklukların mı hem DEHB semptomlarına hem gelişimsel gecikmelere neden olduğu açık değildir (Dyck ve Piek 2012).

Gruplar okuma-yazma zamanı ve sınıf tekrarı varlığı incelendiğinde DEHB grubunun kontrol grubuna göre okuma-yazmaya geçme zamanının daha geç olduğu görüldü ve gruplar arasında anlamlı farklılık görüldü. Gruplar arasında sınıf tekrarı varlığı açısından anlamlı farklılık görülmedi.

5.2 Ebeveyne Ait Sosyodemografik Özellikler

DEHB ve kontrol grubu arasında anne-baba yaş ortalamaları, çalışma durumları, anne-babanın birliktelik durumu , anne-baba eğitim durumu, anne-babanın akrabalık durumu ve ailenin aylık net geliri açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Gruplar anne-babanın tıbbi sağlık problemi ve anne-babanın psikiyatrik tanı

varlığı açısından incelendiğinde sadece annenin psikiyatrik tanısı varlığı gruplar arasında anlamlı olarak farklıydı. Annedeki psikiyatrik tanılarının büyük bölümü depresyon ve anksiyete gibi nevrotik bozukluklardan oluşmaktaydı. Birçok çalışmada DEHB’li çocukların ebeveynlerinde özellikle de annelerinde yüksek oranda psikopatoloji saptanmıştır (Sprich ve ark., 2000; Chronis ve ark., 2003). En sık psikopatolojiler de DEHB ve depresyon olarak bildirilmiştir. Annede psikopatoloji bulunmasının DEHB’li çocuklarda semptomların kalıcı ve yüksek şiddette olmasına neden olduğu bildirilmiştir. (Biederman J., 2011). Agha ve arkadaşları 2016’da 4 yıl DEHB’li çocukları ve annelerini izleyerek yaptıkları çalışmada annelerde %12,9 oranında depresyon olduğunu bildirmişler ve annede depresyon olması DEHB’li çocukların ileriki yıllarında davranım bozukluğu semptomları geliştirme riskini attırdığını bildirmişlerdir (Agha ve ark., 2016).

5.3 Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

DEHB ve kontrol grubunun zihinsel değerlendirmeleri sonucunda DEHB grubunun zeka seviyesinin normal sınırlarda, kontrol grubunun zeka seviyesinin de parlak zeka düzeyinde olduğu saptandı. DEHB grubunun sözel, performans ve total zeka puanları sırasıyla; $102,38 \pm 17,06$, $107,16 \pm 17,85$ ve $105 \pm 16,11$ idi. Kontrol grubunun sözel, performans ve total zeka puanları ise sırasıyla $112,73 \pm 15,56$, $118,59 \pm 15,32$ ve $117 \pm 14,7$ şeklindeydi. İki grup birbiriyle kıyaslandığında kontrol grubu sözel, performans ve toplam zeka puanları olmak üzere üç zeka puanı türünde DEHB grubundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldı. DEHB olan olgular WISC-R ile değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre bazı alt testlerde daha düşük puanlar almakla birlikte (şifre, aritmetik, resim düzenleme vs.) genel olarak normal zeka düzeyinin biraz altında yada normal sınırlarda olduğu bildirilmiştir (Boweras ve ark., 1992). Performans IQ’nun görsel ve mekânsal alanlarla ilgili yetenekleri ölçtüğü ve yüksek dikkat gerektirdiği için DEHB’li çocuklarda düşük puanlar alındığı bildirilmiştir.(Hesapçıoğlu T.S, 2014, Faraone ve ark., 1993) . Aksine bazı çalışmalar DEHB’li çocuklarda sağlıklı çocuklara göre performans IQ puanları arasında anlamlı fark bildirmemiştir (Tsai ve ark., 2013).

Kerns Güvenli Bağlanma ölçeği (KGBÖ) toplam puanının yüksekliği güvenli

bağlanmayı göstermektedir. DEHB grubunun ortalama puanı 48,32 iken kontrol grubunun ortalama puanı 49,35 idi. Gruplar KGBÖ toplam puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanamadı. Çok yakın zamanlı 5-9 yaş arasındaki DEHB olan olguların bir hikaye tamamlama testi ile dezorganize-güvensiz, kaçınan-güvensiz, kaygılı-güvensiz ve güvenli bağlanma olarak sınıflandırıldığı bir çalışmada DEHB olan olguların daha yüksek oranda dezorganize-güvensiz bağlanma gösterdikleri ve güvensiz bağlanmanın daha çok dışa dönük davranım problemleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Franke ve ark.,2017). Toplum örnekleminin kullanıldığı prospektif bir çalışmada bebeklikteki dezorganize bağlanma ile 7 yaşında DEHB vakaları arasında bir ilişki bulunmazken öğretmenlerin bildirdiği hiperktivite ve dikkat semptomlarının şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (Pinto ve ark., 2006). Yine yakın zamanlı S. Guttmann-Steinmetz ve ark.'nın 2011'de kontrol grubunu toplum örnekleminde aldıkları bir çalışmada hem annelerden hem çocuklardan güvenli bağlanma öykülerinin senaryolaştırılması istenmiş ve kontrol grubunda anne ve çocukların senaryoları arasında olumlu yönde bir ilişki saptanırken, DEHB grubunda olumlu yönde bir ilişki görülmemiştir. Biz çalışmamızda DEHB ve kontrol grubu arasında KGBÖ toplam puanları açısından herhangi bir farklılık tespit etmedik. DEHB'li ergenlerin kontrol grubuyla bağlanma biçimleri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Gençoğlu ve ark., 2016). DEHB olan olguların kimlik oluşumu ve bağlanma biçimlerinin incelendiği bir çalışmada DEHB ile kontrol grubu arasında bir farklılık bulunmaz iken herhangi bir komorbidite eşlik eden DEHB grubunun daha güvensiz bağlanma yönünde eğilim gösterdikleri bildirilmiştir (Çetin F. ve ark., 2013). Bizim bulgularımız literatür ile uyumlu gözükmektedir.

Gruplar Duygu Ayarlama Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları açısından değerlendirildiğinde DEHB ve Kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde farklılıklar vardı. Graziona ve Garcia 2016'da yayınladıkları metaanaliz çalışmasında DEHB olan olgularda duygu düzenleme bozukluğunu duygu tanıma(Emotion Recognition/Understanding), duygusal reaktivite/olumsuzluk/değişkenlik(Emotional Reactivity/Negativity/Lability) ve duygu düzenleme(Emotion Regulation) olmak üzere üç basamakta incelemiştir ve yine bu metaanalizde çalışmamızda

kullandığımız Duygu Ayarlama Ölçeği'nin değişkenlik-olumsuzluk alt ölçek puanlarının duygusal reaktivite/olumsuzluk/ değişkenlik basamağını ölçebildiğini, duygu ayarlama alt ölçek puanının ise duygu düzenleme basamağını ölçtüğünü bildirmişlerdir. Gruplar arasındaki anlamlı farklılık DEHB olan olguların her iki basamakta da kontrollere göre belirgin derecede zorluklarının olduğunu göstermektedir. DEHB'li bireylerde duygu düzenleme güçlükleri olduğunu bildiren bir çok çalışma bulunmaktadır (Melnick ve ark., 2000; Walcott ve ark., 2004). DEHB olgularında duygu düzenlemenin işlevsellikle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada olgularının kontrollere göre duygu düzenleme güçlükleri yaşadıkları ve duygu düzenleme güçlüklerinin işlevselliğin bozulması ile yakından ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Anastotopoulos ve ark, 2010). Jensen ve ark. 2004 yılında yaptıkları bir çalışmada DEHB olan olguların kontrollere göre hem olumlu hem olumsuz duygusal olarak yoğun olaylara karşı emosyonel reaktivitelerinin bozuk olduğunu göstermişlerdir. Bizim bulgularımız literatür ile uyumlu görünmektedir.

Gruplar Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırıldığında DEHB grubunun ortalama puanları kontrol grubundan düşüktü ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktaydı. PHÇÖKÖ'nde mutluluk ve doyum, popülerite, fiziksel görünüm, zihinsel durum ve kaygı alt ölçekleri bulunmaktadır. Toplam puan ve alt ölçek puanlarının yüksekliği olumlu benlik kavramı ve benlik saygısının yüksek oluşu ile paraleldir. Kaygı alt ölçek puanının yüksek oluşu kişinin kaygı ve üzüntüyü az hissettiğini göstermektedir. 8-15 yaş arasındaki çocukların katıldığı, DEHB olan grup ile kontrol grubunun benlik saygısı açısından karşılaştıran bir çalışmada DEHB grubunda benlik saygısı puanlarını anlamlı ölçüde düşük bulmuşlardır (Lerdpaisanskul M. ve ark., 2017). Üniversite öğrencilerinde DEHB semptomlarının okula uyum, kişilerin benlik saygısını ve sosyal becerilerini ne kadar etkilediğini inceleyen bir çalışmada DEHB semptomları ile benlik saygısı ve okula uyumun ve sosyal becerilerin negatif yönde ilişkili olduğu ve DEHB'li olgularda uyumu en çok etkileyen parametrenin benlik saygısı olduğunu bildirmişlerdir. (Shaw-Zirt ve ark., 2005). Houck ve ark. 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada 6-18 yaş arasında DEHB olan olgular değerlendirilmiş ve DEHB grubunun benlik saygısının daha düşük olduğu ve benlik saygısı puanlarının özellikle içselleştirici sorunlar ile daha çok ilgili olduğunu

bildirmişlerdir. Çalışma bulgularımız literatür ile uyumlu gözükmektedir.

DEHB grubunda ölçekler arasında korelasyonlar incelendiğinde KGBÖ toplam puanları ile CADÖ ve GGA toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken KGBÖ toplam puanı ile CADÖ'nin davranım problemleri alt ölçek puanları arasında negatif korelasyon saptandı. Bu bulgu güvenli bağlanma ile davranım problemleri arasında negatif yönde ilişki olduğunu göstermektedir. Anne-çocuk bağlanmasının orta çocukluk dönemindeki davranış problemlerine etkisini inceleyen bir araştırmada güvensiz bağlanan çocukların daha çok dışsallaştırıcı davranış problemleri gösterdiği bildirilmiştir (Connor ve ark., 2015). Bir metaanaliz çalışmasında erken çocuklukta anne ile çocuk arasındaki güvenli bağlanmanın çocuğun dışsallaştırıcı davranışları üzerinde düzenleyici etkisi olduğu bildirilmiştir (Fearon ve ark., 2010).). DEHB ve bağlanma arasındaki çalışmaların bulguları çelişkili görünmektedir. DEHB ve bağlanma arasındaki birkaç çalışma dezorganize bağlanmanın DEHB semptomları ile ilişkili olduğunu bildirenken (Pinto, 2006; Thorell, 2012) aksi yönde DEHB semptomları ile bağımsız olarak ilişki bulmayıp dezorganize bağlanmanın davranım problemlerine bağlı olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Forslund, 2016; Nigg, 2006).

DEHB grubunda DAÖ toplam puanları ile CADÖ ve Güçler Güçlükler Anketi toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görüldü. Bu bulgu DEHB olan olgularda duygu düzenleme güçlüklerinin olmasının yanında, semptomların (dikkat eksikliği, hiperaktivite, davranım sorunları vs.) şiddetinin yüksek oluşu ile duygu düzenleme becerilerindeki bozulmanın ilişkili olduğunu göstermektedir. DEHB'li olgularda duygu düzenleme becerilerinin incelendiği ve DEHB'li olgularda duygu düzenleme becerilerindeki bozulmaların gösterildiği çalışmalar (Sobanski ve ark., 2010, Becker ve ark., 2006) ile bulgularımız uyumlu gözükmektedir.

DEHB grubunda PHÇÖKÖ toplam puanları ile CADÖ ve GGA toplam puanları arasında negatif yönde korelasyon olduğu saptandı. Bu bulgu semptomların (dikkat eksikliği, hiperaktivite, davranım sorunları vs.) şiddeti ile benlik saygısının negatif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir.

DEHB grubunda KGBÖ toplam puanları ile DAÖ toplam puanları arasında negatif yönde korelasyon olduğu görüldü. Bu bulgu güvenli bağlanmanın duygu düzenleme becerilerindeki zorluklarla negatif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çocukların duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde erken dönemdeki ilişkilerin öneminden dolayı duygu düzenleme bozuklukları olan çocukların ebeveyn-çocuk etkileşimlerinde sorunları olduğu düşünülmüştür.(Thompson RA., 2001). Kullik ve Peterman ergenlerde bağlanma, depresyon ve duygu düzenleme becerilerini inceledikleri bir çalışmada güvensiz bağlanan çocukların duygu düzenleme becerilerinde sorunlar olduğunu bildirmiş (Kullik ve ark., 2013) ve yine başka bir çalışmada ebeveyn sıcaklığını algılayan ergenlerin daha iyi başa çıkma stratejileri kullandıkları ve iyi bağlanan çocukların duygularını daha iyi düzenleyebildiklerini bildirmişlerdir. (Wolfradt ve ark, 2003). Ülkemizde okul öncesi dönemdeki çocukların bağlanma biçimleri ile duygu düzenleme becerilerinin incelendiği bir çalışmada güvenli bağlanan çocukların duygu düzenleme becerilerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir. (Ural ve ark, 2015). Bizim bulgularımız literatürdeki çalışmalar ile uyumlu gözükmektedir.

DEHB grubunda DAÖ ile PHÖKÖ toplam puanları arasında negatif yönde korelasyon olduğu görülmektedir. Bu bulgu benlik saygısı ile duygu düzenlemenin negatif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Birkaç çalışmada agresyon ile düşük benlik saygısı arasında ilişki olduğu bildirilirken (Boden, Fergusson, & Horwood, 2007; Walker & Bright, 2009) tam aksi yönde benlik saygısının yüksek oluşunun agresif davranışları tetiklediğini söyleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Bushman et al., 2009; Muller, Bushman, Subra, & Ceaux, 2012). Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada, toplum örneklemindeki olgularda agresif davranışların ortaya çıkmasında duygu disregulasyonuna düşük benlik saygısının dolaylı etkisi olduğu bildirilmiş ve düşük benlik saygısının olumsuz duygular olduğu anda daha iyi hissetmek için bir yol bulabileceğine ilişkin inancı azaltması nedeniyle kişileri agresif davranışlara yöneltebileceği söylenmiştir. (Garofalo ve ark, 2016).

DEHB grubunda KGBÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında DAÖ toplam puanı ile KGBÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu duygu düzenleme güçlüklerinin güvenli bağlanmayı negatif yönde etkilediğini göstermektedir. Güvenli bağlanan çocukların duygu düzenleme becerilerinin daha iyi olduğu bir çok çalışmada bildirilmiştir (Ural ve ark., 2015.; Kullik ve ark., 2013). Bulgularımız literatür ile uyumlu gözükmektedir.

DEHB grubunda DAÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında KGBÖ toplam puanı ile DAÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgumuz güvenli bağlanmanın duygu düzenlemeyi etkilediğini göstermektedir. Yukarıda görüldüğü gibi bu ilişki çift yönlüdür. Storebo ve ark. 2013'te DEHB ve bağlanma ilişkisini etkileyen faktörleri incelediği metanaliz sonucunda bazı DEHB olgularının bağlanma bozukluklarına ikincil olarak DEHB semptomları geliştirdiğini söylemiş ve bunları “semptomatik DEHB” olarak tanımlamıştır, bazı DEHB olgularının genetik olarak yatkın olan doğuştan nöropsikolojik bozukluklarının olduğunu söylemiş ve bunları “core DEHB” olarak tanımlamıştır ve bu makalede aynı zamanda DEHB ve bağlanma ilişkisine etki eden faktörlerden birinin de duygu düzenleme güçlükleri olduğunu bildirmiştir (Storebo ve ark., 2013).

Kısıtlılıklar

Çalışmamızın örneklem büyüklüğü daha fazla olsaydı, normal dağılım sağlanabilir ve tüm karşılaştırmalar için parametrik analizler yapılabilirdi.

Çalışmamızda DEHB grubunun çocuk psikiyatri polikliniğinden seçilmiş olması, klinik olarak daha şiddetli belirtileri olan vakaların olduğu bir grup oluşmasına sebep olabilir. Bulgularımız toplum örneklemine genellenemeyebilir.

Sonuç ve öneriler

Çalışmamızda DEHB olan çocuklarda anneye bağlanma, duygu düzenleme ve benlik saygısı seviyelerinin sağlıklı çocuklar ile karşılaştırılması ve DEHB olan çocuklarda anneye bağlanma, duygu düzenleme ve benlik saygısı seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştırmak hedeflenmiştir.

DEHB grubu ile kontrol grubu arasında anneye bağlanma seviyeleri arasında herhangi bir fark bulunmadığı, duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğu ve benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

DEHB grubu içinde KGBÖ ile CADÖ davranım problemleri alt ölçeği arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu güvenli bağlanma ile davranım problemleri arasında negatif yönde ilişki olduğunu göstermektedir.

DEHB grubu içinde güvenli bağlanma ile duygu düzenlemenin negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. DEHB grubu içinde duygu düzenleme ile benlik saygısının negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

DEHB grubu içinde KGBÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin linner regresyon analizi yapıldığında DAÖ toplam puanının KGBÖ toplam puanını etkilediği saptanmıştır. Bu bulgu duygu düzenleme güçlüklerinin güvenli bağlanmayı negatif yönde etkilediğini göstermektedir. DAÖ toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında KGBÖ toplam puanının DAÖ toplam puanını etkilediği görülmüştür. Bu bulgu güvenli bağlanmanın duygu düzenlemeyi etkilediğini göstermektedir. Güvenli Bağlanma ve duygu düzenleme arasında çift yönlü ilişki olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda DEHB olan olguların anneye güvenli bağlanma, duygu düzenleme ve benlik saygısı parametrelerini kontrol grubu ile karşılaştırıp, DEHB grubunda bu parametreler arasındaki ilişkiye baktık. DEHB grubunun belirgin oranda duygu düzenleme güçlüklerinin olduğunu, benlik saygılarının düşük olduğu ve DEHB grubunda duygu düzenleme güçlükleri ile benlik saygısı ve duygu düzenleme güçlükleri ile güvenli bağlanma arasında negatif yönde ilişki olduğu saptandı. DEHB grubunda duygu düzenlemenin güvenli bağlanmayı, güvenli bağlanmanın da duygu düzenlemeyi etkilediği gösterilmiştir. Bu konuda daha çok ve prospektif araştırmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

- Anastopoulos, A. D., Smith, T. F., Garrett, M. E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N. K., Sommer, J. L., ... Ashley-Koch, A. (2011). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 583–592.
- Banerjee, T. Das, Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 96(9), 1269–1274.
- Barber, S., Grubbs, L., & Cottrell, B. (2005). Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 235–245.
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The Unique Contribution Of Emotional Impulsiveness To Impairment In Major Life Activities In Hyperactive Children As Adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(5), 503-513.
- Becker A, Steinhausen HC, Baldursson G, Dalsgaard S, Lorenzo MJ, Ralston SJ, Döpfner M, Rothenberger A; ADORE Study Group: Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(suppl 1):I56–I62
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2007). Self-esteem and violence: Testing links between adolescent self-esteem and later hostility and violent behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 881–891.
- Bozicevic, L., De Pascalis, L., Schuitmaker, N., Tomlinson, M., Cooper, P. J., & Murray, L. (2016). Longitudinal Association between Child Emotion Regulation and Aggression, and the Role of Parenting: A Comparison of Three Cultures. *Psychopathology*, 49(4), 228–235
- Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Hou W, Wilson Garvan C, Eyberg S, et al. Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder

symptoms: Psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment* 2008;15(3):317-28

Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents. *Jama*, 315(18), 1997.

Childress, A. (2017). The safety of extended-release drug formulations for the treatment of ADHD. *Expert Opinion on Drug Safety*, 16(5), 603–615.

Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S., & Steifel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 179–198.

Coopersmith S. The Antecedents of Self esteem. San Francisco: CAA Freeman, 1967.

Çalışır, M. (2009). Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(3), 240–255.

Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 1986.

Damon, W. Ve Hart, D. (1992). Self Understanding And Its Role In Social And Moral Development. (Eds: Born Stein, M.H. & Lamb, M.E.) *Development Psychology İçinde* (S. 421-464). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.

Demoulin, D.F. (1999). A Personalized Development Of Self-Concept For Beginning Readers, *Education*, Cilt. 120, Sayı. 1.

Dereboy, Ç., Et Al., Connors Kısa Form Öğretmen Ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliği.

- Deschamps, P. K. H., Schutter, D. J. L. G., Kenemans, J. L., & Matthys, W. (2015). Empathy and prosocial behavior in response to sadness and distress in 6- to 7-year olds diagnosed with disruptive behavior disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(1), 105–113
- Dickstein SG, Bannon K, Castellanos FX, Milham MP: The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: an ALE meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2006, 47:1051-62.
- Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS, Labouvie-Vief G. Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 1656-1669.
- Donker GA, Groenhof F, van der Veen WJ. Increasing trend in prescription of methylphenidate in general practices in the north-east of the Netherlands, 1998–2003. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005.
- Dyck, M. J., & Piek, J. P. (2014). Developmental Delays in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 466–478.
- Ellison-wright, I., Ellison-wright, Z., & Bullmore, E. (2008). Structural brain change in Attention Deficit Hyperactivity Disorder identified by meta-analysis, 8, 1–8.
- Enol, S. Ş., Ener, Ş. Ş., & Dereboy, F. (2007). Connors K 1 sa Form Ö ğ retmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerli ğ i, 18(1), 48–58.
- Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U. A., Yazici, K. U., Basay, B. K., ... Rohde, L. A. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children : a 4-year longitudinal study, 1–10.
- Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Nelson, P., Polanczyk, G. V., Flaxman, A. D., Vos, T., ... Scott, J. G. (2013). Research Review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global

- Burden of Disease Study 2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12), 1263–1274.
- Faraone SV, Biederman J. Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Rev* 2000;20:568–81.
- Faraone, S. V., Biederman, j., & Mick, e. (2005). the age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *psychological medicine*, 36(2).
- Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulan file for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(4), 353–364.
- Faraone, S. V., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(1), 159–180.
- Findling, R. L., Short, E. J., Mcnamara, N. K., Demeter, C. A., Stansbrey, R. J., Gracious, B. L., ... Calabrese, J. R. (2007). Methylphenidate In The Treatment Of Children And Adolescents With Bipolar Disorder And Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1445–1453.
- Forslund, T., Brocki, K. C., Bohlin, G., Granqvist, P., & Eninger, L. (2016). The heterogeneity of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and conduct problems: Cognitive inhibition, emotion regulation, emotionality, and disorganized attachment. *British Journal of Developmental Psychology*, 34(3), 371–387.
- Franke, S., Kissgen, R., Krischer, M., & Sevecke, K. (2017). Attachment in Children with ADHD, 497–510.
- Froehlich, T. (2008). What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*.

- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive Behavior*, 42(1), 3–15.
- Gershon, J. and J. Gershon, *A meta-analytic review of gender differences in ADHD*. Journal of attention disorders, 2002. 5(3): p. 143-154.
- Giummarra, M. J., Fitzgibbon, B. M., Georgiou-Karistianis, N., Beukelman, M., Verdejo-Garcia, A., Blumberg, Z., ... Gibson, S. J. (2015). Affective, sensory and empathic sharing of another's pain: The Empathy for Pain Scale. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 19(6), 807–816.
- Goodman R., The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note Journal of Child Psychology and Psychiatry 1997;38(5):581-586
- Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., & Green, J. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: Relationship with parental AAI, SAT and child behavior. *Attachment & Human Development*, 2, 71–84.
- Gökler, B., et al., Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version- turkish version (K-SADS-PL-T). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2004. 11(3): p. 109-116.
- Green, J., Stanley, C., & Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & Human Development*, 9, 207–222.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences, 281–291.
- Gross Jj, Richards Jm, John Op. (2006). Emotion Regulation In Everyday Life. Emot Regul Couples Fam Pathways To Dysfunct Heal. 13– 35.

- Guttmann-steinmetz, S., Crowell, J., Doron, G., & Mikulincer, M. (2011). Associations between mothers' and children's secure base scripts in ADHD and community cohorts, *13*(6), 597–610.
- Güler, AS, Scahill L, Jeon S, Taşkın B, Dedeoğlu C, Ünal S, Yazgan Y. Use of Multiple Informants to Identify Children at High Risk for ADHD in Turkish School-Age Children. *J Atten Disord* 2014;.
- Güvenir T., Özbek A., Baykara B. ve ark. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe Versiyonunun psikometrik özellikleri Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008.
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *20*(4), 295–305.
- Hebebrand, J., et al., A genome-wide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in 155 German sib-pairs. *Molecular Psychiatry*, 2006
- Hirota, T., Schwartz, S., & Correll, C. U. (2014). Alpha-2 agonists for attention-deficit/hyperactivity disorder in youth: A systematic review and meta-analysis of monotherapy and add-on trials to stimulant therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*(2), 153–17
- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., & Wiebe, G. (2011). Self-Concept in Children and Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, *26*(3), 239–247.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., ... Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(3), 382–391.
- Inci, S. B., İpci, M., Akyol Ardıç, U., & Ercan, E. S. (2016). Psychiatric Comorbidity and Demographic Characteristics of 1,000 Children and Adolescents With ADHD in Turkey. *Journal of Attention Disorders*.

- Jensen, S. A., & Rosén, L. A. (2015). Emotional reactivity in children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, 8(2), 53–61.
- Jensen, P. (2002). Longer term effects of stimulant treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 6 Suppl 1(Canada LG-English PT-Journal: Review EM-200300 DD-20080712), S45-56.
- Kaufman, J., et al., Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997. 36(7): p. 980-988.
- Kerns KA, Aspelmeier JE, Gentzler AL, Grabill CM. Parent-child attachment and monitoring in middle childhood. *Journal of Family Psychology* 2001;15:69–81
- Kissgen, R., Krischer, M., Kummetat, V., Spiess, R., Schleiffer, R., & Sevecke, K. (2009). Attachment representation in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopathology*, 42(3), 201–208
- Kissgen, R., & Franke, S. (2016). An attachment research perspective on ADHD. *Neuropsychiatrie*, 30(2), 63–68.
- Kita, Y. (2017). (2017). The Direct/Indirect Association of ADHD/ODD Symptoms with Self-esteem, Self-perception, and Depression in Early Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 8(July), 1–9.
- Krämer, U. M., Mohammadi, B., Doñamayor, N., Samii, A., & Münte, T. F. (2010). Emotional and cognitive aspects of empathy and their relation to social cognition-an fMRI-study. *Brain Research*, 1311, 110–120.
- Kullik, A., & Petermann, F. (2013). Attachment to parents and peers as a risk factor for adolescent depressive disorders: The mediating role of emotion regulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(4), 537–548.

- Lerdpaisanskul, M., Boonchooduang, N., Charnsil, C., & Louthrenoo, O. (2017). Self-esteem in children with attention-deficit / hyperactivity disorder, (4), 1–8.
- Mack, A. (2011). Gray Matter Volume Abnormalities in ADHD: Voxel-Based Meta-Analysis Exploring the Effects of Age and Stimulant Medication. *Psychiatry*, 2013, 38–39
- Mangelsdorf SC, Frosch CA. Temperament and attachment: one construct or two? *Adv Child Dev Behav* 1999; 27:181-220.
- Maoz, H., Tsviban, L., Gvirts, H. Z., Shamay-Tsoory, S. G., Levkovitz, Y., Watemberg, N., & Bloch, Y. (2014). Stimulants improve theory of mind in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 28(3), 212–219.
- Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L (2013) Parents psychopathology of children with Attention deficit hyperactivity disorder.
- Mazzone, L. (2013). Self-Esteem Evaluation in Children and Adolescents Suffering from ADHD. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9(1), 96–102.
- Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 73–86.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment At Early School Age And Developmental Risk: Examining Family Contexts And Behavior Problems Of Controlling– Caregiving, Controlling–Punitive, And Behaviorally Disorganized Children. *Developmental Psychology*, 40, 519–532.
- Mukaddes, N.M., Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar, 2015.

Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 41:1111-1123

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384–427.

NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Clinical Guideline 72. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2008.

Obel C., Zhu, J. L., Olsen, J., Breining, S., Li, J., Grønberg, T. K., Gissler, M., & Rutter, M. (2016). The risk of attention deficit hyperactivity disorder in children exposed to maternal smoking during pregnancy – a re-examination using a sibling design, 4, 532–537

O'Connor, E. E., Scott, M. A., McCormick, M. P., & Weinberg, S. L. (2014). Early mother-child attachment and behavior problems in middle childhood: the role of the subsequent caregiving environment. *Attachment and Human Development*, 16(6), 590–612.

Organization, W.H., *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1992: Geneva: World Health Organization.

Owens JS, Goldfine ME, Evangelista NM, Hoza B, Kaiser NM. A critical review of self-perceptions and positive illusory bias in children with ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev* (2007) 10:335–51.

Öner N . Piers-Harris'in Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği El Kitabı Ankara : Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1996.

Öy B: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:132-136.

- Piers, E. V, & Harris, D. B. (1964). Age and other correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology*, 55(2), 91–95.
- Pinto, C., Turton, P., Hughes, P., White, S., & Gillberg, C. (2006). ADHD and infant disorganized attachment: A prospective study of children next-born after stillbirth. *Journal of Attention Disorders*, 10, 83–91.
- Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2007). Epidemiology of attention-deficit / hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 386–392.
- Rasgon LN, Hendrick VC, Garrick RT ;Sadock, B. J. . S. (2009). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. *Volume2*, 2305–2306.
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Rosenberg, M. Society and The Adolescent Self-image. Princeton University Press, Princeton, 1965.
- Sarı, E., 2016. *Özgüven duygusu*. Antalya: Net Medya Yayıncılık.
- Savaşır, I. and Ş.N.W.Ç.İ. Zeka, *Ölçeği (WISC-R) El Kitabı*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1995: p. 13-52.
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 19(1).
- Serati, M., Barkin, J. L., Orsenigo, G., Altamura, A. C., & Buoli, M. (2017). Research Review: The role of obstetric and neonatal complications in childhood attention deficit and hyperactivity disorder - a systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 12, 1290–1300.

- Sermin, K. (2011). Bağlanma Ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321–342.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2016). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Focus*, 14(1), 127–144.
- Shaw-Zirt, B. (2005). Adjustment, Social Skills, and Self-Esteem in College Students With Symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8(3), 109–120.
- Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, Chen W, Franke B, Holtmann M, Krumm B, Sergeant J, Sonuga-Barke E, Stringaris A, Taylor E, Anney R, Ebstein RP, Gill M, Miranda A, Mulas F, Oades RD, Roeyers H, Rothenberger A, Steinhausen HC, Faraone SV: Emotional Lability İn Children And Adolescents With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Clinical Correlates And Familial Prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 915–923
- Sprich S, Biederman J, Crawford MH, et al. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(11):1432–7.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Mood lability and psychopathology in youth, 1237–1245.
- Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., & Simonsen, E. (2016). Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *Journal of Attention Disorders*, 20(2), 187–196.
- Sümer, N., & Anafarta Şendağ, M. (2009). Orta Çocukluk Döneminde Ebeveynlere Bağlanma , Benlik Algısı ve Kaygı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), 86–101.
- Thompson, R. A., Calkins, S. D. (1996). The Double-Edged Sword: Emotional Regulation For Children At Risk. *Development And Psychopathology*. 8(01): 163-182.

- Thompson, R. A. (2001). Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. In *The developmental psychopathology of anxiety*. (pp. 160–182).
- Thorell, L. B., Rydell, A. M., & Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment and Human Development*, 14(5), 517–532.
- Tüzün, O., & Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1), 24–39.
- Walcott, C. M., & Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 33(4), 772–782.
- Walker, J. S., & Bright, J. A. (2009). False inflated self-esteem and violence: A systematic review and cognitive model. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*.
- Weiss, G. and G. Weiss, *Attention deficit hyperactivity disorder in M. Lewis*. Child and adolescent psychiatry, 1991.
- Wechsler, D., *Wechsler intelligence scale for children*. 1949
- Williams, N. M., Zaharieva, I., Martin, A., Langley, K., Mantripragada, K., Fossdal, R., ... Thapar, A. (2010). Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: A genome-wide analysis. *The Lancet*, 376(9750), 1401–1408.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346.

Willcutt EG, Th Storebø, O. J., Rasmussen, P. D., & Simonsen, E. (2016). Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *Journal of Attention Disorders*, 20(2), 187–196.

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.

Zhu, J. L., Olsen, J., Breining, S., Li, J., Grønberg, T. K., Gissler, M., & Rutter, M. (2016). The risk of attention deficit hyperactivity disorder in children exposed to maternal smoking during pregnancy – a re-examination using a sibling design, 4, 532–537.

EKLER

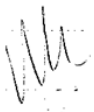
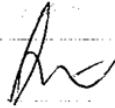
EK-1 Etik kurul onayı





Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2017.059
	PROJE ADI	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda bağlanma, duygu regülasyonu ve benlik saygısı ilişkisinin araştırılması
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Aliye Tuğba BAHADIR

KARAR BİLGİLERİ	Tarih	06.01.2016			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.				
ÜYELER					
Ünvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile ilişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİREKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Eriş KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

Ek-2 Okul Araştırma İzni





T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-44-E.2998950

07.03.2017

Konu: Anket ve Araştırma İzin Talebi

Sayın: Leyla Ezgi TÜĞEN

- İlgi: a) 22.02.2017 tarihli dilekçeniz.
b) Valilik Makamının 06.03.2017 tarih ve 2933912 sayılı oluru.

"Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Bağlanma, Duygu Regülasyonu ve Benlik Saygısı İlişkisinin Araştırılması" konulu teziniz hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri ilgi (b) valilik onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve söz konusu talebiniz; bilimsel amaç dışında kullanmaması, **uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının uygulanması**, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, gerekli duyurunun araştırmacı tarafından yapılması, okul idarecilerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Valilik Onayı doğrultusunda uygulanması ve işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini rica ederim.

Harun TÜYSÜZ
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

EK:1- Valilik Onayı
2- Ölçekler

İl Millî Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İnran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239
Faks: (0 212)455 06 52

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 8244-da48-3021-841b-800f kodu ile teyit edilebilir.

Ek-3 Hasta Bilgilendirme ve onam formları

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA BAĞLANMA, DUYGU REGÜLASYONU VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize bir nörogelişimsel bozukluk olup, çocuk ve ergenlerde sık görülen ruhsal rahatsızlıktır. Çalışmamızda; DEHB olan çocuklarda; bağlanma, duygu regülasyonu ve benlik saygısı ilişkisi araştırılması hedeflenmiştir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Bu çalışmada çocuk Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran DEHB tanısı alan çocuklarla, İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından çalışma yapmak için onay alınmış bir ilköğretim okulundaki çocukları karşılaştırmaya karar verdik. Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve

çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuza zeka değerlendirilmesi yapılacak, ayrıca sizden, çocuğunuzdan ve çocuğunuzun öğretmeninden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu konu ile ilgili çalışmaların DEHB tanısı almış olan çocuk ve ergenlerin yaşamlarının güncel ve gelecekteki dönemlerinde koruyucu yaklaşımların ve tedavi modellerinin geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olan, belirgin öğrenme güçlüğü olan, ciddi kronik medikal hastalığın olan, duygudurum bozukluğu olan, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alan (otizm ...vs), psikotik bozukluk tanısı almış olan, nörolojik bozukluğu (epilepsi...vs) olan, travmatik beyin hasarı öyküsü olan çocuklar çalışmaya dahil edilmeyecektir.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr. LEYLA EZGİ TÜĞEN tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.B.dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu

araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr. LEYLA EZGİ TÜĞEN, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefonda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:

Ebeveynin Adı Soyadı:

İmzası:

imzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Çocuğumun öğretmenlerine gönderilecek anketler bilgim dahilindedir.

Ebeveynin; Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.) İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının; Adı-soyadı: İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı: Görevi: İmzası:

SAĞLIKLI GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA BAĞLANMA, DUYGU REGÜLASYONU VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Dikkat eksikliği Hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize bir nörogelişimsel bozukluk olup, çocuk ve ergenlerde sık görülen ruhsal rahatsızlıktır. Çalışmamızda; DEHB olan çocuklarda bağlanma, duygu regülasyonu ve benlik saygısı ilişkisi araştırılması hedeflenmiştir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu araştırmada çocuk Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran DEHB tanısı alan çocuklarla, İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından çalışma yapmak için onay alınmış bir ilköğretim okulundaki çocukları karşılaştırmaya karar verdik. Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuza zeka değerlendirilmesi yapılacak, ayrıca sizden,

çocuğunuzdan ve çocuğunuzun öğretmeninden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu konu ile ilgili çalışmaların DEHB tanısı almış olan çocuk ve ergenlerin yaşamlarının güncel ve gelecekteki dönemlerinde koruyucu yaklaşımların ve tedavi modellerinin geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olan, belirgin öğrenme güçlüğü olan, ciddi kronik medikal hastalığın olan, duygudurum bozukluğu tanısı almış olan, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı olan (otizm ...vs), psikotik bozukluk tanısı almış olan, nörolojik bozukluğu (epilepsi...vs) olan, travmatik beyin hasarı öyküsü olan çocuklar çalışmadan ayrılacaktır.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr.LEYLA EZGİ TÜĞEN tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.B.dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr. LEYLA EZGİ TÜĞEN'e, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve 20

Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 telefon numarasından ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:

İMZA:

Ebeveynin Adı Soyadı:

İMZA:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Çocuğumun öğretmenlerine gönderilecek anketler bilgim dahilindedir.

Ebeveynin; Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmza:

Ek-4 Sosyodemografik Bilgi Formu

Adı Soyadı:

Görüşme tarihi:

Cinsiyeti: 1: kız 2: erkek

Dosya No:

Doğum tarihi:

Tel:

El tercihi: Sağ: 1 Sol: 2

Oturulan semt/

ilçe:

Ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu:

Başvuru yakınması:

1-dikkat eksikliği

2-aşırı hareketlilik

3-dürtüsellik

4-motor veya vokal tikler

5-mutsuzluk

6-takıntılar

7-karşı gelme

8-davranım problemleri

9-algılama güçlüğü

10-öğrenme güçlüğü

11-diğer, açıklayınız...

Anne: Adı:

Yaşı:

Öğrenim durumu:

1. Okuma-yazma yok 2. O-Y var, okula gitmemiş 3. İlkokul 4. Ortaokul
5. Lise 6. Üniversite

Mesleği:

Sağlık problemi: 0:yok 1:var (açıklayınız)....

Psikiyatrik tanı: 0:yok 1:var (açıklayınız)

Baba: Adı:

Yaşı:

Öğrenim durumu:

1. Okuma-yazma yok 2. O-Y var, okula gitmemiş 3. İlkokul 4. Ortaokul
5. Lise 6. Üniversite

Mesleği:

Sağlık problemi: 0:yok 1:var(açıklayınız)....

Psikiyatrik tanı: 0:yok 1:var(açıklayınız)

Anne-Baba:

1. Birlikte

2. Ayrı

3. Anne/Baba ölümü

4. Boşanmış

Akrabalık: 0: yok 1: var

Anne-baba-çocuk(lar) dışında evde yaşayan kişi var mı? 0: yok 1: var
(açıklayınız)...

Ailenin aylık net geliri:

1. 1000 TL nin altında

2. 1000-2500 TL arasında

3. 2500-5000 TL

4. 5000 TL nin üzerinde

Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. 1. Kötü

2. orta

3. iyi

ÖZGEÇMİŞ:

Gebelik süresince sigara/alkol kullanımı: 0:yok 1:var

Annenin ve babanın doğumdaki yaşı:

Gebelik sırasında, doğum sırasında ve yeni doğan döneminde problem var mı:
0:yok 1:var(...

Erken doğum öyküsü var mı? kaç haftalık doğdu?

Ne kadar anne sütü almış:

Bebekken bakımını kim üstlenmiş ve ne kadar süreyle ?

Anneden başka birinin çocuğun bakımına katkısı varsa, çocuk anneden hiç ayrı
kalmış mı?

Anneden ayrı kalmışsa ne kadar süre?

Gelişim:

Kelime:

Cümle:

Yürüme:

Tuvalet eğitimi :

Yuva eğitimi: 0: yok 1: var (süresi)..

Okuma-Yazma ne zaman:

Sınıf tekrarı:

1:Var/ 0:Yok

Kronik tıbbi hastalığı var mı? 0-yok 1-var (açıklayınız) ...

Kronik tıbbi hastalık nedeniyle ilaç kullanıyor mu? 0-hayır 1-evet

(açıklayınız) ...

Nörolojik hastalığı var mı, 0-yok 1-var (açıklayınız) ...

Travmatik beyin hasarı öyküsü 0-yok 1-var

Kardeşlerinin psikiyatrik hastalığı var mı? 0:Hayır 1:evet (açıklayınız):

Kardeşlerinin sağlık problemi var mı? 0: hayır 1: Evet: (kaçıncı çocuk/hastalığı/uzun süreli hastane yatışı)

Ailede sağlık problemi olan biri(leri) var mı? 0:Hayır 1:Evet (açıklayınız):

Ailede psikiyatrik hastalığı olan biri(leri) var mı? 0:Hayır 1:Evet (açıklayınız):

Hergün ekran(televizyon, bilgisayar, telefon , tablet gibi) kullanımı olur mu: 0:hayır 1: evet

Evetse günde kaç saat ekrana maruz kalır? 1. 1 saatin altında 2. 1-3 saat 3. 3 saatin üzerinde

DEHB belirtilerinin ilk başladığı yaş :

DEHB nedeniyle ilaç kullanmış mı? 0:Hayır 1: Evet (açıklayınız):

DEHB nedeniyle psikososyal tedavi almış mı? 0:Hayır 1: Evet (açıklayınız)

Davranış sorunları nedeniyle psikososyal tedavi almış mı? 0:Hayır 1: Evet (açıklayınız)

Ek-5. CONNER'S AİLE DEĞERLENDİRME FORMU

Çocuğun Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç yok	Biraz	Orta	Fazla	Çok fazla
1. Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör: tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)					
2. Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.					
3. Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.					
4. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.					
5. Faaliyetlerde hep başı çekmek ister.					
6. Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.					
7. Sık sık veya kolayca ağlar.					
8. Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.					
9. Hayale dalıp gider, hayal kurar.					
10. Öğrenme güçlüğü çeker.					
11. Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.					
12. Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.					
13. Yerinde duramaz, her an hareket halindedir.					
14. Zarar vericidir (eşyalara).					
15. Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.					
16. Utangaçtır.					
17. Yaşıtlarına göre başı daha çok derde girer.					
18. Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır (ör: bebeksi konuşma, kekeleme; anlaşılması güç konuşma)					
19. Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.					
20. Kavgacıdır.					
21. Somurtur, surat asar veya küser.					
22. Çalma huyu vardır.					
23. Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.					
24. Diğer çocuklara göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili).					
25. İşlerini bitirmekte zorlanır.					
26. Çabuk kırılır veya gücenir.					
27. Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.					
28. Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker					
29. Merhametsizdir.					

	Hiç yok	Biraz	Orta	Çok fazla
30. Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir).				
31. Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32. Baş ağrıları vardır.				
33. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34. Kuralları ve sınırları sevmez, onlara uymaz.				
35. Sürekli kavga eder.				
36. Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37. Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38. Diğer çocukları rahatsız eder.				
39. Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40. Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır)				
41. Mide ağrıları vardır.				
42. Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır)				
43. Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44. Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45. Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır.				
46. Övünür, yüksekte atar.				
47. Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48. Bağırsakları sık sık bozulur. Tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				

Ek-6 SNAP-IV (Dehb Değerlendirme İçin Belirti Listesi)

	Hiç yok	Çok az	Oldukça fazla	Çok fazla
1) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez; okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.				
2) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oyunlarda dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.				
3) Onunla konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.				
4) Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işlerini veya işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. (karşıt olma bozukluğuna veya yönergeleri anlamaya bağlı değildir.)				
5) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.				
6) Çoğu zaman uzun süreli zihinsel uğraş gerektiren etkinliklerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.				
7) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder. (Ör: Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemleri vb.)				
8) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.				
9) Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlır.				
10) Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır durur.				
11) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.				
12) Çoğu zaman aşırı düzeyde koşuşturup durur ya da tırmanır.				
13) Çoğu zaman sakın bir biçimde boş zamanlarını geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.				
14) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibi davranır.				
15) Çoğu zaman çok konuşur.				
16) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.				
17) Çoğu zaman sırasını beklemekte güçlük çeker.				
18) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.				

Ek-7 Connors Öğretmen Değerlendirme Formu

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ**

Sayın Öğretmen.

Sınıfınız Öğrencilerinden

.....

Çocuk psikiyatrisi polikliniğimize başvurmuş ve incelemeye alınmıştır. Çocuğun okul yaşamı ile ilgili aşağıdaki soruları yanıtlayarak göndermeniz rica olunur.

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz .

OKUL BAŞARISI

(Okula ve derslere ilgisi öğrenme sorunları, dikkati)

ÖĞRETMEN VE ARKADAŞLARIYLA UYUMU

(Kavgacı, pasif, oyunlara katılır, isyankar.....)

OKULDA GÖZLEMLEDİĞİNİZ SORUNLAR

Öğrencinin Adı Soyadı :

Lütfen her cümle için en uygun durumu işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç yok	Biraz	fazla	Çok fazla
1. Kıpır kıpırdır.				
2. Beklenmeyen zamanlarda uygunsuz sesler çıkartır.				
3. İstekleri hemen yerine getirilmelidir.				
4. Bilmiş tavırları vardır bilgiçlik taslar.				
5. Aniden parlar, ne yapacağı belli olmaz.				
6. Eleştiriyi kaldıramaz.				
7. Dikkatini belirli bir süre, bir konu üzerinde toplayamaz; dikkatini sürdürmekle zorluk çeker.				
8. Diğer çocukları rahatsız eder.				
9. Hayallerle dalar.				
10. Somurtur, surat asar.				
11. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
12. Kavgacıdır.				
13. Büyüklerin sözünden çıkmaz.				
14. Yerinde rahat duramaz, her an hareket halindedir.				
15. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
16. Öğretmenin ilgisi hep üzerinde olsun ister.				
17. Genellikle arkadaş grubuna alınmıyor.				
18. Başka çocuklar tarafından kolayca yönlendiriliyor.				
19. Oyun kurallarına uymaz, mızıkçıdır				
20. Liderlik özelliğinden yoksundur.				
21. Başladığı işin sonunu getiremez.				
22. Çocuksudur, olduğundan daha küçükmüş gibi davranır.				
23. Hatalarını inkar eder veya suçu başkalarının üzerine atar.				
24. Diğer çocuklarla iyi geçinemez.				
25. Sınıf arkadaşlarıyla yardımlaşmaz.				
26. Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
27. Öğretmenle işbirliğine girmez.				
28. Öğrenme güçlüğü çeker.				

Ek-8 Güçler Güçlükler Anketi-Ebeveyn Formu

Olgu Kodu:

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur.	☐	☐	☐

Kendine güvenini kolayca kaybeder.			
Kendinden küçüklere iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Olgu kodu:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Teşekkürler

- A)** 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3. Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B)** 1. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3. İşlerim yolunda gidecek.
- C)** 1. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2. İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
3. Her şeyi yanlış yaparım.
- D)** 1. Birçok şeyden hoşlanırım.
2. Bazı şeylerden hoşlanırım.
3. Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E)** 1. Her zaman kötü bir çocuğum.
2. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3. Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F)** 1. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum.
2. Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3. Başıma kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G)** 1. Kendimden nefret ederim.
2. Kendimi beğenmem.
3. Kendimi beğenirim.
- H)** 1. Bütün kötü şeyler benim hatam.
2. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I)** 1. Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

- İ)** 1. Her gün içimden ağlamak gelir.
2. Bir çok günler içinden ağlamak gelir.
3. Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J)** 1. Her şey her zaman beni sıkar.
2. Her şey sık sık beni sıkar.
3. Her şey arada sırada beni sıkar.
- K)** 1. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2. Çoğu zaman insanlara beraber olmaktan hoşlanmam.
3. Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L)** 1. Her hangi bir şey hakkında karar veremem.
2. Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3. Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M)** 1. Güzel \ yakışıklı sayılırım.
2. Güzel \ yakışıklı olmayan yanlarım var.
3. Çirkinim.
- N)** 1. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3. Okul ödevlerini yapmak sorun değil.
- O)** 1. Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2. Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3. Oldukça iyi uyurum.
- Ö)** 1. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2. Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3. Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P)** 1. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3. Oldukça iyi yemek yerim.
- R)** 1. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S)** 1. Kendimi yalnız hissetmem.
2. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3. Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş)** 1. Okuldan hiç hoşlanmam.

2. Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

- T)**
1. Bir çok arkadaşım var.
 2. Bir çok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
 3. Hiç arkadaşım yok.
- U)**
1. Okul başarıml iyi.
 2. Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
 3. Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü)**
1. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
 2. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
 3. Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V)**
1. Kimse beni sevmez.
 2. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
 3. Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y)**
1. Bana söyleneni genellikle yaparım.
 2. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
 3. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z)**
1. İnsanlarla iyi geçinirim.
 2. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
 3. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ek-10 Dikkat Eksikliği Hareketlilik Bozukluğu Genel Klinik Değerlendirme

GENEL KLİNİK DEĞERLENDİRME (CGAS)

DİKKAT EKSİKLİĞİ AŞIRI HAREKETLİLİK BOZUKLUĞU (DEAH)

(YALE CHILD STUDY CENTER, REVISED)

Geçen haftaki davranışların tümünü değerlendirin. Bu değerlendirmeyi elinizdeki tüm klinik bilgileri (görüşmelerde elde ettiğiniz gözlemleri, raporları, standardize edilmiş ölçeklerin sonuçlarını) göz önüne alarak yapın.

NORMAL Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri tanımlanmamıştır.

SINIRDA Dikkatsizlik ve/veya dürtüsellik ve/veya aşırı hareketlilik belirtileri gelip geçici, arasıra ve nadirdir, işlevsellikte bozulmaya yol açmazlar. DSM-IV'deki DEAH tanı kriterlerini karşılamazlar.

HAFİF Belirtiler, DSM-IV'deki DEAH tanı kriterlerini karşılamak için yeterlidir. Davranışları; ileri düzeyde yapılandırılmamış ortamlarda, organize ve duruma uygundur. Ortalama ev veya sınıf şartlarında, çok hafif bozulmayla birlikte, işlevselliğini sürdürür.

ORTA Belirtiler, zaman veya durum değişikliklerine göre farklılıklar gösterir. Davranışların organize ve duruma uygun olabilmesi için, ortam şartlarının bir miktar yapılandırılması gerekir. Genellikle teke tek denetim gerektirmez.

BELİRGİN Davranışların iyi bir şekilde organize ve duruma uygun olabilmesi için, ortam şartlarının oldukça yapılandırılmış olması gerekir.

AĞIR Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri yaygındır ve oldukça sıktır. Genellikle teke tek denetim gerektirir.

ÇOK AĞIR Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtilerinin sürekli ve yaygın olması nedeniyle evde veya okulda işlevselliğini sürdüremez. 24 saat sürekli denetim gerektirir.

Ek-11 Kern's Güvenli Bağlanma Ölçeği

Kerns Güvenli Bağlama Ölçeği (Kern's Security Scale; KSS)

Bu ölçek toplam 15 maddeden oluşmakta ve çocukların ebeveynlere karşı duyduğu güvenli bağlanma düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçekte her madde için karşıt yönlü iki ifade bulunmaktadır (Bazı çocuklar... ama Bazı çocuklar...). Katılımcılardan, öncelikle "AMA" yazan kutunun hemen sağında ve solunda tanımlanan iki çocuk tipinden hangisine daha çok benzediğine karar vermesi istenmektedir. Daha sonra da seçtiği tarafa gidip tarif edilen çocuğa ne kadar benzediğini belirtmesi istenmektedir.

Ölçek maddeleri:

1.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerine kolayca güvenirler.	AMA	Bazı çocuklar annelerine güvenip güvenemeyecekleri konusunda emin değildirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

2.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar yaptıkları her şeye annelerinin çok karıştığını düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar kendi başlarına bir şeyler yapmalarına annelerinin izin verdiğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

3.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar için annelerinin yardım edeceğine inanmak kolaydır.	AMA	Bazı çocuklar için annelerinin yardım edeceğine inanmak zordur.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
4.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onlarla yeterince zaman geçirdiğini düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onlarla yeterince zaman geçirmediğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
5.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerine ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten pek hoşlanmazlar.	AMA	Bazı çocuklar annelerine ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten hoşlanırlar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
6.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar her şeyde annelerine ihtiyaç duymaz.	AMA	Bazı çocuklar annelerine hemen hemen her şey için ihtiyaç duyar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
7.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar “Keşke anneme daha yakın olabilseydim” derler.	AMA	Bazı çocuklar annelerine olan yakınlıklarıyla mutludurlar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
8.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları gerçekten sevmediğinden endişe duyarlar.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları sevdiğinden emindirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
9.	Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları anladığını hissederekler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları anlamadığını hissederekler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐

10.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları terk etmeyeceğinden gerçekten emindirler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları terk edebileceğinden bazen endişelenirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

11.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar ihtiyaç duyduklarında annelerinin yanlarında olamayacağını düşünerek endişelenirler.	AMA	Bazı çocuklar ihtiyaç duyduklarında annelerinin yanlarında olacağından emindirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

12.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin kendilerini dinlemediğini düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları gerçekten dinlediğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	---	---	---

13.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar üzgün olduklarında annelerinin yanına giderler.	AMA	Bazı çocuklar üzgün olduklarında annelerinin yanına pek gitmezler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	---	---	---

14.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar "Keşke annem sorunlarımla daha çok ilgilense" derler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onlara yeterince yardım ettiğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	---	---	---

15.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar anneleri etrafta olduğunda kendilerini daha iyi hissederler.	AMA	Bazı çocuklar anneleri etrafta olduğunda kendilerini daha iyi hissetmezler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

Ek-12 Duygu ayarlama ölçeği

DUYGU AYARLAMA

Aşağıda çocuğunuzun duygularıyla ilgili 24 madde bulunmaktadır. Lütfen maddeleri eksiksiz bir şekilde “hiçbir zaman=1, bazen=2, sık sık=3, hemen her zaman=4” olarak çocuğunuza en uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

Çocuğum;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1. Neşeli bir çocuktur.	①	②	③	④
2. Duygularında aşırı değişiklikler gösterir (Olumlu duygulardan olumsuz duygulara hızla geçtiği için duygusal durumunu önceden tahmin etmek güçtür).	①	②	③	④
3. Yetişkinlerin sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	①	②	③	④
4. Bir etkinlikten başka bir etkinliğe kolayca geçer; bunu yaparken kaygı, öfke, sıkıntı ya da aşırı heyecan belirtileri göstermez.	①	②	③	④
5. Üzüntüsünden ya da sıkıntısından kolayca kurtulabilir (Örneğin, onu üzen bir olaydan sonra kırılganlığını, kaygısını ya da üzüntüsünü uzun süre sürdürmez).	①	②	③	④
6. Bir engelle karşılaştığında kolayca vazgeçer.	①	②	③	④
7. Yaşatlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	①	②	③	④
8. Kolayca öfke patlamaları ya da öfke krizleri geçirir.	①	②	③	④
9. İsteddiği bir şeye kavuşmayı erteleyebilir	①	②	③	④
10. Başkalarının sıkıntısından ya da acısından keyif alır (Örneğin, birisinin canı yandığında ya da birisi cezalandırıldığında güler; başkalarını kızdırmaktan hoşlanır).	①	②	③	④
11. Heyecan verici durumlarda coşkusunu denetleyebilir (Örneğin, hareketli oyunlarda kendini kaybetmez; ya da uygun olmayan ortamlarda azmaz).	①	②	③	④
12. Yetişkinlere yapışır ya da mızırmız davranır.	①	②	③	④
13. Taşkınlık yapmaya ve enerjisini yıkıp dökerek boşaltmaya yatkındır.	①	②	③	④
14. Yetişkinlerin kural ya da sınır koymalarına öfkeyle tepki verir.	①	②	③	④
15. Üzüldüğünde, kızdığında ya da korktuğunda	①	②	③	④

duygularını anlatır.				
16. Üzgün ya da cansız görünür.	①	②	③	④
17. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken aşırı heyecanlı davranır.	①	②	③	④
18. Duygusal olarak donuk görünür (yüz ifadesi boş ve anlamsızdır; olaylara duygusal olarak katılmıyor gibidir).	①	②	③	④
19. Yaşıtlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumsuz tepki verir (Örneğin, öfkeli bir sesle konuşur ya da ürkek bir tepki verir).	①	②	③	④
20. Dürtüseldir (Aklına eseni düşünmeden yapar).	①	②	③	④
21. Başkalarının duygularını anlar; başkaları üzgün ya da sıkıntılıyken onlarla ilgilenir.	①	②	③	④
22. Başkalarının işine karışacak ya da onları rahatsız edecek biçimde taşkınlık yapar.	①	②	③	④
23. Yaşıtlarının düşmanca, saldırgan ya da müdahaleci davranışlarına karşı öfke, korku, düş kırıklığı ya da sıkıntı gibi uygun olumsuz duygularını gösterir.	①	②	③	④
24. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken olumsuz duygular gösterir.	①	②	③	④

EK-13 Piers-Harris Çocuklar İçin Öz Kavram Ölçeği

Kendim Hakkında Düşüncelerim

AÇIKLAMA: Aşağıda 80 cümle var. Bunlardan sizi tanımlayanları evet, tanımlamayanları ise hayır ile cevaplandırın. Bazı cümlelerde karar vermek zor olabilir. Yine de lütfen bütün cümleleri cevaplayın. Aynı cümleyi hem evet, hem hayır şeklinde işaretlemeyin. Unutmayın, cümledeki ifade genellikle sizi anlatıyorsa evet, genellikle sizi anlatmıyorsa hayır olarak işaretleyeceksiniz. Cümlelerin size uygun olup olmadığını en iyi siz kendiniz bilebilirsiniz. Bunun için kendinizi gerçekten nasıl görüyorsanız aynen öyle cevaplandırın. Cevaplarınızı işaretlerken, buradaki cümlelerin numarası ile cevap kağıdındaki numaranın aynı olmasına dikkat edin.

- 1.İyi resim çizerim.
- 2.Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer.
- 3.Ellerimi kullanmada becerikliyimdir.
- 4.Okulda başarılı bir öğrenciyim.
- 5.Aile içinde önemli bir yerim vardır.
- 6.Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar.
- 7.Mutluyum.
- 8.Çoğunlukla neşesizim.
- 9.Akıllıyım.
- 10.Öğretmenler derse kaldırıncı heyecanlanırım.
- 11.Dış (fiziki) görünüşüm beni rahatsız ediyor.
- 12.Genellikle çekingenim.
- 13.Arkadaş edinmekte güçlük çekerim.
- 14.Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım.
- 15.Aileme sorun yaratırım.

- 16.Kuvvetli sayılırim.
- 17.Sınavlardan önce heyecanlanırım.
- 18.Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım.
19. Herkes tarafından pek sevilen biri değilim.
20. Parlak, güzel fikirlerim vardır.
21. Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim.
22. Đstediğim bir şeyden kolayca vazgeçerim.
23. Müzikte iyiyim.
24. Hep kötü şeyler yaparım.
25. Evde çoğu zaman huysuzluk ederim.
26. Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar.
27. Sinirli biriyim.
28. Gözlerim güzeldir.
29. Derse kalktığımda bildiklerimi sıkılmadan anlatırım.
30. Derslerde sık sık hayal kurarım.
31. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)ime sataşırım.
32. Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir.
33. Başım sık sık belaya girer.
34. Evde büyüklerimin sözünü dinlerim.
35. Sık sık üzülür, meraklanırım.
36. Ailem benden çok şey bekliyor.
37. Halimden memnunum.

38. Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bırakıldığım hissine kapılırım.
39. Saçlarım güzeldir.
40. Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü katılırım.
41. Şimdiki halimden başka olmayı isterdim.
42. Geceleri rahat uyurum.
43. Okuldan hiç hoşlanmıyorum.
44. Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için seçim yapılırken, en son seçilenlerden biriyim.
45. Sık sık hasta olurum.
46. Başkalarına karşı iyi davranırım.
47. Okul arkadaşlarım güzel fikirlerimin olduğunu söylerler.
48. Mutsuzum.
49. Çok arkadaşım var.
50. Neşeliyimdir
51. Pek çok şeye aklım ermez.
52. Yakışıklıyım / güzelim.
53. Hayat dolu bir insanım.
54. Sık sık kavgaya karışıırım.
55. Erkek arkadaşlarım arasında sevilirim.
56. Arkadaşlarım bana sık sık sataşır.
57. Ailemi düş kırıklığına uğrattım.
58. Hoş bir yüzüm var.
59. Evde hep benle uğraşırlar.
60. Oyunlarda ve sporda başı hep ben çekerim.
61. Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider.

62. Hareketlerimde hantal ve beceriksizim.
63. Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyrederim.
64. Öğrendiklerimi çabuk unuturum.
65. Herkesle iyi geçinirim.
66. Çabuk kızarım.
67. Kız arkadaşlarım arasında sevilirim.
68. Çok okurum.
69. Bir grupla birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım.
70. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)imi severim.
71. Vücutça güzel sayılırım.
72. Sık sık korkuya kapılırım.
73. Herzaman birşeyler düşürür ve kırarım.
74. Güvenilir bir kimseyim.
75. Başkalarından farklıyım.
76. Kötü şeyler düşünürüm.
77. Kolay ağlarım.
78. iyi bir insanım.
79. işler hep benim yüzümden ters gider.
80. Şanslı bir kimseyim.

