

**T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**TRİPLE P OLUMLU ANNE BABALIK EĞİTİMİ'NİN DİKKAT  
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 7-12  
YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ ÜZERİNE  
ETKİLERİNİN ARAŞTIRILDIĞI RANDOMİZE KONTROLLÜ  
BİR ÇALIŞMA**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. Yusuf ÖZTÜRK**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:  
Prof. Dr. Aynur AKAY  
İZMİR-2013**

**T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**TRİPLE P OLUMLU ANNE BABALIK EĞİTİMİ'NİN DİKKAT  
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 7-12  
YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA DİKKAT  
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ  
ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILDIĞI RANDOMİZE  
KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. Yusuf ÖZTÜRK**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:  
Prof. Dr. Aynur AKAY  
İZMİR-2013**

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>iii</b>
<b>TABLO LİSTESİ .....</b>	<b>vii</b>
<b>KISALTMALAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>x</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>5</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>7</b>
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu .....	7
2.1.1. DEHB Tarihçe ve Tanı Ölçütleri .....	7
2.1.2. Klinik özellikler.....	10
2.1.3. Epidemiyoloji .....	11
2.1.4. Etiyoloji.....	11
2.1.4.1 Genetik geçiş ve aile çalışmaları.....	11
2.1.4.2 Nörokimyasal çalışmalar .....	12
2.1.4.3 Nörogörüntüleme çalışmaları .....	13
2.1.4.4 Nörofizyolojik çalışmalar .....	14
2.1.4.5 Nöropsikolojik çalışmalar .....	14
2.1.4.6 Nörotrofik Faktörler .....	14
2.1.4.7 Diğer Faktörler .....	14
2.1.5. Komorbidite .....	15
2.1.6. Tedavi.....	16
2.1.6.1 Farmakoterapi.....	16
2.1.6.2 Non-farmakolojik Tedaviler .....	17
2.1.7. Gidiş.....	17
2.2. Ebeveyn Eğitim Programlarının Tanımı ve Amacı.....	18
2.2.1. Ebeveyn Eğitimi Programlarının Sınıflandırılması.....	19
2.2.2.Ebeveyn Eğitiminde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar.....	21
2.2.3. Triple P Olumlu Annelik-Babalık Eğitim Programı .....	21
2.2.3.1. Programın Hedefleri.....	22
2.2.3.2. Uygun Grup Formatı.....	22
2.2.3.3. Program İçeriği .....	23
2.2.3.4. Özel Ebeveynlik Tutum Önerileri .....	24

2.2.3.5. Programın Sonuçları .....	27
2.2.3.6. Grup Triple P' Programının Kuramsal Temeli .....	28
2.2.3.7. Grup Triple P Programı İçeriğinin Kuramsal Etkileri .....	29
2.2.3.8. Grup Triple P Programının Ayırt Edici Özellikler.....	30
2.2.3.9. Ebeveyn Yeterliliği Modellerinde Öz Düzenlemenin Önemi.....	32
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>35</b>
3.1. Araştırma Yeri ve Zamanı.....	35
3.2. Araştırma Örneklemi.....	35
3.2.1. Ebeveynler için Araştırmaya Dahil Olma/Dışlama Kriterleri.....	35
3.2.2. Çocuklar için Araştırmaya Dahil Olma/Dışlama Kriterleri .....	36
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	36
3.4.Araştırmanın Tipi.....	36
3.5. Uygulama.....	37
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	
3.6.1. Sosyodemografik Veri Kayıt Formu .....	39
3.6.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu.....	39
3.6.3. Güçler ve Güçlükler Anketi. ....	39
3.6.4. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği .....	41
3.6.5. Du PaulDikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu değerlendirme ölçeği...41	
3.6.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti .....	42
3.6.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği .....	42
3.6.8. Aile Değerlendirme Ölçeği .....	43
3.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	44
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>45</b>
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	45
4.1.1. Yaş.....	45
4.1.2. Cinsiyet.....	45
4.1.3. Annelerin Eğitim Durumu.....	46
4.1.4. Babaların Eğitim Durumu .....	47
4.1.5. Ebeveynlerin Medeni Durumu .....	47
4.1.6. Çocukların Kardeş Sayısı .....	48

4.1.7. Kaçınıcı Çocuk Olduğu .....	48
4.1.8. Aile Yapısı.....	49
4.1.9. Annelerin Doğum Yaşı.....	50
4.1.10. Annelerin Mesleği .....	51
4.1.11. Babaların Mesleği .....	51
4.1.12. Anne ve Babanın Birliktelik Durumu .....	52
4.1.13. Ailenin Gelir Durumu .....	52
4.1.14. Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü.....	53
4.1.15. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü .....	53
4.1.16. Çocukların Okul Başarısı .....	53
4.1.17. Çocukların Akran İlişkisi .....	53
4.2. Psikiyatrik Tanı ve Komorbidite .....	54
4.2.1. Psikiyatrik Tanı .....	54
4.2.2. Psikiyatrik Komorbidite .....	54
4.3. Güçler ve Güçlükler Anketinin Karşılaştırmalı Sonuçları .....	55
4.3.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar Alt Testi.....	56
4.3.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları Alt Testi.....	56
4.3.3. Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Alt Testi .....	56
.....	56
4.3.4. Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları Alt Testi.....	56
4.3.5. Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar Alt Testi .....	57
4.3.6. Güçler ve Güçlükler Anketi Toplam Güçlük Skoru.....	57
4.3.7. Güçler ve Güçlükler Anketi Etki Değerleri.....	57
4.4. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeğinin Karşılaştırmalı Sonuçları.....	59
4.5. Du Paul Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Karşılaştırmalı Sonuçları.....	60
4.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddetinin Karşılaştırmalı Sonuçları ....	61
4.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Skorların Karşılaştırılması.....	62
4.7.1. Aşırı Anne-Babalık Alt Skorlarının Karşılaştırılması .....	62.
4.7.2. Demokratik Tutum Alt Skorlarının Karşılaştırılması.....	62
4.7.3. Düşmanlık Ve Reddedilme Alt Skorlarının Karşılaştırılması.....	63
4.7.4. Evlilik Uyumsuzluğu Alt Skorlarının Karşılaştırılması.....	63
4.7.5. Otoriter Tutum Alt Skorlarının Karşılaştırılması.....	63
4.8. Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Karşılaştırmalı Sonuçları.....	65

4.8.1. Problem Çözme Alt Skorlarının Karşılaştırılması .....	65
4.8.2. İletişim Alt Skorlarının Karşılaştırılması .....	65
4.8.3. Roller Alt Skorlarının Karşılaştırılması .....	65
4.8.4. Affektif Duyarlılık Alt Skorlarının Karşılaştırılması.....	66
4.8.5. Affektif Bağlılık Alt Skorlarının Karşılaştırılması.....	66
4.8.6. Davranış Kontrolü Alt Skorlarının Karşılaştırılması.....	66
4.8.7. Genel İşlevsellik Alt Skorlarının Karşılaştırılması.....	67
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>69</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>76</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>79</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>92</b>

## . TABLO LİSTESİ

**Tablo-1:** Grup Triple P Programı Oturum İçeriğinin Gözden Geçirilmesi:

**Tablo-2:** Grup Triple P Programı ile Kazandırılan Ebeveynlik Becerileri

**Tablo-3:** Triple P Programı ile Desteklenen Çocuk Becerileri

**Tablo-4:** Güçler Güçlükler Anketi alt ölçeklerinin puan aralıklarına göre normal, sınır, normal dışı değerlendirmeleri

**Tablo-5:** Olgu ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması

**Tablo-6:** Anne ve Babaların Eğitim Durumu

**Tablo-7:** Ebeveynlerin medeni durumu

**Tablo-8:** Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kardeş Sayısı

**Tablo-9:** Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kaçıncı Çocuk Oldukları

**Tablo-10:** Olgu ve Kontrol Grubunda Aile Yapısı

**Tablo-11:** Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Annelerin Doğum Yaşı

**Tablo-12:** Anne ve Babaların Meslekleri

**Tablo-13:** Anne ve Babanın Birliktelik Durumu

**Tablo-14:** Ailelerin Gelir Durumu

**Tablo-15:** Ailede tıbbi ve ruhsal hastalık öyküsü

**Tablo-16:** Çocukların Okul Başarısı

**Tablo-17:** Çocukların Akran İlişkisi

**Tablo 18.** Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Tanıları

**Tablo-19:** Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Komorbiditeleri

**Tablo-20:** Güçler ve Güçlükler Anketi Alt Testleri Skorlarının, Toplam Güçlük Puanlarının Ve Etki Değerlerinin Karşılaştırılması

**Tablo-21:** Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorlarının karşılaştırılması

**Tablo-22:** Du Paul DEHB Ölçeği Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Alt Skorlarının ve Toplam Alt Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

**Tablo-23:** Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorlarının karşılaştırılması

**Tablo-24:** Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Alt Testleri Skorlarının Karşılaştırılması

**Tablo-25:** Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Test Skorlarının Karşılaştırılması

## **KISALTMALAR**

**BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**DE:** Dikkat Eksikliği

**HA:** Hiperaktivite

**KOKGB:** Karşıt Olma ve Karşıt Olma Bozukluğu

**DB:** Davranım Bozukluğu

**AHÇYTÖ:** Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği

**ADÖ:** Aile Değerlendirme Ölçeği

**GGA:** Güçler ve Güçlükler Anketi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**KGIÖ-HŞ-:** Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti

**ÇGDÖ:** Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği

**ÇDGŞG-ŞY:** Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu



## TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca her zaman örnek aldığım, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, desteğini hep yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Süha Miral'e ve Prof. Dr. Aynur Akay'a çok teşekkür ederim.

Bölümümüzün kurucusu değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Bölümde ilk tanıştığım, ilk süpervizörüm, eğitim danışmanım, bana her zaman örnek ve destek olan, tez çalışma sürecimde de hep yanımda olan tez danışmanım Prof. Dr. Aynur AKAY'a çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem GENCER, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek, , Doç Dr. Fatma Varol Taş, Doç. Dr. Burak Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp her zaman desteklerini aldığım değerli meslektaşlarım Gonca, Nagihan, Enis, Onur Burak, Caner, Burcu, Sibel, Sevay, Handan, Fatma, Ceren, Canem, Damla, Dilay, Eyaz, Enver, Mustafa Can, Murat K., Murat E., Ferhat, Deniz, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Merve, Pelin, Ayça, Didem, Mert, Aybüke, Begüm ve diğer asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Prof. Dr. Aynur AKAY'a çok teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Yıldız Akvardar, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Doç. Dr. Elif Onur Aysevener, Doç. Dr Halis Ulaş'a ve tüm psikiyatri asistanlarına teşekkür ederim.

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul'a, Doç Dr. Uluç YİŞ'e ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Uzm. Psikolog Esmahan Orçin, Psikolog Ümit Şahin, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim, Psikolog Özge Karakuş, Hemşire arkadaşlarım Gülcan, Zeynep, Aysel, Nurgül ve Derya, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz Selcan Uluçay'a, servis sekreterimiz Kadriye Gülçin Algüller'e, arşiv sorumlumuz Mehmet Havare ve Ozan Şakar'a ve tüm personele teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, benden desteklerini hiç esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime; varlığı, desteği ve sabrı için canım eşim Betül'e sonsuz teşekkür ederim.

Yusuf ÖZTÜRK

**TRİPLE P OLUMLU ANNE BABALIK EĞİTİMİ'NİN DİKKAT  
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 7-12  
YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ ÜZERİNE  
ETKİLERİNİN ARAŞTIRILDIĞI RANDOMİZE KONTROLLÜ  
BİR ÇALIŞMA**

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan ve en az 2 ay ilaç tedavisi almış olan 7-12 yaş arası çocuklarda Üç P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı'nın çocuklardaki DEHB belirtileri üzerine etkisini değerlendirmektir. Bu değerlendirmeye ek olarak DEHB olan ve en az 2 ay ilaç tedavisi alan 7-12 yaş arası çocuklarda, anne-babaların Üç P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı almış olmalarının, çocukların işlevselliği, çocuklardaki DEHB hastalık şiddeti ve yine çocuklardaki davranışsal ve duygusal sorunlar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışma randomize kontrollü olarak planlanmıştır. Araştırmanın olgu grubu 23 çocuk ve ebeveyninden, kontrol grubu ise 25 çocuk ve ebeveyninden oluşturulmuştur. Sosyo-demografik Veri Toplama Formu, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY), Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ), Du Paul DEHB Değerlendirme Ölçeği, Klinik Global İzlenim Ölçeği- hastalık şiddeti (KGIÖ-HŞ) klinisyen tarafından değerlendirilmiştir. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (ÇYTÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ailelere verilerek ailelerin doldurması sağlanmıştır. Olgu grubuna 8 hafta süren Triple P Olumlu Anne babalık Eğitim Programı uygulanmıştır. Veriler eğitim başlamadan önceki hafta ve eğitimden hemen sonraki hafta toplanmıştır. Veriler Mann Whitney-U testi, Willcoxon işaretli sıralar testi, ki-kare analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan olguların yaş ortalaması  $10,25\pm 1,39$ , katılanların 10 tanesi kız (%20,8), 38 tanesi erkek (%79,2), ebeveynlerin yaş ortalaması  $39,69\pm 6,00$  olarak saptanmıştır, Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının olgu grubu içinde program

öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında; ÇGDÖ puanlarında anlamlı artış ve KGIÖ-HŞ puanlarında anlamlı azalma; GGA alt ölçeklerinde; emosyon, davranış, hareketlilik, akran ilişkileri puanlarında anlamlı azalma; Du Paul DEHB dikkat eksikliği, hiperaktivite alt testlerinde ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı azalma, bulunmuştur. ADÖ alt ölçeklerinden problem çözme, iletişim, aile içi roller, affektif duyarlılık, davranış kontrolü ve genel işlevsellik alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı azalma, ÇYTÖ alt ölçeklerinden ise aşırı anne-babalık tutumu, düşmanca ve reddedilme tutumu ve otoriter tutum açısından istatistiksel olarak anlamlı azalma, demokratik tutumda ise istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır.

### **Tartışma:**

Bulgularımız Triple P Olumlu Anne-Baba Eğitiminin DEHB belirtileri, anne baba tutumları ve aile işlevselliği üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermektedir ancak daha geniş örneklerle desteklenmeye ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Triple P Olumlu Anne-Baba Eğitimi Programı, DEHB, çocuk, ebeveyn

**ABSTRACT**

**EFFECTIVENESS OF TRIPLE-P POSITIVE PARENTING PROGRAM ON  
CHILDHOOD ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: A CASE  
CONTROL STUDY**

**Purpose:** The aim of this study is to evaluate the effectiveness of Triple P Positive Parenting Programme on childhood attention deficit hyperactivity disorders (ADHD) symptoms, functionality, severity of disease, behavioral and emotional problems of children who are between 7 and 12 years-old and have ADHD with used medication at least 2 months. An additional aim is to evaluate potential effects of Triple-P on attitudes of their mothers and family functioning of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorders.

**Method:** The study is a randomized controlled design. The sample of the study consisted of 60 children, aged between 7-12 years, diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder confirmed by K-SADS-PL. Following randomization into two equal groups, parents of the cases participated in Group Triple P Positive Parenting Programme for eight weeks where as the control group did not. The two groups were compared right before and after the implementation on rates of sociodemographic, emotional and behavioral variables. Sociodemographic data form, Dupaul ADHD Rating Scale, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Children's Global Assessment Scale (CGAS) and Clinical Global Impression-Severity (CGI) are assessed by clinician. Data were collected by using Parenteral Attitude Research Instrument (PARI), Family Assessment Device (FAD) that filled out by parents.

The study data were evaluated with Mann Whitney U, Willcoxon signed rank test, chi-square analysis.

**Findings:** The average age of the cases participating in the study was  $10.25 \pm 1.39$ , 10 of participants were female (%20,8), 38 of participants were male (%79,2), the average age of cases' parents was  $39,69 \pm 6,00$ , When we compared the results before and after the implementation of Triple P Positive Parenting programme in the case group, it was found that statistically significant increase in CGAS scores, statistically significant decrease in CGI scores. statistically significant decrease in peer relation, emotional, behavioral, hyperactivity problem subscale scores of SDQ, statistically significant decrease in attention deficit and hyperactivity subscale scores and total score of Du Paul Questionnaire, statistically significant decrease in problem solving, communication, roles in family, affective sensitivity, behaviour controlling,

general functioning subscale scores in FAD, statistically significant decrease over parenting attitude, hostility and rejecting attitude, authoritarian attitude subscale scores and statistically significant increase in democratic attitude subscale score of PARI

**Conclusions:** Becoming Triple P Positive Parenting Programme prevalent in our country and researching the effects of Triple P Positive Parenting Programme on ADHD in the countries, where Triple P Positive Parenting Programme has already been implemented, are needed. Due to the results of our study we consider that Triple P Positive Parenting Programme can be useful in the treatment of children diagnosed with ADHD but further more studies about Triple P on children diagnosed with ADHD are needed.

**Keywords:** Triple P Positive Parenting Programme, ADHD, children, parent

## **BÖLÜM I**

### **GİRİŞ ve AMAÇ**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi heterojen klinik özellikleri olan erken başlangıçlı bir çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluğudur. (1) Dünya genelinde yaygınlığının %8 ile %12 arasında değiştiği bildirilmektedir (2). Türkiye’de okul çağı çocuklarında yapılmış bir çalışmada, çocuklarda DEHB yaygınlığı %8.1 olarak bulunmuştur (3). DEHB’nin belirtilerinin azaltılmasında ve DEHB’ye bağlı oluşan davranış sorunlarının azaltılmasında bilişsel davranışçı terapi, ebeveyn eğitimi, ailede ve okulda uygulanacak edimsel koşullandırma yöntemleri ve bilişsel yöntemlerin etkisi, yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (4,5). DEHB’nin tedavisinde farklı yöntemler vardır. Bu yöntemlerden aileyi merkeze alan yöntemler ve ebeveyn eğitim programları aracılığıyla, anne-baba-çocuk arasındaki iletişimin düzeltilmesiyle ailedeki sorunlu durumların azaltılması hedeflenmektedir (6). Aile eğitim programı kendini kontrolde zorluk yaşayan DEHB’li çocuklarda etkili olduğu gibi çoğu olguda yararlı ek bir yöntemdir (7).

Üç P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı da bu çalışmalardaki Anne Baba programlarına benzerdir. Üç P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı, Avustralya’da Queensland Üniversitesi’nde Matt Sanders tarafından 1977 yılında geliştirilen, önleyici olarak düzenlenen ve aile destekleme stratejilerini içeren, 0–16 yaş grubu çocukların hedef kitlesini oluşturduğu, birden fazla düzey içeren bir anne-baba eğitimi programıdır. Program çocuk ve anne-baba arasında pozitif bir ilişkinin oluşturulmasını, pozitif anne babalık becerilerinin geliştirilmesini, çocuğun yetenek ve gelişiminin desteklenmesini, problemleri davranışların yönetimi için becerilerin kazandırılmasını, davranış problemleriyle etkili baş etme yöntemleri geliştirilmesini, çiftlere etkili iletişim becerilerinin öğretilmesini ve anne-babalık stresinin azaltılmasını amaçlamaktadır. Programda pozitif anne-babalık özellikleri güvenli çevre ve pozitif öğrenme ortamını oluşturabilen, etkili disiplin yöntemlerini uygulayabilen, gerçekçi hedefler belirleyen anne-baba olarak tanımlanmıştır (8,9). Programın teorik yapısı sosyal bilişsel kurama göre temellendirilmiştir. Sosyal bilişsel teori anne-baba-çocuk etkileşiminin çift taraflı ve karşılıklı olduğunu, çocukların gelecekteki davranışlarını şekillendiren anne-baba uygulamalarını ve bu süreçte öğrenme mekanizmalarını belirler (10,11)

Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı DEHB'nin tedavisi için uygun ek bir yaklaşım olup, daha önce ülkemizde davranım bozukluğu olan gençlerde uygulanmış ve etkin bulunmuştur (12).

Bu çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan ve en az 2 ay metilfenidat ilaç tedavisi alan 7-12 yaş arası çocuklarda Üç P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı'nın çocuklardaki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirti düzeyi, bozukluğun şiddeti, davranışsal ve duygusal sorunlar üzerine etkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.



## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

##### 2.1.1 DEHB Tarihçe ve Tanı Ölçütleri

DEHB tıp yazınında ilk olarak 1902 yılında, George Still adındaki bir İngiliz doktor tarafından tanımlanmıştır. Still; Bu çocukların kıpır kıpır, dürtüsel, dikkat sorunları ve duygudurum belirtilerinin olduğu, bazı fiziksel kusurları ve özel öğrenme güçlüklerinin bulunduğunu bildirilmiştir. Bu konuyla ilgili yazılmış olan bu ilk yazıda, klinik durum zorunlu olarak beyin hasarı ya da zeka geriliğine bağlı olmayan dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Bu yazıda olgular “Moral Kontrol Defekti” olarak adlandırılmıştır (13). Birinci Dünya Savasından sonra ortaya çıkan influenza pandemisi ertesi ensefalit salgını DEHB’ye olan ilgiyi arttırmıştır. Çünkü bu salgında hastalanan kişilerde DEHB belirtilerine benzer hareketler saptanmış; bunun üzerine, bu bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmüştür (13). Lewin, 1930’da zihinsel özürü çocuk ve erişkinlerde beyin hasarı ile huzursuzluk, hareketlilik arasında bağlantı olduğunu söylemiştir (13). Lehtinen 1947’de organik neden hipotezini "hiperaktivitesi ve zeka geriliği olan çocuklarda bilişsel bozukluklar", "perseverasyon, dürtüsellik, distraktibilite ve hareketliliği" tanımlamıştır (13). Straus, bu çocuklardaki durumu “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak adlandırmıştır (13). 1965’de ICD-9 ve 1968’de DSM-II ile hastalığı bilimsel sınıflandırma çabaları başlamış, hastalığın adı "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu” olarak değiştirilmiştir (13). Eğer "Davranım Bozukluğu" ile birlikte ise "Hiperkinetik Davranım Bozukluğu" olarak kullanılmıştır. DSM-III’de (1980) alt gruplara ayrılarak, "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği" olarak adlandırılmıştır (14,15). DSM-III’de tanı ölçütlerinde değişiklik yapılarak, hastalığın ana belirtileri "dikkat eksikliği", "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak belirlenmiştir. Öğretmen ve ailelerle yapılan çalışmalarda dürtüsellüğün, hiperaktivite ile yüksek birliktelik gösterdiği görülmüş ve DSM-IV’de tek başına tanımlanması sonlandırılmıştır. DSM-III-R’da “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak adlandırılmış, DSM-IV’de bozukluk, Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altına alınmıştır (16). DSM-IV’de DSM-III-R’a ek önemli tanısız açıklamalar yer almıştır. DEHB’nin de dahil edildiği yıkıcı davranış bozuklukları içinde, Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşıt

Gelme (KOKGB) bozukluğuna da yer verilmiş, bu durumlar yüksek birlikteliklerine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir. Bulguların en az 6 aydır devam ediyor olması gerektiği vurgulanmış ve bulguların anlamlı olabilmesi için yaşa uygun normların dışında olması gerekliliğinin üstünde durulmuştur (16).

DSM-IV-TR'da (APA, 2000) DEHB tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (1):

**A) Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır.**

**1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede srmştir.**

**Dikkatsizlik:**

**a) oğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.**

**b) oğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.**

**c) Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.**

**d) oğu zaman verilen talimatları izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevleri tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).**

**e) oğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.**

**f) oğu zaman sürekli dikkat ve konsantrasyon gerektiren görevlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.**

**g) oğu zaman üzerine aldığı görevler ve yapması gereken işler için gerekli olan (oyuncak, kalem, kitap, araç gereçler gibi) eşyalarını kaybeder.**

**h) oğu zaman dikkati başka uyaranlar ile kolay bir şekilde dağılır.**

**i) Günlük etkinliklerinde çoğu kez unutkanlık görülür.**

**2) Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik (impulsivite) semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede srmştir.**

**Hiperaktivite:**

**a) oğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.**

**b) oğu zaman sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.**

**c) oğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).**

**d) oğu zaman sakin bir şekilde boş zamanlarını geçirme etkinliklerine katılamaz ya da oyun oynama zorluğu vardır.**

e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

f) Çoğu zaman çok konuşur.

**Dürtüsellik:**

g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştirir.

h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (ör. Başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

**B)** Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

**C)** İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (ör. Okulda (ya da işte) ve evde).

**D)** Toplumsal, okuldaki ya da evdeki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

**E)** Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklamaz (ör. Duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu).

*Tipine göre kodlayınız:*

**314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip:** Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa

**314.00 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:** Son 6 ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

**314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip:** Son 6 ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

**Kodlama Notu:** O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) “Kısmi remisyonda” olarak belirtilmelidirler.

Mayıs 2013’de yayınlanan DSM 5’de ise DEHB tanısına birtakım değişiklikler getirmiştir (17). Öncelikle DEHB tanısı “Nörogelişimsel Bozukluğu” altında yer almıştır. Belirti sayısı 18 ile kalmış ancak her belirti örneklerle açıklanmıştır. Başlangıç yaş kriteri (B kriteri) 12 yaştan önce olacak şekilde düzenlenmiştir. C kriteri “2 ya da daha fazla ortamda birkaç DE yada HA/İmpls. semptomları vardır. (ev, okul veya işte; arkadaşlar veya akrabalar ile; diğer aktivitelerde)” şeklinde değiştirilmiştir. Yine E kriterlerinden Otistik Spektrum Bozukluğu dışlama kriteri olarak sayılmamaktadır. DSM-4 TR’ye göre “Geçmişte tanı

kriterlerini tam karşılarken, son 6 aydır tanı kriterleri tam karşılanmıyor ve var olan belirtiler halen sosyal, akademik ve mesleki işlevselliği olumsuz etkiliyor” şeklinde kodlanan ‘Kısmi Remisyon’ yerine hafif, orta, ağır şeklinde “Şimdiki Şiddet” tanımı gelmiştir (17).

DSM’ye göre DEHB olarak adlandırılan durum, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması’nda (ICD-10,1992) ise, hiperaktivite belirtisine vurgu yapılarak “Hiperkinetik Bozukluklar” adı ile anılmaktadır (18). Hiperkinetik Sendrom olarak adlandırılan durumun öyküde perinatal ya da neonatal bir hasarın varlığıyla belirli, 5 yaşından önce başlayan, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir. ICD-10’da ek olarak, sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir (ICD-10,1992) (19).

ICD-10 ve DSM-IV tanı için benzer belirtiler listesini kullanır ancak tanının konulması için farklı yollar önerir. ICD-10’da tanı için üç boyutun [dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik] her birinden yeterli bir sayı olması şartı aranır. DSM-IV’te ise var olan iki boyutun (dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik) sadece birinden en az sayının olması yeterlidir. ICD-10’da tüm tanı ölçütlerinin en az iki durumsal ortamda olması şartı varken DSM-IV’te bir ya da daha fazla ortamda bozulmanın varlığı gereklidir. ICD-10’da duygudurum, anksiyete ve gelişimsel bozukluklar dışlama ölçütleridir. DSM-IV’te ise bu tanıları eş tanı olarak sınıflandırılır. Bu sebeple DSM-IV temelli yapılan sıklık çalışmalarında ICD-10’a göre daha yüksek oranlar çıkması beklenebilir (20).

### **2.1.2 Klinik Özellikler**

DEHB klinik bir tanıdır, tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar ya da özgün bir tanı testi yoktur. Klinisyenin tanı araçları; aile ve çocuk görüşmeleri, klinik gözlem, fizik ve nörolojik inceleme, davranış değerlendirme ölçekleri ile bilişsel testlerdir (21).

DEHB tanısı almış bireylerde yaş dönemine bağlı klinik bulgular değişebilmektedir. Sıklıkla çocukluk çağı bozukluğu olarak bilinen DEHB’nin gelişimsel bir nitelik taşıdığı; bozukluğun, çocukluk ve ergenlik döneminden sonra yetişkinlikte de devam ettiği gözlenmektedir (22,23,24).

DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri çoğu zaman çocuklarının bebeklik döneminden itibaren aşırı hareketli olduğunu belirtmektedirler (25). Fakat DEHB’nin gelişimsel düzeye uygunsuz şekilde net olarak ortaya çıkan dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik davranışları 3-4 yaş arasında görülmektedir (26). Buna rağmen nadiren belirtiler okula başlangıç dönemi olan 5-6 yaşa kadar ortaya çıkmayabilir (27).

Okul çağında DEHB tanılı çocukların olmayanlara göre akademik işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, okul başarılarının daha düşük olduğu ve daha fazla olasılıkla sınıf tekrarı yapmış oldukları bildirilmektedir (28). DEHB belirtileri ile işlevsellikteki bozulma arasındaki ilişkiye bakıldığında; dikkat eksikliği ile okul işlevselliğindeki bozulma arasındaki ilişkinin en güçlü olduğu bildirilmektedir (29). Okul başarısı açısından yerinde sessizce oturabilme, dikkatini sürdürebilme, dürtüsel davranışları durdurabilme, plan yapabilme ve yönergeleri takip edebilme kadar diğer çocuklarla uygun şekilde etkileşime girebilme becerisi de önem taşımaktadır (30). İşlevsellikte ve kişiler arası ilişkilerde görülen psikososyal bozulmalar çocukluk çağının ortalarına doğru belirginleşmektedir (31). Ergenlik döneminde dürtüsel davranışlarda artış gözlenmektedir (32). Evde ebeveynlerle ve kardeşlerle yaşanan davranım sorunlarının yanı sıra okulda ders başarısı ve sınıf içi davranışlardaki dengesizlikler zamanla öğretmen ve arkadaş ilişkilerinde de bozulmalara neden olmaktadır. Artmış davranış sorunları, gürültülü hareketler, dürtüsellik ve sosyal ipuçlarına cevap verememe gibi zayıf sosyal beceriler nedeniyle sosyal dışlanma görülebilir. Geç çocukluk ve ergenlik dönemlerinde beliren bu ailesel, akademik ve sosyal bozulmalara ikincil olarak bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır (33). DEHB tanılı çocukların % 70'inin erişkinlik döneminde dikkat eksikliği ve daha az sıklıkta olmak üzere dürtüsellik-aşırı hareketlilik davranışı gösterdiği tahmin edilmektedir (34). Sorunlarla baş edemeyen küçük bir grupta, DEHB belirtilerinden çok evlilik yaşamında problemler, depresyon, madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi eş sorunlar ön plana çıkmaktadır (35).

### **2.1.3 Epidemiyoloji**

DEHB çocukluk çağında yaygın görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Dünya genelinde yapılan çalışmalar %1 ile %20 arasında değişen farklı oranlar bildirmiştir. 1978 ve 2005 arasında tüm dünya bölgelerinde yapılan DEHB epidemiyoloji çalışmalarının sistematik derleme ve metaregresyon analizinde DEHB'nin dünya geneli birleştirilmiş prevalansı %5.29 olarak belirlenmiştir. Tanı ölçütleri, bilginin kaynağı, tanı için işlevsel bozulmanın gerekliliği ve coğrafik köken, DEHB prevalans oran farklılıklarıyla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (20).

Ayrıca yapılan çalışmalar DEHB'nin erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğünü göstermiştir. Toplum tabanlı çalışmalar erkek:kız oranının 1:1 ile 3:1 aralığında değiştiğini, klinik tabanlı çalışmalar ise bu oranın 9:1'e kadar yükseldiğini göstermiştir (36). DEHB'li çocukların büyük çoğunluğu (%60-85) ergenlik döneminde de DEHB kriterlerini karşılamaya

devam etmektedir (37). Birleşik Devletlerde yaklaşık 10.000 kişide yapılan bir çalışmada erişkin DEHB prevalansı % 4.4 olarak saptanmıştır (38).

#### **2.1.4. Etiyoloji**

DEHB etiyojisinde genetik yatkınlık, ailesel geçiş, nörobiyolojik disfonksiyon, monoamin anormallikleri, çevresel ve psikososyal etkenler sorumlu tutulmaktadır.

##### **2.1.4.1 Genetik geçiş ve Aile Çalışmaları:**

DEHB açısından yapılan aile, evlat edinme, ikiz ve moleküler genetik alanındaki çalışmalar DEHB'nin temel nedeninin genetik olduğunu göstermiştir. Aile çalışmaları, DEHB tanısı alan çocukların ailelerinde bozukluk görülme sıklığını kontrol gruplarıyla karşılaştırmışlardır. İlk yapılan çalışmalarda; DEHB tanısı alan çocukların hem ebeveynlerinde hem de kardeşlerinde DEHB riskini kontrol gruplarıyla karşılaştırdıklarında, riskin 2-8 kat arttığı (%20-25) gösterilmiştir (39-40). İkiz çalışmalarında ise durum genel olarak tek yumurta ikizlerinde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerindeki konkordansın çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Tek yumurta ikizlerinde bu belirtiler için konkordans %59-92 iken, çift yumurta ikizlerinde ise %29- 42'dir (40). DEHB tanısı alan çocukların kardeşlerinde DEHB görülme sıklığı, normal populasyona göre 2-3 kat artmıştır (40). Evlat edinilen çocuklarla yapılan çalışmalar sonucunda biyolojik anne-babalarda DEHB görülme sıklığı anlamlı olarak fazla saptanmıştır (41). Kardeşlerde DEHB'nin görülme sıklığıyla tek yumurta ikizlerinde görülme sıklığının karşılaştırılmasıyla bozukluğun kalıtsal yönü ve toplumdaki DEHB' ye ait varyasyon oranının yüzde kaçının genetik faktörlere dayandığı hesaplanabilir. Bu bağlamda yapılmış olan 20 ikiz çalışmasında çıkan sonuçların ortalamalarına göre, DEHB'nin kalıtılabilirliği %76 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu DEHB' yi en yüksek kalıtılabilirlik gösteren psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (42). DEHB ile ilişkili olan genlerin incelendiği çalışmalarda ortak olarak bulunan tek bölge 17p11 olmakla beraber bütün bu çalışmaların etkileri küçük olan gen bölgelerini tespit etmek için yeterli olmadığı belirtilmiştir (42).

DEHB' de genom taraması az olsa da, nörobiyolojik kökenli çalışmalar ya da teorik nedenlerden yola çıkarak, belli genlerin seçilerek incelendiği aday gen çalışmaları sıklıkla yapılmaktadır (42). Üzerinde en fazla çalışılan genler Dopamin reseptör 4 geni (DRD4) ve Dopamin taşıyıcı protein 1 (Dopamin transporter 1- DAT1) genleridir. Ancak bu genlerin etkisi konusunda kesin bir yargıya varmak mümkün değildir (43). Bu alanda yapılan

moleküler genetik incelemelerde elde edilen verilere dayanılarak daha önce çalışılmış 8 gen tanımlanmıştır. Bunlardan 7 tanesi DEHB ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur (dopamin 4 ve 5 reseptör geni, dopamin transporter gen, dopamin beta hidroksilaz gen, serotonin transporter gen, serotonin 1B reseptör ve sinaptozomal protein 25 gen) (42). DEHB'nin tek gen hastalığından çok poligenik bir kalıtımla aktarıldığı düşünülmektedir(42).

#### **2.1.4.2. Nörokimyasal Çalışmalar**

DEHB nörobiyolojisi tamamen anlaşılacakla beraber, bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları; dopaminerjik ve noradrenerjik sistemdeki anormalliklerin hastalığın oluşumunda rolü olduğuna işaret etmektedir (43).

DEHB ile en fazla ilişki kurulan nörotransmitterler arasında dopamin (DA) birinci sırada yer almaktadır. Kortiko-striato-talamik bölgeler olarak adlandırılan ve DEHB ile ilişkilendirilen bu bölgeler dopamin konsantrasyonunun yüksek olduğu bölgelerdir. Prefrontal korteks işlevleri için DA düzeylerinin yeterli bir seviyede olması gerekmektedir (41).

Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin; dikkat, odaklanma ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi bilişsel işlevlerdeki önemi bilinmektedir (44). Mezo-limbo-kortikal dopamin sistemindeki bozukluk; davranış, dikkat ve dürtüsellikle ilişkilendirilirken, nigro-striatal dopamin sistemindeki bozukluk ise yürütücü işlevler ve motor kontrol alanlarındaki belirtiler ile ilişkilidir (45).

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların ortak özellikleri dopamin salınımı artırma ve indirekt olarak artmış locus coeruleus noradrenerjik inhibisyonu yaparak etkilerini göstermeleridir (46). Norepinefrinin görevi postsinaptik  $\alpha$ 2A reseptörleri üzerinden etki ederek prefrontal korteks işlevlerini iyileştirmektir. DEHB tedavisinde kullanılan  $\alpha$ 2A agonistleri, olası tedavi edici etkilerini davranışın prefrontal korteks kontrolünü güçlendirerek göstermektedirler (41). Norepinefrin ve dopamin düzeylerinin optimal olması, yürütücü işlevler ve dikkatin sürdürümü için gereklidir (47).

#### **2.1.4.3 Nörogörüntüleme Çalışmaları:**

Nörogörüntüleme yöntemleri, psikiyatrik bozuklarla ilgili değerli bilgiler vermektedir, fakat tanı koydurma özellikleri yoktur (38). Prefrontal korteksin (PFC) çeşitli bölümlerinin incelendiği çalışmalarda DEHB olgularının en az bir bölgede daha küçük volüme sahip olduğu saptanmıştır. Bu olgularda yapılan en önemli beyin görüntüleme

çalışması Castellanos ve ark. (tarih) tarafından gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, ilk değerlendirmede DEHB olgularının tüm beyin bölgelerinde hacimsel ölçümlerin kontrol grubundan küçük ve bu farkın önceden stimulan tedavisi almamış olgularda daha belirgin olduğunu göstermiştir. İzlemede DEHB olgularının striatum dışındaki bölgelerde volüm küçüklüğünün devam ettiği, DEHB olgularının beyin gelişiminin kontrollere benzer seyrettiği, ancak kontrollerdeki düzeye ulaşamadığı saptanmıştır. Bu çalışma, stimulan tedavinin beyin gelişimini olumlu etkiliyor olabileceğini ve yaşla değişen beyin volümlerinin, belirtilerin değişimi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir (48). Bir fonksiyonel MRI çalışmasında da sağ inferior prefrontal, anterior singulat ve striatal aktivasyonlarda azalma saptanmıştır (49). Single photon emission computed tomography (SPECT) yöntemi kullanılarak uygulanan ilk fonksiyonel görüntüleme çalışmasında, DEHB'li çocukların striatal bölgelerinde kan akımının azalmış olduğu öne sürülmüştür (49). Zametkin ve ark. (1990) pozitron emission tomography (PET) tekniği kullanarak ergen ve erişkin DEHB tanılı bireylerde global serebral metabolizmanın azaldığını göstermişlerdir (50). Özet olarak DEHB hastalarında gözlenen yapısal beyin anomalilerinin frontal korteks, serebellum ve subkortikal yapılarda hacim azalması ve işlevsel olarak da inhibisyon kontrolü sırasında dorsal anterior singulat kortekste hipofonksiyon olduğu anlaşılmaktadır (43).

#### **2.1.4.4 Nörofizyolojik Çalışmalar:**

DEHB tanısı konulan çocuklarda yapılan nörofizyolojik çalışmalarda, elektroensefalografi (EEG) paternleri incelenmiş ve bu çocukların bir kısmında epileptiform deşarjlar tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda DEHB tanısı alan çocukların EEG'lerinde %5-7 oranında epileptiform deşarjların görüldüğü ve epileptiform aktivitenin nöronal gelişimi ve işlevlerini bozarak geçici ya da kalıcı davranışsal, bilişsel bozukluğa yol açtığını düşünülmektedir (51).

#### **2.1.4.5 Nöropsikolojik Çalışmalar:**

DEHB tanılı bireylerde yürütücü işlevler olarak bilinen inhibisyon kontrolü, dikkat düzenlenmesi, bir konudan diğerine geçiş yapabilme, çeldiricilere karşı koyabilme ve çalışma belleği ile ilgili fonksiyonlarda bozukluk olduğu gösterilmiştir (52) ve özellikle yanıt inhibisyonu, vijilans, çalışma belleği ve planlamada da bozukluk olduğu bildirilmektedir (53).



#### **2.1.4.6 Nörotrofik faktörler**

DEHB nörogelişimsel bir bozukluk olması nedeniyle nöronal sağkalım ve farklılaşma, sinaptik etkinlik ve nöronal plastisitede rolü olan nörotrofik faktörlerin bu karmaşık hastalığın etiyojisi için güçlü adaylar olduğu söylenebilir (54).

Nörotrofik faktörler, nöronal ağların formasyon ve plastisitesinde önemli düzenleyici faktörlerdir (55). Nörotrofinler beyin hücrelerini korur ve gelişiminde rol alır, ayrıca dendritik dallanmayı, monoamin reseptör ekspresyonunu ve monoamin üretimini desteklerler (56).

#### **2.1.4.7 Diğer Faktörler**

DEHB etiyojisinde rol oynayan diğer faktörler; perinatal stres ve düşük doğum ağırlığı, travmatik beyin hasarı, hamilelikte sigara içimi, ciddi erken deprivasyondur (37). Buna ek olarak; toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri) ve DEHB tanısı alan çocuklarda artmış vitamin ve besin gereksinimi de bilimsel verilerle doğruluğu tam olarak desteklenirse de DEHB etiyojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (57). Aşırı seviyedeki kurşun yüksekliği bazı durumlarda ölümcül olabilen ciddi bir ensefalopatiye yol açabilir.

Kesin tanı konulan kurşun zehirlenmeleri genellikle nörolojik ve psikolojik bozukluklar ortaya çıkarır (58). Kurşun zehirlenmesinde dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, huzursuzluk gibi belirtiler görülebilmektedir (59). Ancak pek çok DEHB tanısı alan çocuk kurşunla hiç temas etmediği gibi, yüksek miktarlarda kurşunla temas eden bazı çocuklarda da bu belirtiler görülmemektedir. Otoimmün nedenlerin de DEHB etiyojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Antinöronal antikörlere bağlı olarak oluştuğu düşünülen MSS disfonksiyonunun prototipi, Sydenham koresinde, DEHB ile uyumlu olan dürtüsellik, dikkat süresinin kısalığı ve konsantrasyon güçlüğü görülmektedir. Bu çalışmalar Grup A (beta) hemolitik streptokok enfeksiyonlarıyla hiperaktivitenin birlikte olabileceğini ortaya koymaktadır (60).

#### **2.1.5 Komorbidite**

Çalışmalar göstermektedir ki, DEHB tanısı alan çocukların %54-84'ü karşıt olma/karşıt gelme ve davranım bozukluğu kriterlerini de karşılamaktadır, %25-35 oranında öğrenme güçlüğü ile birliktelik görülmektedir, anksiyete bozuklukları ise DEHB tanısı alan olguların 1/3'üne eşlik etmektedir (37). Obsesif-kompulsif bozukluk tanılı çocukların %30'u

komorbid DEHB tanısı almaktadır, DEHB'li çocuklarda ise obsesif-kompulsif bozukluk görülme oranı %16'dır (61).

Öğrenme güçlüğü olan çocukların sınıf içerisinde ve belli durumlarda gösterdikleri dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk, DEHB ile ayırt edilmelidir, ayrıca DEHB tanısı alan çocukların da okul başarısının düşük olması tanıyı güçleştirmektedir (43). DEHB ile tik bozuklukları arasında komorbidite sıkça vurgulanmıştır. DEHB tanısı alan olgularda tourette sendromu görülme oranı %25'tir ve tourette sendromu olan olgularda DEHB görülme oranı %60-70'tir (62). DEHB tanısı alan adolesanlar arasında sigaraya erken yaşta başlama ve madde kullanım oranı, DEHB tanısı almayanlara göre anlamlı oranda fazladır (63). DEHB tanısı alan çocuklarda depresif bozukluk eşlik etme oranı %29'dur (43). Bipolar bozukluk tanısı almış olan çocukların yaklaşık %11-75'i hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğu tanısı almaktadır, yine hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğu tanısı almış olan çocukların da yaklaşık %7-23'ü bipolar bozukluk tanısı almaktadır (64,65).

## **2.1.6 Tedavi**

DEHB tedavisinde seçenekler farmakoterapi ve davranışçı terapiler olarak özetlenebilir.

### **2.1.6.1 Farmakoterapi:**

DEHB tedavisinde günümüze kadar MSS stimulanları (metilfenidat, dekstroamfetamin, pemolin), atomoksetin, trisiklik antidepresanlar, MAO inhibitörleri, klonidin gibi ilaçlar kullanılmıştır. Günümüzde DEHB'nin tedavisinde psikostimülanlar ilk farmakolojik seçenektir. DEHB tedavisi için ilaç alan çocukların büyük bir kısmı stimulan ve atomoksetin kullanmaktadır. DEHB'nin tedavisinde sık olarak kullanılan metilfenidat, semptomimetik ve psikostimülan etki gösteren bir ilaçtır. Etkisini katekolaminlerin geri alımını bloke ederek gösterir (66). Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) çalışmasında; ilaç tedavisi, davranışsal terapi ve ikisinin bir arada uygulanması karşılaştırılmıştır. MTA(1999) çalışmasında; yaşları 7-9 arası 579 çocukla stimulan kullanımından on dört ay sonraki sonuçlar elde edilmiş, ilaç tedavisinin ve kombine tedavinin tek başına davranışçı terapiye göre daha etkin olduğunu gösterilmiştir (67).

### **Stimulanlar:**

**Amfetamin:** (Adderall, Adderall XR, Dexedrine, Methamphetamine)

Etkisini daha çok presinaptik dopamin ve noradrenalin terminallerinden katekolamin salınımını arttırarak gösterir.(68)

**Metilfenidat:** (Methylphenidat, Dexmethylphenidat, Ritalin SR, OROS- metilfenidat) .

Dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyerek özellikle striatumda sinaptik aralıkta katekolamin miktarının artmasına yol açarak etkilerini gösterirler. Striatum bölgesinde sinaptik dopamin miktarındaki artış striatal-frontal yol aracılığıyla prefrontal kortikal fonksiyonların artmasında rol oynar .(68)

**Atomoksetin:**

DEHB tedavisinde selektif noradrenalin geri alım inhibitörüdür. İn vivo, in vitro çalışmalar, presinaptik noradrenaline yüksek selektif antagonist etki gösterdiğini, diğer nörotransmitter taşıyıcılarına, reseptörlere veya diğer noradrenalin reseptörlerine affinitesinin az olduğu yada hiç olmadığını göstermektedir (69).

### **2.1.6.2 Non-farmakolojik Tedaviler:**

Psikososyal eğitim, DEHB tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. DEHB tanısının sadece çocuklar üzerinde değil aileleri üzerinde de etkisi vardır. Bu etkiler hem olumlu hem de olumsuz olabilirler. Hastalığın tedavisi ve gidişatı aileler tarafından merak edilen konulardandır. Bu nedenle tedavinin planlanması aile ve çocuk ile birlikte yapılmalıdır ve tedavi esnasında da aktif bir bilgilendirme yapılmalıdır (70).

DEHB tanısı konulmuş çocuklarda aile ilişkileri genel olarak olumsuz ve engelleyicidir. DEHB tanısı alan çocuklar diğer çocuklara göre aileleri tarafından daha fazla uyarılırlar. Bu nedenle ilaç dışı tedaviler içerisinde aile tedavisini eklemek gerekmektedir (70,71). Genellikle ortalama 1–2 saatlik 10–20 seans süren, DEHB hakkında bilgi veren, çocuğun yanlış davranışlarına daha dikkatli yaklaşmayı öğreten, ailelere yönelik eğitim programı uygulanmaktadır (37). Bilişsel davranışçı tedavinin yardımıyla DEHB tanısı almış çocukların kendilerini ve davranışlarını kontrol etmeleri sağlanır. Verilen ödevler ve yapılan araştırmalar sayesinde öfke dışı vurum davranışları ve sosyal durumlarla ilgili problem çözme yöntemleri öğretilir (13).

DEHB’de etkilenmiş alanlardan biride sosyal becerilerdir ve bu alan tedaviye karşı oldukça dirençlidir. Soysal eğitim çocuğun iletişim kurma becerilerini kendi sosyal çerçevesinde arttırmayı hedefler. Genellikle çocuğun kendi yaş ve okul grubundan oluşan küçük gruplarda bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak sosyal eğitim gerçekleştirilir (13,72).

### 2.1.7 Gidiş

DEHB, uzun sürelidir ve kronik bir gidişat gösterir. Bu tanıyı alan çocuklarda belirtiler 7 yaş öncesinde başlar. DEHB tanısı alan çocukların %30 ila %80'i adolesan dönemde de hiperaktivite belirtileri gösterir, % 65'i erişkin dönemde devam eder (13). Motor aktivite genellikle geç çocukluk veya erken erişkinlik döneminde iyileşir. Orta şiddetli veya şiddetli rezidüel DEHB belirtileri (huzursuzluk, yerinde duramama, kıpırdanma) dışarıyla uyumlu olan bazı erişkinlerde bile görülmeye devam edilebilir. Hastaların en az %60'ında hastalığın önemli belirtilerinin özellikle de eskiden ortadan kalktığı düşünülen dikkat eksikliğinin ortadan kalmadığı, gençlik ve erişkinlik dönemlerinde de olumsuz etkilerinin sürdüğü bildirilmektedir (73).

DEHB tanısı almış olan çocukların kontrol gruplarına göre adolesan dönemde uyuşturucu madde deneme ve sigara kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir, genel popülasyondakinden yüksek olarak %30 oranında madde kullanımı bildirilmektedir (74).

## 2.2 EBEVEYN EĞİTİMİ PROGRAMLARININ TANIMI VE AMAÇLARI

Ebeveyn olmak karmaşık bir roldür; bu rol, toplumumuzdaki hızlı sosyal değişim ile yirmi birinci yüzyılda daha da zorlaşmıştır. Evlilik sayısının daha az olması, birlikte yaşamın artması, Avrupa Birliği'nde ergenlikte doğum oranlarının en yüksek düzeye ulaşması, boşanma oranının yüksek olması, tek ebeveynle büyüyen çocukların sayısının artması ve varıl ile yoksul arasındaki uçurumun büyümesi, hızlı sosyal değişimlere örnek oluşturabilir (75). Yirmi birinci yüzyılın ebeveynleri, kendi ebeveynlerinininkinden çok daha farklı bir rolle yüz yüze kalmıştır. Bu rolünü en iyi şekilde yerine getirmek ya da yaşadığı sorunlarla baş etmek ve gereksinim duyduğu bilgilere ulaşabilmek için, internet de dâhil olmak üzere birçok bilgi kaynağına başvurmaktadır. Bu başvurdukları kaynaklardan biri de ebeveyn eğitimi programlarıdır (76).

Ebeveyn eğitimi; çocukların yetiştirilmesi, aile ilişkileri, ailede ve toplumda anne babaya düşen yükümlülüklerin yerine getirilmesi için gerekli bilgi tutum ve becerilerinin sistemli bir şekilde geliştirilmesidir.

Ebeveyn eğitim programları, ailelerin ebeveynlik becerilerini ve bilgilerini geliştirme, çocuk gelişimi ve ailelerin yaşadığı sorunlarla pozitif yollarla başa çıkabilme ile ilgili

öğrenme deneyimlerini geliştirmeye odaklanmış programlardır. Ailelerin ebeveyn olma becerilerini kazanmaları, aynı zamanda çocukların gelişim ve gereksinimlerine duyarlılığı da beraberinde getirmektedir (77).

Ebeveyn eğitiminin temel amacı ebeveynlerin özgüvenini güçlendirerek, çocuklarının fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimi için anne-babalık becerilerini geliştirecek şekilde anne babalara rehberlik etmektir. Uygulanmakta olan programların bir kısmı doğrudan çocuğa, yakın çevresine, bir kısmı ise hem çocuğa hem anne babaya hizmet götürmeyi amaçlamaktadır

Ebeveyn eğitimi programlarının amaçları;

- Çocuktaki sorunlu davranışları azaltmak,
- Ebeveyn – çocuk ilişkisini geliştirmek,
- Ebeveynlerin sıcaklığını ve uygun yaklaşımlarını arttırmak,
- Ebeveynlerin tutarlı disiplin yaklaşımlarını arttırmak,
- Ebeveynlerin denetim ve danışılan olmasını arttırmak,
- Ebeveynlerin katı ve kaba tutumları azaltmak,
- Ebeveynlerin ruhsal durumunu desteklemek,
- Ebeveynlerin benlik saygısını arttırmak,
- Ebeveynlerin yeterlilik ve kendine güven duygusunu arttırmak,
- Ebeveynlerin çocuklarının davranışlarının nedenleri konusunda farkındalık kazandırmak,
- Ebeveynlerin problem çözme ve baş etme becerilerini arttırmak,
- Ebeveynlerin iletişim becerilerini arttırmak olarak belirtilebilir (78,79).

### **2.2.1 EBEVEYN EĞİTİMİ PROGRAMLARININ SINIFLANDIRILMASI**

Ebeveyn eğitim programları ilişki temelli ve davranışsal yaklaşım temelli olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

İlişki temelli ebeveyn eğitim programları arasında Etkili Ebeveyn Eğitimi (Parent Effectiveness Training-PET), Adlerian Programı (Adlerian Program), Sistematik Ebeveyn Eğitimi Programı (STEP-Systematic Training for Effective Parenting), Aktif Ebeveynlik (Active Parenting), Hoşgörülü Ebeveynlik (Mellow Parenting), Şiddetsiz İletişim (Nonviolent Communication-N.V.C.), Gençlerle Konuşma Sanatı (How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk) programları yer almaktadır. Bu programlar psikodinamik, hümanistik ve aile sistem teorisini temel alırlar. Programların amacı çocukların problemleri

davranışlarının altında yatan duygu ve düşünceleri anlamak, onların düşünce tarzlarını öğrenmek ve ebeveynlerin çocuğa olan yanıtını değerlendirmektir. Programların içeriğinde iletişim becerileri (aktif dinleme, ben dili, geribildirim, çatışma çözümü) ve ebeveynlere çocukları ile nasıl iletişim kuracaklarına dair yaklaşımlara yer vermektedir. Programın odağını çocuk oluşturmaktadır (80-83).

Davranışsal yaklaşım temelli ebeveyn eğitimi programları Triple P (Positive Parenting Programme- Triple P), İnanılmaz Yıllar (Incredible Years), Suç Önleme Programı (Delinquency Prevention Program), Uyumsuz Çocuklara Yardım Programı (Helping Noncompliant Child Program), Çocuk Programlı Hayat (Living with Children Program) olarak belirtilmektedir. Bu programlar sosyal bilişsel teoriyi temel alırlar (81,82). Sosyal öğrenme kuramına göre benzer davranışların benzer sonuçlar doğuracağı düşüncesi davranışları şekillendirmektedir. Davranış repertuarının ve buna bağlı sonuçların artmasıyla, çocuklar belirli davranışların olası sonuçlarını değerlendirip kendi davranışlarını şekillendirmektedirler. Bu noktada ebeveynler çocuk ve ergenin davranışlarını şekillendirirken, diğer yandan çocuk ve ergenler de aktif biçimde ebeveyn davranışlarını etkilemektedir. Zaman içinde çocuk ve ergenler bir davranışı seçmeden önce ebeveynlerinin o davranışa gösterecekleri tepkileri tahmin etmeyi öğrenmektedir. Ayrıca ebeveyn ve çocuğun birbirine karşı göstermiş oldukları uyumsuz ve uygunsuz davranışlar çocuklarda problemlili davranışların artmasına; ebeveynlerin ise sert, otoriter ve etkisiz disiplin yöntemleri kullanmalarına neden olur (84-86). Bu amaçla bu programlarda çocuğun problemlili davranışlarını destekleyen ebeveyn güçlükleri değiştirilerek ebeveynlerin öz-yeterlilik algıları güçlendirilir ve öz-düzenleme becerileri geliştirilir. Buna bağlı olarak da çocuklarda değiştirilmek istenen davranışlar azaltılır, olması istenen davranışlar kazandırılır. Programın odağını ebeveyn oluşturmaktadır (87-89).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Planı'na (Child and Youth Mental Health Plan) ([www.mcf.gov.bc.ca](http://www.mcf.gov.bc.ca)) göre davranış problemi olan çocukların ebeveynlerine uygulanan Triple P Ebeveyn Eğitimi Programı aile ve toplumla işbirliği yapan, risk faktörlerini azaltan, koruyucu faktörleri destekleyen, multidisipliner (psikiyatrist, psikolog, hemşire, çocuk gelişim uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışman, öğretmen... vb.) yaklaşıma sahip, kanıt standartları yüksek, randomize kontrollü çalışmaların kullanıldığı ve uzun süreli sonuçların elde edildiği en iyi ebeveyn eğitimi programıdır (89).

## 2.2.2. EBEVEYN EĞİTİMİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

Ebeveyn eğitimi programlarının etkili olabilmesi için göz önünde bulundurulması gereken noktalar aşağıdaki gibidir

- Program kanıta dayalı olmalı,
- Program sosyal öğrenme kuramına temellendirilmeli,
- Programın değişen gereksinimlere göre farklı düzeyleri olmalı,
- Programın hedef kitlesi sadece anneleri değil babaları da içermeli,
- Programda rol oymama, model alma, seminer, geribildirim, uygulama, prova yapma, video gösterimi gibi eklektik eğitim yöntemleri kullanılmalı,
- Program multidisipliner yaklaşıma sahip olmalı,
- Program kültürel açıdan uygulanabilir ve kabul edilebilir olmalı,
- Dört temel etkili eğitim unsurunu içermeli (emosyonel iletişim becerileri öğretmek, çocuğu ile olumlu etkileşime geçebilmeyi öğretmek, tutarlı disiplin uygulamayı öğretmek, eğitim sürecinde çocuğu ile pratik yapma olanağı sağlamak)
- Program devamsızlığı en aza indirecek ek önlemleri içermelidir (90-92).

## 2.2.3 TRİPLE P OLUMLU ANNELİK-BABALIK EĞİTİM PROGRAMI

Triple P programı bir klinik araştırma programından geliştirilmiştir. Triple P'de kullanılan ebeveyn eğitim yöntemlerinin, uyumsuz evliliğe sahip ve depresif anne-babaların çocukları, kırsal bölgelerde yaşayan, sürekli yeme problemi ve davranış problemi olan çocukları içeren farklı toplumlarda, çocukların duygusal ve davranışsal problemlerini azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bu ebeveyn eğitim yöntemleri hafif ve orta düzeyde zihinsel engeli olan çocukların ebeveynleri için de geliştirilmiştir (93). Evrensel ebeveyn bilgilendirme stratejilerinden (tutum önerilerinden) oluşan 1. düzey, ilgili ebeveynler için yazılı ve elektronik medyayı, ebeveynlik ile ilgili bilgilerin yer aldığı broşürleri ve özel ebeveynlik tutum önerilerini gösteren videokasetleri kullanarak medya yoluyla ebeveynlik ile ilgili yararlı bilgilere ulaşımı sağlar. Bu düzeyde bir müdahale, ebeveynlik kaynaklarına ilişkin toplumsal bilinci artırmayı, ebeveynleri ebeveynlik programlarına katılımlarına teşvik etmeyi ve çocuklarla ilgili yaygın davranışsal ve gelişimsel endişelere dair çözüm yollarını göstererek daha iyi bir ruh hali yaratmayı amaçlamaktadır. İkinci düzey, hafif düzeyde davranışsal ve duygusal problemleri olan çocukların ebeveynleri için erken tanılamaya yönelik bir davranış rehberi sunmayı amaçlayan, kısa, bir ya da iki oturumluk birincil koruma müdahaleleridir. Üçüncü düzey 4 oturumdan oluşur. Hafif ve orta düzeyde davranışsal ve

duygusal problemleri olan çocukların ebeveynlerini hedef alır ve ebeveynler için aktif beceri eğitimini içerir. Dördüncü düzey, daha ciddi davranışsal ve duygusal problemleri olan çocukların ebeveynleri için 10 oturumluk bireysel ya da 8 oturumluk grup eğitim programıdır. Beşinci düzey, ebeveynliğin diğer sıkıntılar (ilişki sorunları, ebeveynlerin depresyonu ya da yüksek düzeylerde stres) ile daha da karmaşık bir hale geldiği durumlarda ileri bir davranışsal aile müdahale programıdır (94-99).

Bu aşamalı, çok düzeyli müdahalenin mantığı, çocuklarda ve ergenlerde farklı düzeylerde işlevsel ve davranış problemlerinin var olması ve ebeveynlerin, ihtiyaç duyacakları desteğin türüne, yoğunluğuna ve şekline dair farklı ihtiyaç ve isteklere sahip olmasıdır. Çok düzeyli tutum önerileri etkinliği maksimize etmek, maliyetleri sınırlandırmak, fazla ve gereksiz hizmetlerden kaçınmak ve programın toplumda büyük bir popülasyona ulaştığından emin olmak için tasarlanmıştır.

### **2.2.3.1. Programın Hedefleri**

Grup Triple P programının amacı;

- Çocuklarda davranış ve gelişim problemlerini kontrol altına alma yolu ile toplumda ebeveyn yetkinliğini teşvik etmek ve artırmak,
- Otoriter ebeveynlik tutumlarının kullanmasını azaltmak,
- Ebeveynlerin ebeveynlik sorunları ile ilgili iletişimini iyileştirmek,
- Çocukların yetişmesi ile ilgili ebeveyn stresini azaltarak çocuk yetiştirmede ebeveynlerin özgüvenini artırmaktır (94).

### **2.2.3.2. Uygun Grup Formatı**

Grup eğitim süreci aktif beceri eğitimi stratejilerini kullanır. Bunlar, kısa öğretici sunumlar, grup tartışmaları ve akran desteği, temel ebeveynlik becerilerine dair video gösterimleri ve rol yapma ve akran örneklerini kullanarak edinilecek becerilerin provalarını yapmayı içerir. Program ayrıca grup problem çözme alıştırmalarını, telefon desteği oturumlarını ve oturumlar arasında tamamlamak üzere ebeveynlere verilen bireye özel ev ödevlerini içerir (94-99).

Uygun bir grup her bir grup eğiticisi için 10-12 ebeveyninden oluşur, ancak bu sayıdan daha büyük gruplar da (30 ebeveyne kadar) çalışabilir. Büyük gruplarda karşılaşılan en büyük sıkıntı, ebeveynlere programı bireysel ihtiyaçlarına göre düzenleyebilmek için yeterli ilgiyi



gösterememektir. Başka bir dezavantaj da, grup içinde güçlendirilen aktif öğrenim sürecine entegre edilmiş beceri eğitimi alıştırmalarını sağlamak ve kontrol etmekteki zorluktur.

Uygulamada, grup katılımcılarının büyük çoğunluğu, özellikle de oturumların gündüz vaktinde düzenlendiği durumlarda, genellikle annelerden oluşur (101).

### 2.2.3.3. Program İçeriği

Grup Triple P Programına katılan ebeveynlere, çocuklarının gelişimini teşvik etmek, problemleri davranışları azaltmak ve çocuğun sağlığını tehlikeye atacak riskli durumları azaltmak ya da ortadan kaldırmak için yardım etmek üzere özel bilgiler sağlar. Çocuğu 0-12 yaş arasında olan ebeveynler için düzenlenen program 8 oturumdan oluşur. 10-12 kişilik ebeveyn grupları için 4 tane iki saatlik grup oturumu, 4 oturumun tamamlanmasından sonra her bir ebeveyn ile 3 tane 15-30 dakikalık telefon görüşmesi yapılır ve son bir kapanış oturumu yapılır (Oturum 8). İzlem telefonları, grup oturumlarında öğrendiklerini uygulamaya koyan ebeveynlere ek bir destek sağlar. Kapanış grup oturumu ebeveynlere gelişimlerini değerlendirme ve elde edilen başarıları paylaşma olanağı sağlar. Her iki ebeveyn de (koşullar uygun olduğunda) katılım için cesaretlendirilir ve çocuklar okulda ise, ebeveynler ilgili öğretmenlerle programa katılımlarını tartışmak üzere teşvik edilirler. Gruplar farklı toplumsal ortamlarda düzenlenebilir. Tablo 1, her bir oturumda ele alınan önemli içerik alanlarını özetlemektedir (94).

**Tablo 1. Oturum İçeriğinin Gözden Geçirilmesi:**

Oturum Numarası	İçerik	Süre
<b>1. Olumlu Anne-Babalık</b>	Grup olarak çalışma Olumlu anne-babalık nedir? Çocuğun davranışlarını etkileyen etmenler Değişim hedefleri Çocuğun davranışlarının izlenmesi	120 dakika
<b>2. Arzu Edilen Davranışın Teşvik Edilmesi</b>	Çocuklarla olumlu ilişkiler geliştirme Arzu edilen davranışın teşvik edilmesi Yeni beceri ve davranışların öğretilmesi Aile toplantıları düzenlemek	120 dakika
<b>3. Problemleri Davranışla Başa</b>	Açık ve anlaşılır aile içi temel kuralların oluşturulması Kurallara uymamaya başa çıkma	120 dakika

<b>Çıkma</b>	Problemlili davranışla başa çıkma Davranış anlaşmalarını kullanmak	
<b>4. Riskli Davranışla Başa Çıkma-Önceden Plan Yapma</b>	Yüksek riskli durumların saptanması Risk azaltma tutum önerilerini belirlemek Aileler için önemli yaşamsal bilgiler Telefon görüşmelerine hazırlanma	120 dakika
<b>5. Anne-Baba Tutumlarının Çalışılması 1</b>	Görüşme için hazırlanma Gelişimde son durum Diğer konular	15-30 dakika
<b>6. Anne-Baba Tutumlarının Çalışılması 2</b>	Görüşme için hazırlanma Gelişimde son durum Diğer konular	15-30 dakika
<b>7. Anne-Baba Tutumlarının Çalışılması 3</b>	Görüşme için hazırlanma Gelişimde son durum Diğer konular	15-30 dakika
<b>8. Programın Kapanışı</b>	Gelişim değerlendirme Değişimi korumak Geleceğe dönük problem çözme Son değerlendirme	120 dakika

#### 2.2.3.4. Özel Ebeveynlik Tutum Önerileri

Grup Triple P Programında açıklanan özel ebeveynlik becerileri Tablo 2’de özetlenmektedir. Program süresince ebeveynler bu becerileri bir takım hedef davranışa uygulamayı öğrenirler. Bu stratejiler (tutum önerileri) beceri temelli beş kategoriye ayrılır (94);

- 1) Olumlu ebeveyn-çocuk ilişkilerini güçlendirecek beceriler
- 2) Arzu edilen davranışları teşvik edecek davranışlar
- 3) Çocuklara yeni davranışlar ve beceriler öğretecek beceriler
- 4) Problemlili davranışları kontrol edecek beceriler
- 5) Riskli durumlarla nasıl başa çıkabileceğine yönelik beceriler.

Bu becerilerin edinilmesi aile uyumunu teşvik eder, ebeveyn-çocuk çatışmasını azaltır, başarılı akran ilişkilerini güçlendirir .

**Tablo 2. Grup Triple P Programı ile Kazandırılan Ebeveynlik Becerileri:**

<b>STRATEJİ (TUTUM ÖNERİSİ)</b>	<b>TANIM</b>	<b>UYGULAMA</b>
<b>Olumlu İlişkiler Geliştirmek</b>		
Çocuk ile birlikte zaman geçirmek	Diğer işleri yapmak için zorlayıcı bir durum yoksa sık sık ama kısa süreli zaman geçirmek	Çocuklar için ebeveyn ile iletişim halinde olmanın keyfine varma ve olumlu bir ilişkiyi sürdürme fırsatları
Çocuk ile konuşmak	Onların ilgisini çekecek konularda kısa konuşmalar yapmak	Düşüncelerini açıklama ve onlar için önemli olan konuları tartışma fırsatları yaratmak
Sevgi göstermek	Toplum içinde duruma uygun sevgi gösterilerinde bulunmak	Sevgi göstermenin ve ebeveyn-çocuk ilişkisini sürdürmenin uygun yollarını göstermek
<b>Arzu Edilen Davranışın Teşvik Edilmesi</b>		
Tanımlayıcı takdiri kullanmak	Takdir edilen davranışı tanımlayarak cesaretlendirme ve doğru bulunduğu ya da beğenildiğinin ifade edilmesi	Arzu edilen davranışın teşvik edilmesi (sorumluluk taşımak, ev işlerini yapmak, diğerlerine yardımcı olmak)
İlgi göstermek	Doğru davranışın sözsüz olarak kabulü, onaylanması	Arzu edilen davranışın teşvik edilmesi (sorumluluk taşımak, ev işlerini yapmak, diğerlerine yardımcı olmak)
Eğlenceli aktiviteler için fırsatlar sağlamak	Çocukların yeni sosyal ve boş zaman aktiviteleri keşfetmesi ve bunları denemesi için fırsatlar yaratılması	Bağımsız hareket etmeyi teşvik etmek; çocukların katılabileceği ve yeni ilgi ve beceriler geliştirebileceği aktiviteleri tanımlamak
<b>Yeni Beceri ve Davranışları Öğretmek</b>		
İyi bir örnek olmak	Ebeveyn olarak doğru davranışları sergilemek	Özellikle de kişiler arası iletişimde çocuklara nasıl uygun şekilde davranılacağını göstermek
Problem çözmede rehberlik etmek	Çocuklara bir problem ile yapıcı ve etkili bir şekilde baş etme konusunda yardımcı olmak	Bağımsız hareket etmeyi teşvik etmek; zor kararlar, ikilemler ve zorluklar karşısında destek olmak

Davranış anlaşması kullanmak	Tartışma ya da gerginlik yaratan bir konu ile başa çıkmak için bir anlaşma üzerinde uzlaşmak	Çocuğa kişisel sorumluluk geliştirme konusunda yardımcı olmak
Aile toplantısı düzenlemek	Değişim için hedefler belirlemek üzere aile üyeleri için ortak bir zaman organize etme	Uzlaşmayı, karar vermeyi ve bireysel sorumluluğu öğretmek
<b>Problemlili Davranışla Başa Çıkma</b>		
Uygun aile içi temel kurallar belirlemek	Baştan bir takım adil, açık, anlaşılır ve uygulanabilir kurallar üzerinde uzlaşmak	Beklentileri netleştirmek ve günlük çatışmalardan kaçınmak
Amaca yönelik tartışmayı kullanmak	Tekrarlayan kural ihlalleri sonrası doğru davranışın tanımlanması ve provasının yapılması	Tekrarlayan kural ihlallerini veya yeni bir kuralın uygulanmaya başlamasını takiben olabilecek ihlalleri düzeltmek
Açık, net ve sakin talimatlarda bulunmak	Yeni bir görevi başlatmak veya problemlili bir davranışı sona erdirmek ve doğru davranışı başlatmak için özel bir talimatta bulunmak	Bir aktivite başlatmak veya problemlili bir davranışı sona erdirmek ve bunun yerine neyin gerekli olduğunu söylemek
Talimatları ilgili (duruma uygun) yaptırımlarla desteklemek	Çocuklara belirli bir zaman dilimi için bir aktivitenin ya da ayrıcalığın sona erdirilmesini de kapsayan belirli bir sonucun sağlanması	Kurallara riayetsizlik ve sıklıkla meydana gelmeyen hafif düzeyde davranış problemleri ile başa çıkma
Problemlili davranışlarla başa çıkmak	Çocuğun etkili problem çözme becerilerini kesintiye uğratan veya artan çatışma ve/veya gerginlik ortamına sebep olan olumsuz veya yoğun duygusal tepkilerle başa çıkmasına yardımcı olmak	Problemlili davranışla başa çıkmak; bir çocuğa gerginliğe neden olan olaylarla başa çıkabilmesi için destek olmak; olumsuz çatışmalardan kaçınmak için tırmandırma tuzaklarını önleme yöntemlerini örnekleme
Davranış anlaşması kullanmak	Çatışma ve/veya gerginlik ortamına neden olan bir problem ile başa çıkmak için bir anlaşma üzerinde uzlaşmak	Çocuğa kişisel sorumluluk geliştirme konusunda yardımcı olmak
Aile toplantısı düzenlemek	Değişim için hedefler belirlemek üzere aile üyeleri için ortak bir zaman	Uzlaşmayı, karar vermeyi ve bireysel sorumluluğu öğretmek

	organize etme	
<b>Önceden Plan Yapma</b>		
Aktivite planı yapma	Riskli olabilecek durumları önceden tahmin etmek ve aktivite planı oluşturmak	Çatışmaya neden olan beklenmeyen istekleri önlemek
Ödülleri ve kuralları açıklamak	Kuralları paylaşmak ve algılanan riski açıklamak	Ebeveynlerin ödülleri ve kuralları için gösterdikleri motivasyonu açıklamak; riskin doğasını açıklamak
Risk azaltma stratejilerini (tutum önerilerini) seçmek	Problem çözme ve baştan bir takım adil, açık, net ve uygulanabilir kuralları üzerinde uzlaşmak	Yüksek riskli durumlardan kaçınmayı ya da yüksek riskli durumları azaltmayı sağlayan en iyi olası planı oluşturmak
İzlem değerlendirme oturumu düzenlemek	Stratejilerin (tutum önerilerinin) nasıl çalıştığını görmek için bir zaman dilimi belirlemek	Uzlaşmayı, karar vermeyi ve bireysel sorumluluğu öğretmek
Çocukları gözlemlemek	Anne-babalar arası ve sosyal iletişim ağı oluşturmak	Ebeveynler arasında deneyim ve duyguların paylaşılması için toplumsal sorumluluk duygusunu oluşturmak

### 2.2.3.5. Programın Sonuçları

Grup Triple P Programı, ebeveynlerde duygusal öz düzenlemenin nasıl teşvik edileceğini ve ebeveynlere çocuklarının akranları ile iyi geçinme, okulda ve daha büyük topluluklarda başarılı olma konusunda sosyal beceriler geliştirmelerine nasıl yardımcı olabileceklerini öğretir. Bu sosyal beceriler Tablo 3’de gösterilmiştir. Bu becerilerin edinilmesi ailede uyumu artırır, ebeveyn-çocuk çatışmalarını azaltır, başarılı akran ilişkilerini güçlendirir ve çocuğu okulda ve daha büyük topluluklarda başarılı bir deneyime hazırlar.

Eğiticiler ebeveynler için destekleyici bir eğitim ortamı oluşturduğunda bu sonuçları elde etmek daha kolaydır. Ebeveynler, çocuklar ile günlük iletişimlerinde kullanacakları ebeveynlik becerileri hakkında tartışabilir ve uygulamaya dönük bilgileri ve önerileri alabilirler (94-99).

**Tablo 3. Triple P ile Desteklenen Çocuk Becerileri**

<b>SOSYAL VE DİL BECERİLERİ</b>	Görüşlerini, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını uygun bir şekilde ifade etme
	İhtiyaç duyduklarında destek veya yardım isteme
	Yetişkinlerin isteklerine yönelik işbirliği yapma
	Başkalarıyla işbirliği yaparak yaşlarına uygun etkileşime girme
	Başkalarının duygularının farkında olma
	Kendi hareketlerinin başkalarını nasıl etkilediğinin farkında olma
<b>DUYGUSAL ÖZ DÜZENLEME BECERİLERİ</b>	Duygularını başkalarına zarar vermeden ifade etme
	Başkalarını incitici hareketlerin kontrol edilmesi ve hareket etmeden önce düşünme
	Kendileri ve başkaları hakkında olumlu duygular geliştirme
	Kuralları ve sınırları kabul etme
<b>BAĞIMSIZLIK BECERİLERİ</b>	Kendileri için bir şeyler yapmaları\Kendi kendine öğrenme
	Görevlerini sürekli yetişkin denetimi olmadan yapma
	Kendi davranışlarından sorumlu olma
<b>PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ</b>	Günlük olaylara ilgi gösterme
	Soru sorma ve düşünce geliştirme
	Problemlere alternatif çözümler düşünme
	Anlaşma ve uzlaşma
	Kararlar vermek ve bu kararların sonuçlarını üstlenme

### **2.2.3.6. Grup Triple P' Programının Kuramsal Temeli**

Grup Triple P Programı sosyal öğrenme ilkeleri temelinde oluşturulmuş bir davranışsal aile girişimidir. Çocukluk ve ergenlik dönemi bozukluklarının tedavisi ve önlenmesine yönelik bu yaklaşım çocuk ve ergenlerle yapılacak herhangi bir girişimin, özellikle de davranış problemlerini hedefleyen uygulamaların arasında en güçlü deneysel desteğe sahiptir. Grup Triple P Programı aile koruyucu faktörlerini destekleyerek çocuklardaki ciddi düzeyde duygusal ve davranışsal problemleri azaltmayı amaçlar. Özellikle, program ebeveynlerin bilgi, beceri, özgüven ve öz yeterliliğini artırmak; çocuklar için koruyucu, güvenli, şiddet içermeyen ve çatışmanın az yaşandığı bir ortam oluşturmak; çocukların sosyal, duygusal, entelektüel ve davranışsal becerilerini olumlu ebeveynlik uygulamaları yolu ile artırmayı amaçlar (94-99).

### 2.2.3.7. Grup Triple P Programı İçeriğinin Kuramsal Etkileri

Grup Triple P Program içeriği yukarıda anılan kuramsal ve ampirik temeller üzerine kuruludur. Ayrıca şu hususları da içerir (94-99);

- Çocuk ebeveyn etkileşiminin karşılıklı ve çift taraflı olduğunu açıklayan sosyal öğrenme modellerini içerir. Bu model, otoriter ve disfonksiyonel aile ilişkilerinin gelecekte çocukların antisosyal davranışlarını belirleyen öğrenme mekanizmalarını tanımlar. Sonuç olarak, program otoriter ebeveynlik uygulamalarına karşılık ebeveynlere olumlu ebeveynlik uygulamalarını öğretir.
- Çocuk ve aile davranış terapisi araştırmaları ve birçok yararlı davranış değişimi stratejisi (tutum önerisi) geliştiren uygulamalı davranış analizi araştırmaları, özellikle çocuklar ve ergenler için daha olumlu bir ortam oluşturarak davranış problemi belirleyicilerini yeniden düzenlemeye odaklanan araştırmalardır.
- Ebeveyn öz etkiliği, karar verme ve davranış hedefleri ile ilişkilendiren faktörler olan nitelikler, beklentiler ve inanışlar gibi ebeveyn bilincinin önemli rolünü vurgulayan sosyal bilgi işleme modelini içerir.
- Çiftlerin ilişkilerindeki çatışmaları ve ebeveynlerin stres ve depresyonunu da kapsayan ek risk ve koruyucu faktörleri tanımlayan gelişimsel psikopatoloji alanındaki araştırmalardır. Ebeveynler arasındaki uyumsuzluk, birçok çocuk ve ergen psikopatolojisi için bir risk faktörüdür. Program ebeveynlerin yetiştirilmesinde rolü olan faktörler arasında bir işbirliğini ve ekip çalışmasını destekler. Çiftlerin iletişimini iyileştirmek, ebeveynlik sorunlarına yönelik çatışmaları azaltmada önemli bir araçtır. Grup Triple P Programı aynı zamanda depresyon, öfke, anksiyete ve özellikle de ebeveynlik rolüne ilişkin yüksek stres düzeyleri gibi ebeveyn güçlüklerini hedefler. Bu güçlükler, ebeveynlerin daha iyi ebeveynlik becerileri geliştirmeleri ve çaresizlik, depresyon ve stres duygularının azaltılması ile hafifletilebilir. Programın ileri düzeylerinde, bireylerin ruh halinin gözlenmesine dayalı bilişsel davranışçı terapi teknikleri kullanılır (94-99).
- İnsan gelişimi için daha geniş ekolojik kapsam rolünün net bir şekilde kavranmasını da içine alan bir aile müdahalesine (girişimine) yönelik halk sağlığı bakış açısını içerir. Biglan'ın (2005) da belirttiği gibi, çocuklar ve ergenlerde antisosyal davranışların azaltılması ebeveynliğin toplumsal bağlamda değişmesini de gerektirir (94-99). Grup Triple P Programının birinci düzeyi medya ve tanıtım stratejisi, daha büyük bir müdahale (girişim) sisteminin bir parçası olarak, bu geniş ekolojik bağlamı değiştirmeyi amaçlar.

Program, ebeveynlik uygulamalarını olumlu yönde değiştirerek (özellikle de ebeveyn eğitime katılım sürecinde), ebeveynlerin sosyal izolasyon duygularını kontrol altına alarak, toplumun diğer üyelerinden gelen toplumsal ve duygusal desteği arttırarak, ebeveynliğin önemini ve güçlüklerini değerlendirerek ve herkes tarafından bilinir kılarak yapar. Aynı zamanda, anahtar konumdaki toplum önderlerinin (topluluk liderlerini, işletmeleri, okulları ve gönüllü organizasyonları) programa dâhil edilmesi ile aktif bir şekilde toplumsal katılım ve destek arayışındadır (94-99).

### **2.2.3.8. Grup Triple P Programının Ayırt Edici Özellikleri**

#### **1. Programın Yeterliliği**

Bu kavram, ebeveynlerin, bağımsız bir şekilde bir sorunla baş edebilmeleri için ihtiyaç duyacakları girişimin o ailenin ya da o ebeveynlerin gücüne göre farklılık gösterdiği anlayışına dayanır. Grup Triple P **Programı** ebeveynlerin ihtiyaç duyacağı en az destek düzeyini sağlamayı hedefler. Örneğin, birçok ebeveyn özel bir gelişim sorunu ya da problemleri davranışı nasıl çözeceğine dair basit pratik tavsiyeler ister. Birçok ebeveyn için, Grup Triple P'nin (ebeveynlik önerileri, ebeveynlikle ilgili önemli bilgilerin bulunduğu broşürler ve/veya gereksinim duyulan becerileri gösteren video programları sağlayan) 1. veya 2. düzeyi yeterli bir müdahale (girişim) oluşturabilir. Hem çocuklar hem de yetişkinler düzeyinde birçok zorlukla karşılaşan diğer ebeveynler daha yoğun girişime ihtiyaç duyabilir. 5. düzey program, ilişki çatışmaları, psikiyatrik bozukluk ve yüksek düzeylerde stres gibi ailenin ek risk faktörlerine yönelik bir girişim sağlar. Etkili olma potansiyeli olan programlar, girişimin gücü, yoğunluğu ve çerçevesi, programın uygulandığı ortam, hedef popülasyon, girişimi kimin uyguladığı ve uygulama maliyetleri gibi durumları da kapsayan programın kompleks yapısı konusunda değişiklik gösterirler. Burada hedef, çok sayıda risk altındaki aileler tarafından erişilebilecek en düşük maliyetli programı sunmaktır (94-99).

#### **2. Tanımlanmış Risk ve Koruyucu Faktörlere Yönelik Değiştirilebilir (Esnek) Düzenlemeler**

Girişimin her bir düzeyinde, ebeveynlerin kendilerine özgü koşullarına göre programın önemli ölçüde yeniden düzenlenmesi özel risk ve koruyucu faktörlerin de ele alınmasını mümkün kılar. Aslına bakılırsa, girişimin ilkeleri yazılı hale getirilmiş olsa da, programın ebeveynlerin kendilerine özgü hedeflerine ve aile koşullarına uyarlanması için eğiticinin belirgin ölçüde yaratıcı olması gerekmektedir (94-99);



### **3. Değiştirilebilir Dzenleme Őekilleri**

Grup Triple P **Programı'nda** girişimin farklı dzeneyleri, yz yze gorişme, grup çalışması, telefon yardımı ve kendi kendine öğrenme programları ya da tüm bu uygulamaların bir birleşimi gibi farklı Őekillerde uygulanabilir. Bu esneklik, ebeveynlere kendi bireysel koşullarına uygun bir Şekilde katılım gosterme olanağı sağlar. Aynı zamanda, uzman hizmetlerine daha az erişimi olan kırsal ve merkeze uzak bölgelerdeki ailelerin katılımını kolaylaştırır (94-99).

### **4. Toplumun Büyük Bir Kısımına Ulaşma**

Grup Triple P **Programı**, toplum dzeneyinde tamamen entegre bir sistem olarak uygulanacak Şekilde tasarlanmıştır. Programın çok dzeneyli doğası, dzeneyler arasında esnek bir Şekilde kullanılmak üzere girişim dzeneylerinin ve uygulama Őekillerinin farklı kombinasyonlarına olanak sağlar. Bu, toplum öncelikleri, personel durumu ve bütçe sınırlamalarına bağlı olarak ya evrensel, seçici veya hedeflenmiş erken girişim stratejileri olarak gerçekteştirilebilir. Grup Triple P **Programı'nı** kullanan bazı toplumlar çok dzeneyli sistemin tümünü kullanırken, diğerleri bir popülasyon dzeneyinde uygulanan programın yalnızca bir dzeneyi üzerine odaklanabilir ve girişimin diğer dzeneyleri için gerekli desteğe fon arayışı içinde olabilirler (94-99).

### **5. Çok Disiplinli Yaklaşım**

Birçok farklı uzman grubu ebeveynler için destek ve öneri vermektedir. Grup Triple P **Programı** birçok farklı uzman tarafından kullanılan bir uzman kaynağı olarak geliştirildi. Bu uzmanlar arasında psikiyatrlar, psikologlar, halk sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, aile hekimleri, pediatristler, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, çocuk gelişim uzmanları ve polisler vardır. Toplumsal dzeneyde, katı mesleki uzmanlık sınırları pek desteklenmez ve çok çeşitli uzmanlara ebeveyn danışmanlığı becerilerinde daha etkili olabilmeleri için eğitim ve destek sağlanması önemine vurgu yapılır (94-99).

### **6. Ebeveynlik Becerilerinin Genelleştirilmesi Eğitimi**

Tüm Triple P girişimlerinin anahtar noktası, programı yeni sorunlar, durumlar ve tüm kardeşleri de kapsayacak Şekilde geliştirerek; ebeveynleri, ebeveynlik becerilerini genelleştirmek üzere eğitmektir. Becerilerin genelleştirilmesini teşvik etmek üzere bazı tutum önerileri geliştirilmiştir (94-99).

Rehber bilgi aktarımı katılım modeli; ebeveynlerle bilgiyi değerlendirmek, sorunlara ve olası katkı yapan faktörlere dair ortak bir anlayış geliştirmek amacı ile kullanılır. Bu model, tanımlayıcı, gerçekte bilgileri sağlamanın yanında, ebeveynler için eğiticinin çıkarsamalarını ve tümevarımlarını değerlendirmesi ve tepki gostermesi için fırsat sağlamayı da amaçlar. Bu

tümevarımların paylaşılması, ebeveynler için kendi çocuklarına dair yaptıkları sıradan çıkarsamaları değerlendirmek üzere bir model ortaya çıkarır (94-99).

- Ebeveynlerin bağımsızlığını, güvenini ve problem çözme becerilerini teşvik etmek amacı ile öğretilen ebeveynlik becerileri için öz düzenleme yaklaşımı kullanılır. Öz düzenleme ile ilgili daha ayrıntılı bilgi aşağıda verilmiştir (94-99).
- Ebeveynlik becerilerini öğretmek üzere yeterli bir örneklem yaklaşımı kullanılır. Bu yöntem, yeni ebeveynlik becerilerini öğretmek için bir ebeveynlik problemini seçmeyi içerir. Ebeveynler, öğrendikleri becerileri eğitim almadıkları diğer konulara uygulayabilecek noktaya gelinceye kadar ek örnekler programa katılır. Burada amaç özel problem çözme becerilerini tek bir farklı davranışa uygulamayı öğrenmekten ziyade, ebeveynlerin becerilerini farklı ve yeni durumlara uygulamalarına yardımcı olmaktır.
- İleri Triple P Programı'nda bireysel baş etme becerileri ve eş destek becerileri de ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi ve sürekli hale gelmesini desteklemek üzere programa dâhil edilir (94-99).

#### **2.2.3.9. Ebeveyn Yeterliliği Modellerinde Öz Düzenlemenin Önemi**

Triple P **Programı**'nın tüm düzeylerinde ebeveynin öz düzenleme kapasitesinin geliştirilmesi anahtar bir beceri olarak değerlendirilir. Bu durum, bağımsız bir şekilde problem çözen bireyler olabilmelerine olanak sağlayacak ebeveynlik becerilerinin öğretimini içerir. Karoly (1993)'ye göre öz düzenleme “zaman içinde ve değişen koşullarda (bağlamlar) bireye hedefe yönelik faaliyetlerinde rehberlik eden içsel ve transaksyonel süreçlerdir. Düzenleme; düşüncenin, duyguların, davranışların ve dikkatin, belirli mekanizmalarla ve destekleyici üst düzey becerilerin amaçlı veya otomatik kullanımı ile değiştirilmesidir. Rutin bir faaliyet engellendiğinde veya hedefe odaklılık başka türlü mümkün olmadığında (bir engelin ortaya çıkışı, alışkanlık kalıplarının başarısız olması gibi) öz düzenleme süreçleri yürürlüğe girer.” Bu tanım, öz-düzenleme süreçlerinin, yalnızca bireysel öz-yönetim olanakları ve sınırlamalarını sağlayan değil, aynı zamanda insan motivasyonunun içsel ve dışsal belirleyicileri arasındaki karşılıklı dinamik değişimini gösteren toplumsal bir koşula yerleştiği vurgusunu yapar. Terapötik bir bakış açısından, öz-düzenleme bireylere kendi davranışlarını düzenleme becerilerinin öğretildiği bir süreçtir (94-99).

### ***Öz-yeterlilik***

Ebeveynlik programları zaman ile sınırlı olduğu için, ebeveynler temel ebeveynlik sorumluluklarını yerine getirirken kendi yargılarına güvenebilmek ve başkalarına daha az bağımlı olabilmek için bağımsız problem çözen bireyler olmalıdırlar. Öz-yeterlilik sahibi ebeveynler, güven içinde ebeveynlik görevlerini yerine getirebilmek için esneklik ve dayanıklılık yanısıra bilgi ve becerilere de sahip olurlar. Yeni bir sorunla karşılaştıklarında, bilgi, beceri ve kişisel kaynaklarını problem çözme amacı ile kullanırlar (94-99).

### ***Öz-etkililik***

Öz-etkililik, ebeveynin bir ebeveynlik problemi ya da davranış yönetimi sorununu çözebileceğine ya da üstesinden gelebileceğine olan inancıdır. Öz-etkililik düzeyi yüksek ebeveynler daha fazla özgüvene ve değişim olasılıkları ile ilgili daha olumlu beklentilere sahiptir (101-104).

### ***Öz-yönetim***

Ebeveynlerin daha yeterli olabilmesi için kullanabilecekleri araçlar ya da beceriler öz-izleme, hedeflerin ve performans standartlarının öz-belirlenimi, bir performans ölçütüne göre kendi performanslarının öz-değerlendirmesi ve değişim stratejilerinin kendileri tarafından seçimini içerir. Her bir ebeveyn, kendi çocuklarını yetiştirme şekliinden sorumlu olduğu için, ebeveynler kendi davranışları ve çocuklarının davranışları üzerinde çalışmak istedikleri yönleri seçerler; hedef belirlerler; uygulamak istedikleri özel ebeveynlik ve çocuk yönetimi tekniklerini seçerler ve kendi belirledikleri ölçütlerine göre kendi başarılarını değerlendirirler. Triple P **Programı** ebeveynlere, etkili çocuk yetiştirme uygulaması üzerine yapılan son araştırmalardan edinilen bilgi ve becerileri paylaşarak güvenilir kararlar vermelerine yardımcı olur. Becerilerin modellenmesi ve uygulanmasına olanak sağlamak için Triple P **Programı** girişimlerine aktif beceri eğitim süreci eklenmiştir. Ebeveynler, destekleyici bir ortamda, öz düzenleme yapısını kullanarak öğrenilen becerilerin uygulanmasına yönelik geribildirimler alırlar (94-99).

### ***Kişisel Faktörler***

Burada ebeveyn durumlarındaki değişimleri ve gelişmeleri; şans, yaş, olgunlaşma ve diğer kontrol edilemez değişkenlerden (genetik oluşum gibi) çok; giderek artan bir şekilde kendilerine ve çocuklarının çabalarına bağlarlar. Bu sonuca, ebeveynleri çocuklarının ya da kendi davranışlarının nedenleri veya açıklamalarını tanımlamasını teşvik ederek ulaşırlar.

Ebeveynleri öz-yeterliliğe sahip olmaya cesaretlendirmek onların toplumsal destek ağlarıyla (partnerler, geniş aileler, arkadaşlar, toplumsal ve eğlence grupları gibi) daha fazla ilişkili olması anlamına gelir. Bununla birlikte, ailenin yaşadığı daha geniş ekolojik bağlam göz ardı edilemez (medya, fakirlik, tehlikeli mahalleler, topluluk, etnik köken, kültür vb). Ebeveynler daha çok kendine yeter hale geldikçe, büyük olasılıkla ihtiyaç duyduklarında uygun destek arayacaklar; çocuklarını savunacaklar; çocuklarının okulları ile ilgili işlerle ilgilenecekler ve onları zarardan korumaya yardım edeceklerdir (eşlerle yaşanan çatışmaları etkili bir şekilde kontrol altına alarak; güvenli ve düşük çatışma ortamı yaratarak) (94-99).

### ***Problem Çözme***

Öz-düzenlemenin son bölümü ebeveynlerin edindikleri beceri ve bilgileri mevcut sorunların ötesindeki problemlere uygulama yetisidir. Ebeveynlerin, öğrendiklerini esnek bir tarzda yeni sorunlara, daha ileriki gelişim evrelerine, farklı çocuklara, çeşitli davranış ve aile problemlerine uyarlama ya da genelleştirme yeteneğini tanımlar. Bu durum, bir ebeveynlik girişiminin gerçekten başarılı olmasının yalnızca ebeveynlerin mevcut sorunları çözüme kavuşturma yeteneği ile değil, zaman içinde birbirinden çok farklı ailevi sıkıntılara nispeten bağımsız bir şekilde yanıt verebilme kapasitesi anlamına da gelir (94-99).

## BÖLÜM III

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ocak 2013 - Haziran 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN DESENİ:

Araştırma; tek merkezli, tek disiplinli, randomize kontrollü olgu-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan (Non-İnvaziv) Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonundan etik onay alınmıştır. Bütün ebeveynlerden çalışmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam ve çocuklardan da sözlü onam alınmıştır.

#### 3.3. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanıları ile takipli ve en az 2 ay ilaç tedavisi (metilfenidat) alan 7-12 yaş arasındaki 60 çocuğun ve bu çocukların anne babasının, gönüllük usulü ile araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

##### 3.3.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Ölçütleri:

##### İçleme Ölçütleri:

- DSM IV TR'ye göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan 7-12 yaş arası çocukların ebeveynleri olma,
- Çocuğu ile birlikte yaşıyor olma (anne ve baba ya da sadece bir ebeveyn),
- Son iki yıl içinde boşanmamış ve/veya ayrı yaşamayan ebeveyn olma,
- Anne baba eğitimine ilişkin herhangi bir ruhsal ve/veya eğitsel yardım almamış olma,
- Çalışmada yer almak için verilecek bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmaya gönüllü olma,

### **Dışlama Ölçütleri:**

-Ebeveynlerin bu çalışmaya katılacak olan çocuklarında Mental retardasyon, Psikotik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yaygın Gelişimsel Bozukluk eş tanı(lar)sı olması;

-Çalışmaya katılacak olan ebeveynlerin, anne baba eğitimine ilişkin herhangi bir ruhsal ve/veya eğitsel yardım almış olması,

-Ebeveynlerin son iki yıl içinde boşanmış veya ayrı yaşıyor olmaları,

-Ebeveynlerin çocuğu ile birlikte yaşamıyor olmaları,

- Ebeveynlerin İzmir ili dışında yaşıyor olması,

### **3.3.2. Çocukların Araştırmaya Dahil Olma/Dışlama Ölçütleri**

#### **İçleme Ölçütleri:**

-DSM IV TR'ye göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan 7-12 yaş arası çocuklar,

#### **Dışlama Ölçütleri:**

-Mental Retardasyon, Psikotik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yaygın Gelişimsel Bozukluğu olan çocuklar,

- İzmir ili dışında yaşayan çocuklar,

### **3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ:**

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtileri eğitim sonrası, eğitim öncesine göre azalmıştır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtileri, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtilerine göre azalmıştır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB'nun hastalık şiddeti (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha düşüktür.

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB hastalık şiddeti, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının hastalık şiddetinden daha düşüktür.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının işlevselliğinden daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunları (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha azdır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunları, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarından daha azdır
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumları eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumları, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan gruptaki ebeveynlerin tutumlarından daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin aile işlevselliği eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin aile işlevselliği, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan gruptaki ebeveynlerin aile işlevselliklerinden daha iyidir.

### **3.5.UYGULAMA**

Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Kliniği'nde 7-12 yaş arası DEHB tanısı ile takip edilen ve en az 2 ay ilaç tedavisi (metilfenidat) alan; çalışmaya alınma ölçütlerini taşıyan ailelere çalışmaya ilgili bilgi verilmiştir. Çalışmaya girmeye kabul eden 60 olgu ve ailesi çalışmaya alınmıştır. Her çocuk ve ailesine yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)- (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present And

Lifetime Version, K-SADS-PL) uygulanmış, uygulama sonucunda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın en önemli amacı Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının çocukların DEHB belirtilerini nasıl etkilendiğini araştırmaktır. Daha önce ülkemizde Davranım Bozukluğu olan gençlerin anne ve babalarına uygulanan Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nda çalışmaya katılması uygun görülen ailelerde % 20 oranında azalma olmuştur(12).

Çalışma ölçütlerini karşılayan 60 olgu [www.random.org](http://www.random.org) sitesinden Random Sequence Generator uygulaması ile 01.05.2013 tarihinde olgu ve kontrol olarak randomize edilmiştir. Triple Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı başlangıcında, 25 olgunun 26 ebeveyni olgu grubu olarak; 29 olgunun da 30 ebeveyni kontrol grubu olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Çalışmaya dahil olma aşamasında klinisyen tarafından K-SADS-PL uygulanmış olan çocuklara; tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik veri formu doldurulmuş; Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği-(ÇGDÖ) (Children's Global Assessment Scale CGAS), Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti- (KGİ-HŞ) (Clinical Global Impression-Severity, CGI-S)ve Du Paul DEHB ölçeği yine klinisyen tarafından uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen çocukların anne-babaları da Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), 'Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) (PARI:Parenteral Attitude Research Instrument)' ve 'Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family Assessment Device (FAD))' ebeveyn formunu doldurmuştur.

Olgu grubundan iki ebeveyn oturumlara devam etmediği için çalışmadan ayrılmıştır. Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi Mayıs-Haziran 2013 tarihleri arasında ebeveynlere verilmiş, eğitim sonrasında hem olgu hem de kontrol grubuna yukarıda belirtilen ölçekler bir kez daha uygulanmıştır. Triple-P gruplarını uygulayan klinisyen ile K-SADS-PL görüşmesini yapıp, tanıyı koyan ve diğer ölçekleri uygulayan klinisyen birbirinden farklı kişilerdir. Grupları uygulayan klinisyenin K-SADS-PL görüşmesine, olguların tanılarına ve diğer klinisyen tarafından uygulanan ölçeklere kör olması esas alınmıştır.

Kontrol grubuna araştırmanın sonuna kadar sadece ilaç tedavisi (metilfenidat) uygulanmış olup ilaç tedavisi dışında herhangi bir başka tedavi uygulanmamıştır. Araştırma sonunda Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı etik kurallar gereği uygulanmayan gruba da uygulanmıştır.



### **3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

#### ***1. Sosyodemografik Veri Formu***

Bu form çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla ilgili yazın temel alınarak, yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, akademik durumu, akran ilişkisi ve ebeveynlere yönelik ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, medeni hali ve mesleğini araştıran sorular mevcuttur. Klinisyen tarafından doldurulmuştur.

#### ***2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time KIDDIE-SADS-PL)***

K-SADS-PL Kauffman ve ark (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir (100). K-SADS-PL, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda uygulanmıştır. Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm, şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevinin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluşmaktadır.

Görüşmede duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. K-SADS-PL'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır (101).

#### ***3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ)***

Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılan bir başka ölçek ise 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ)'dir. Anketin günümüzde 40'ın üzerinde farklı dile çevirisi bulunmaktadır. Bu anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn ve okul formu ile, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Ergen formu, ebeveyn formu ile aynı maddeleri içermektedir. Ölçek öz bildirim şeklinde doldurulmuştur. Pek çok maddedeki tek fark, dil bilgisel olarak üçüncü tekil şahıs yerine birincil tekil şahsın kullanılmasıdır (113). 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 (114). Sosyal davranışlar alt ölçeğinin dışında yüksek puan o alan için bir sorunu gösterir. GGA Ebeveyn formunun alt ölçeklerinin puan aralıklarına göre değerlendirilmesi Tablo 4'de verilmiştir (108).

**Tablo 4. GGA alt ölçeklerinin puan aralıklarına göre normal, sınır, normal dışı değerlendirmeleri**

	<b>Normal</b>	<b>Sınır</b>	<b>Normal dışı</b>
<b>Duygusal belirti puanı</b>	0-3	4	5-10
<b>Davranış sorunları puanı</b>	0-2	3	4-10
<b>Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanı</b>	0-5	6	7-10
<b>Akran sorunları puanı</b>	0-2	3	4-10
<b>Sosyal davranışlar puanı</b>	6-10	5	0-4
<b>Toplam güçlük puanı</b>	0-13	14-16	17-40

GGA'nın uzatılmış formu (extended version) psikiyatrik belirtileri sorgulayan maddelerin yanı sıra belirtilerden etkilenme düzeyini sorgulayan maddeler de içermektedir. Bu kısımda anketi yanıtlayan kişi, gencin veya çocuğun duygularında, davranışlarında, dikkatini toplayabilmesinde ve başkaları ile geçinebilmesinde güçlük olup olmadığını

değerlendirir ve kişinin yanıtı güçlük olduğunu belirtiyorsa, bu yaşanan güçlüğü çocuk ve genci sıkıntıya sokup sokmadığını, günlük yaşamını etkileyip etkilemediğini, birlikte yaşadığı kişilere zorluk yaşatıp yaşatmadığını ve güçlüklerin ne kadar süredir var olduğunu belirtir (108). Goodman tarafından yapılan bir çalışmada klinik ve toplum örneklemine ayırt edebilmede GGA etkilenme skorunun (impact score) psikiyatrik vakaların tespitinde, GGA belirti skorlarından daha güvenilir olduğu gösterilmiş, tanı tahmin algoritmasının iki skorun kombinasyonuna dayanması önerilmiştir (108).

GGA'nın psikometrik özellikleri Asya, Avrupa, Amerika kıtasındaki pek çok ülkede toplum, klinik veya her iki örneklem grubu ile yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında değerlendirilmiştir. Bu amaçla faktör analizi, iç tutarlılık, anketi işaretleyenler arası korelasyon, test-tekrar test stabilitesi, alt gruplar arası korelasyon, benzer amaçla kullanılan diğer anketlerle korelasyon, GGA anketinden tahmin edilen tanının klinik tanı ile karşılaştırılması gibi yöntemler kullanılmıştır (109,110,111). Ölçeğin iç tutarlığı Cronbach alfa: 0.73, 4-6 hafta sonra uygulanan re-test stabilitesi ortalama 0.62'dir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (112).

#### ***4. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)- (Children's Global Assessment Scale CGAS)***

ÇGDÖ ise DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemi temel alınarak, işlevsellik genel olarak değerlendirilir. Tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılır. Tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir. ÇGDÖ, erişkinler için hazırlanan ve psikiyatrik bozukluğun şiddetini ölçmeye yarayan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık-Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergenlere uyarlanmış halidir (102). ÇGDÖ, sağlık ve hastalık arasındaki düzlemde, çocuk ya da ergenin işlevselliğini en ağır şekilde bozan durumu göz önüne alarak klinisyenin yaptığı tahmini ölçmeyi içerir. 1'den 100'e kadar puanlanır ve en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru giden 10 bölüm içinde incelenir. Her bölüm içinde belirtilen örnek durumlara uygunluğuna göre belirlenen bölüm aralığında bir puan verilir.

#### ***5. DuPaul Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu değerlendirme ölçeği (DuPaul ADHD-RS-IV Inventory) ( DuPaul DEHB ölçeği)***

DuPaul DEHB ölçeği, DEHB'nin DSM-IV tanısında bulunan 18 semptomun her biri için 1 madde bulunan 18 maddeli bir ölçektir. Du Paul ve ark.(1998) tarafından geliştirilmiş

olan değerlendirme ölçeği geçmiş hafta boyunca semptomun ciddiyetini değerlendiren hekim tarafından doldurulan bir ölçektir. (104 )

#### **6. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (KGİÖ-HŞS)- (Clinical Global Impression-Severity, CGI-S)**

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilen ölçek 1976 yılında yayınlanmıştır (103). Gözlemcinin puanladığı bu ölçek, klinik çalışmalarda hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecindeki tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiştir.

Klinik Global İzlenim Ölçeği, hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 sorudan oluşur. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti (severity index-SI) bölümü kullanılmıştır.

**KGİÖ-HŞS**, toplam yedi değerlikli likert tipi bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta, olarak puanlanır.

#### **7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) (PARI: Parenteral Attitude Research Instrument):**

Ölçek 1958 yılında Schaefer and Bell tarafından geliştirilmiştir. Aile tutumları 5 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım; kontrol, anksiyete ve zorlu ebeveynlik tutumları üzerine, ikinci kısım; destekleyici ve paylaşımcı ilişkiye teşvik eden tutumlar üzerine, üçüncü kısım; çocukları ile ilişkide sınırlı, stresli ve sıkıntılı anne tutumları üzerine, dördüncü kısım; çocuk yetiştirmede mariatal uyumsuzluk üzerine, beşinci kısım ise; aşırı cezalandırıcı ve katı ebeveyn tutumları üzerinedir. Toplam 60 madde bulunmaktadır. Her bir madde ‘Çok uygun buluyorum/ Oldukça uygun buluyorum/ Biraz uygun buluyorum/ Hiç uygun bulmuyorum’ olarak işaretlenmektedir. Ölçek ebeveynler tarafından doldurulur. (105)

PARI 1: 1, 3, 4, 7, 11, 12, 14, 25, 27, 28, 32, 36, 46, 51, 57

PARI 2: 2\*, 13, 18, 22, 29\*, 37, 44\*, 45, 59

PARI 3: 6, 9, 16, 17, 21, 23, 31, 38, 41, 42, 49, 52, 55

PARI 4: 8, 19, 33, 40, 48, 54

PARI 5: 5, 10, 15, 20, 24, 25, 30, 35, 39, 43, 47, 50, 53 (\* ifadeler ters hesaplanır.)

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği 1987 yılında Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106).

### 8. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family Assessment Device (FAD):

Ölçek 1983 yılında Epstein ve ark tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 7 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım; problem çözme becerilerini, ikinci kısım; aile içi iletişimi, üçüncü kısım; aile içindeki rolleri, dördüncü kısım; üzüntü, öfke, korku, sevinç, sevgi, ilgi, sevgi gibi duygulara karşı duygusal duyarlılığı, beşinci kısım; aile bireylerinin duygusal ilişkileri, altıncı kısım; davranış kontrolünü, yedinci kısım; ailedeki genel işlevleri kapsamaktadır. Toplam 60 madde bulunmaktadır. Maddeler, ‘Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum’ olarak işaretlenmektedir. Değerlendirmede ‘Aynen katılıyorum bir (1) puan’, ‘Büyük ölçüde katılıyorum: iki (2) puan’, ‘Biraz katılıyorum: üç (3) puan’, ‘Hiç katılmıyorum : dört (4) puan’ olarak değerlendirilir. Ölçek ebeveynler tarafından doldurulur. (107).

Problem çözme	2-	12-	24-	38-	50-	60-							.../6=
İletişim	3-	14*-	18-	22*-	29-	35*-	43-	52*-	59-				.../9=
Roller	4*-	8*-	10-	15*-	23-	30-	34*-	40-	45*-	53*-	58*-		.../11=
Duygusal tepki verebilme	9*-	19*-	28*-	39*-	49-	57-							.../6=
Gereken ilgiyi gösterme	5*-	13*-	25-	33*-	37*-	42*-	54*-						.../7=
Davranış kontrolü	7*-	17-	20-	27*-	32-	44*-	47*-	48*-	55-				.../9=
Genel işlevler	1*-	6-	11*-	16-	21*-	26-	31*-	36-	41*-	46-	51*-	56-	.../12=

Yıldız (\*) işaretli sorular ters olup puanlaması ters yani dört, üç, iki, bir ,(4,3,2,1) şeklinde olmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği 1989 yılında Bulut ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106).

### **3.7. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME**

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Olgu ve kontrol grubu verileri aşağıda verilen istatistik yöntemler kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Araştırmada kullanılan test ve yöntemler şunlardır;

- Olgu ve kontrol grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile değerlendirilmiştir.
- Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır.
- Sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında nonparametrik test olan Mann Whitney U ve Willcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılmıştır.
- İstatiksel olarak  $p < 0.05$  olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

#### 4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya katılmayı kabul eden 25 çocuk ve 26 ebeveyninden (20 anne 6 baba), iki ebeveyn birisi 2. oturumdan diğeri ise 3. oturumdan sonra oturumlara devam etmediği için çalışmadan çıkmıştır dolayısıyla olgu grubu 23 çocuk ve 24 (18 anne 6 baba) ebeveyninden oluşmuştur. Kontrol grubu ise 25 çocuk ve 26 (20 anne 6 baba) ebeveyninden oluşmuştur. Grupların tanımlayıcı özellikleri aşağıda verilmiştir.

##### 4.1.1. Yaş

Olgu grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması  $10,35 \pm 1,50$  kontrol grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması ise  $10,16 \pm 1,31$  bulunmuştur. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $z = -0,582$ ,  $p = 0,561$ ).

##### 4.1.2. Cinsiyet

Olgu grubunda yer alan çocukların %30,4'ü ( $n=7$ ) kız, %69,6'sı ( $n=16$ ) erkek; kontrol grubunun %12'si ( $n=3$ ) kız, %88'i ( $n=22$ ) erkektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2 = 2,468$ ,  $p = 0,116$ ).

**Tablo 5. Olgu ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması**

Cinsiyet	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	p
Kız	7 (30,4)	3 (12)	0,116
Erkek	16 (69,6)	22 (88)	

#### 4.1.3. Anne ve Babaların Eğitim Durumu

Olgu ve kontrol grubunda yer alan anne ve babaların eğitim durumları tablo 6’te verilmiştir.

**Tablo 6. Anne ve Babaların Eğitim Durumu**

Eğitim durumu	Anneler		Babalar	
	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Okur-yazar	0 (0)	0 (3,4)	0 (0)	0 (0)
İlkokul mezunu	7 (30,4)	9 (36,0)	6 (26,1)	6 (24,0)
Ortaokul mezunu	2 (8,7)	5 (20,0)	2 (8,7)	9 (36,0)
Lise mezunu	7 (30,4)	7 (28,0)	6 (26,1)	7 (28,0)
Yüksekokul veya üniversite mezunu	7 (30,4)	4 (16,0)	9 (39,1)	3 (12,0)
<b>Toplam</b>	23 (100,0)	25 (100,0)	23 (100,0)	25 (100,0)

Annelerin eğitim düzeyi ortaokul ve/veya altı (okur-yazar olma, ilkokul ve ortaokul mezunu olma) ve lise ve/veya üstü (lise, yüksek okul ve üniversite mezunu olma) olarak iki düzeye indirgenerek incelendiğinde; olgu grubunda annelerin %39,1 (n=9)’sinin eğitim düzeyi ortaokul ve/veya daha altı iken, %60,9 (n=14)’sinin lise ve/veya üstü olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan annelerin %56 (n=14)’sinin eğitim düzeyi ortaokul ve/veya altı iken; %44 (n=11)’inin eğitim düzeyi lise ve/veya üstü olduğu bulunmuştur.

Olgu grubunun %34,8 (n=8)’inde babaların eğitim düzeyi ortaokul ve/veya altı iken; %65,2 (n=15)’sinde lise ve/veya üstüdür. Kontrol grubunda babaların eğitim düzeyi ortaokul ve/veya altı olanlar %60,0 (n=15) iken; lise ve/veya üstü olanlar %40,0 (n=10)’dir.



#### 4.1.4. Ebeveynlerin Medeni Durumu

Olgu grubunun %91,3'ünün ebeveynleri evli; %8,7'sinin ebeveyninin ise boşanmış olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise ebeveynlerin %88'inin evli; %4'ünün boşanmış ve %38'i ise vefat etmiş olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

**Tablo 7. Ebeveynlerin Medeni Durumu**

<b>Ebeveynlerin Medeni Durumu</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>Evli</b>	21 (91,3)	21 (88,0)
<b>Boşanmış</b>	2 (8,7)	1 (4,0)
<b>Eşinin vefat etmiş olması</b>	0 (0)	2 (8,0)
<b>Toplam</b>	23 (100.0)	25 (100.0)

#### 4.1.5. Çocukların Kardeş Sayısı

Olgu grubundaki çocukların %39,1'inin kardeşi yokken, %56,5'inin bir kardeşi, %4,4'ünün iki kardeşi bulunmaktadır. Kontrol grubunda ise çocukların %32'nin kardeşi yokken, %60,0'nin bir kardeşi, %4,0'ünün iki kardeşi ve %4,0'ünün üç kardeş veya daha fazla kardeşi vardır (Tablo 8).

**Tablo 8. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kardeş Sayısı**

<b>Kardeş sayısı</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>Kardeş yok</b>	9 (39,1)	8 (32,0)
<b>Bir kardeş</b>	13 (56,5)	15 (60,0)
<b>İki kardeş</b>	1 (4,4)	1 (4,0)
<b>Üçkardeş ve üstü</b>	0 (0)	1 (4,0)
<b>Toplam</b>	23 (100.0)	29 (100.0)

#### 4.1.6. Çocukların Kaçınıcı Çocuk Olduğu

Olguların %73,9'u (n=17) birinci çocukken, %21,9'u (n=5) ikinci çocuk ve %4,3'ü (n=1) ise üçüncü çocuktur. Kontrol grubunda ise çocukların %52'si (n=13) birinci çocuk, %40'ı (n=10) ikinci çocuk, %8'i (n=2) ise üçüncü çocuktur (Tablo 9).

**Tablo 9. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kaçınıcı Çocuk Oldukları**

<b>Kaçınıcı çocuk olduğu</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>Birinci</b>	17 (73,9)	13 (52,0)
<b>İkinci</b>	5 (21,7)	10 (40,0)
<b>Üçüncü</b>	1 (4,3)	2 (8,0)
<b>Dördüncü ve üstü</b>	0 (0)	0 (0)
<b>Toplam</b>	23 (100,0)	25 (100,0)

#### 4.1.7. Aile Yapısı

Olgu grubundaki çocukların %91,3'ü çekirdek aileye sahip iken %4,3'ünün ailesi geniş aile yine %4,3'ünün ailesi boşanmış ailelerdir. Kontrol grubunda ise %88'inin (n=22) ailesi çekirdek aile, %4'ü (n=1) geniş aile ve %8'inin (n=2) ise ebeveynlerden birinin vefat ettiği saptanmıştır (Tablo 10).

**Tablo 10. Olgu ve Kontrol Grubunda Aile Yapısı**

<b>Aile yapısı</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>Çekirdek aile</b>	21 (91,3)	22 (88,0)
<b>Geniş aile</b>	1 (4,3)	1 (4,0)
<b>Boşanmış aile</b>	1 (4,3)	0 (0)
<b>Ebeveynlerden biri ölmüş olan aile</b>	0 (0)	2 (8,0)
<b>Toplam</b>	23 (100,0)	25 (100,0)

#### 4.1.8. Annelerin Doğum Yaşı

Olgu grubundaki çocukların annelerinin %21,7'sinin (n=5) doğum yaşı 18-25, %65,3'ünün (n=15) doğum yaşı 25-35, %13'ünün (n=3) ise doğum yaşı 35-40 yaş aralığındadır. Kontrol grubundaki çocukların ise annelerinin %4'ünün (n=1) doğum yaşı 16 yaş altı, %44'ünün (n=11) doğum yaşı 18-25, %32'sinin (n=8) doğum yaşı 25-35, %20'sinin (n=5) ise doğum yaşı 35-40 yaş aralığındadır (Tablo 11).

**Tablo 11. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Annelerin Doğum Yaşı**

<b>Annenin doğum yaşı</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>16 yaş altı</b>	0 (0)	1 (4,0)
<b>18-25</b>	5 (%21,7)	11 (%44,0)
<b>25-35</b>	15 (%65,3)	8 (%32,0)
<b>35-40</b>	3 (%13,0)	5 (%20,0)
<b>Toplam</b>	23 (100,0)	25 (100,0)

#### 4.1.9. Anne ve Babaların Mesleği

Annelerin mesleklerine bakıldığında olgu grubundaki annelerin %21,7'si (n=5) ev hanımı, %21,7'si (n=5) memur, %13'ü (n=3) işçi, %13'ü (n=3) emekli, %30,4'ü (n=7) ise diğer mesleklerdendir. Kontrol grubundaki annelerin ise %28'i (n=7) ev hanımı, %12'si (n=3) memur, %4'ü (n=1) işçi, %12'si (n=3) emekli, %44'ü (n=11) diğer mesleklerdendir. Babaların meslekleri değerlendirildiğinde ise olgu grubundaki babaların %21,7'si (n=5) memur, %30,4'ü (n=7) işçi, %13'ü (n=3) emekli, %34,8'i (n=8) ise diğer mesleklerdendir. Kontrol grubundaki babaların ise %12'si (n=3) memur, %40'ı (n=10) işçi, %20'si (n=5) emekli, %28'iu (n=7) diğer mesleklerdendir (Tablo 12).

**Tablo 12. Anne ve Babaların Meslekleri**

Meslekler	Anneler		Babalar	
	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Evhanımı/İşsiz	5 (21,7)	7 (28,0)	0 (0)	0 (0)
Memur	5 (21,7)	3 (12,0)	5 (21,7)	3 (12,0)
İşçi	3 (13,0)	1 (4,0)	7 (30,4)	10 (40,0)
Emekli	3 (13,0)	3 (12,0)	3 (13,0)	5 (20,0)
Diğer	7 (30,4)	11(44,0)	8 (34,8)	7 (28,0)
<b>Toplam</b>	<b>23 (100.0)</b>	<b>25 (100.0)</b>	<b>23 (100.0)</b>	<b>25 (100.0)</b>

#### 4.1.10. Anne ve Babanın Birliktelik Durumu

Anne ve babaların birliktelik durumuna bakıldığında; olgu grubundaki anne ve babaların %95,7'sinin (n=22) evli ve beraber olduğu; %4,3'ünün (n=1) boşanmış olduğu; kontrol grubundaki anne ve babaların %88'inin (n=22) evli ve beraber olduğu; %4'ünün (n=1) boşanmış olduğu ve %8'inin (n=2) ise anne veya babanın birinin öldüğü görülmüştür (Tablo 13).

**Tablo 13. Anne ve Babanın Birliktelik Durumu**

<b>Anne ve babanın birliktelik durumu</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>Evli ve beraber</b>	22 (95,7)	22 (88,0)
<b>Boşanmış</b>	1 (4,3)	1 (4,0)
<b>Anne veya babadan biri ölmüş</b>	0 (0)	2 (8,0)
<b>Toplam</b>	23 (100,0)	25 (100,0)

#### 4.1.11. Ailenin Gelir Durumu

Olgu grubundaki ailelerin %4,3'ü (n=1) çok düşük, %4,3'ü (n=1) düşük, %79,4'ü (n=18) orta, %13'ü (n=3) ise yüksek gelir düzeyine sahiptir. Kontrol grubundaki ailelerin %4'ü çok düşük, %20'si (n=5) düşük, %72'si (n=18) orta gelir, %4'ü ise (n=1) yüksek düzeyine sahiptir (Tablo 14).

**Tablo 14. Ailelerin Gelir Durumu**

<b>Ailenin gelir durumu</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>Çok düşük</b>	1(4,3)	1 (4,0)
<b>Düşük</b>	1(4,3)	5 (20,0)
<b>Orta</b>	18 (78,4)	18 (72,0)
<b>Yüksek</b>	3 (13,0)	1 (4,0)
<b>Toplam</b>	26 (100,0)	29 (100,0)

#### 4.1.12. Ailede Tıbbi ve Ruhsal Hastalık Öyküsü

Olgu grubunun %13'ünün (n=3) ailesinde tıbbi hastalık varken, %87'sinin (n=20) ailesinde tıbbi hastalık yoktur. Kontrol grubunda ise %20'sinin (n=5) ailesinde tıbbi hastalık varken, %80'inin (n=20) ailesinde tıbbi hastalık yoktur. Yine olgu grubunun %12'sinin (n=3) ailesinde ruhsal hastalık varken, %87'sinin (n=20) ailesinde ruhsal hastalık yoktur. Kontrol grubunda ise %12'sinin (n=3) ailesinde ruhsal hastalık varken, %88'inin (n=22) ailesinde ruhsal hastalık yoktur (Tablo 15).

**Tablo 15. Ailede Tıbbi ve Ruhsal Hastalık Öyküsü**

Hastalık Durumu	Ailede Tıbbi Hastalık		Ailede Ruhsal Hastalık	
	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
<b>Var</b>	3 (13,0)	5 (20,0)	3 (13,0)	3 (12)
<b>Yok</b>	20 (87,0)	20 (80,0)	20 (87,0)	22 (88)
<b>Toplam</b>	23 (100.0)	25 (100.0)	23 (100.0)	25 (100.0)

#### 4.1.13. Çocukların Okul Başarısı

Çocukların okul başarısı son dönemdeki karne notuna göre değerlendirilmiştir. Olgu grubundaki çocukların %56,5'inin (n=13) okul başarısının pekiyi olduğu; %21,7'sinin (n=5) okul başarısının iyi olduğu; %17,4'ünün (n=4) okul başarısının orta olduğu, %4,3'ünün zayıf olduğu; kontrol grubundaki çocukların %40'ının (n=10) okul başarısının pekiyi olduğu; %44'ünün (n=11) okul başarısının iyi olduğu; %12'sinin (n=3) okul başarısının orta olduğu; %4'ünün (n=1) okul başarısının ortanın altında olduğu görülmüştür (Tablo 16).

**Tablo 16. Çocukların Okul Başarısı**

<b>Okul başarısı</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>Pekiyi</b>	13 (56,5)	10 (40,0)
<b>İyi</b>	5 (21,7)	11 (44,0)
<b>Orta</b>	4 (17,4)	3 (12,0)
<b>Ortanın altı</b>	0 (0)	1 (4,0)
<b>Zayıf</b>	1 (4,3)	0 (0)
<b>Toplam</b>	23 (100.0)	25 (100.0)

#### 4.1.14. Çocukların Akran İlişkisi

Olgu grubunun %8,7'si (n=2) yakın arkadaşı olmadığını, %91,3'ü (n=21) yeterli sayıda arkadaşı olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunda ise %8'i (n=2) yakın arkadaşı olmadığını, %92'si (n=23) yeterli sayıda arkadaşı olduğunu belirtmiştir (Tablo 17).

**Tablo 17. Çocukların Akran İlişkisi**

<b>Akran ilişkisi</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>İyi, yeterli sayıda</b>	21 (91,3)	23 (92,0)
<b>Yakın arkadaş tariflenmiyor</b>	2 (8,7)	2 (8,0)
<b>Toplam</b>	23 (100.0)	25 (100.0)

## 4.2 PSİKIYATRİK TANI VE KOMORBİDİTE

### 4.2.1. Psikiyatrik Tanı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri olan çocuklar ve ebeveynleri ile yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (ÇDGŞG-ŞY) yapılarak mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Olgu grubunda DEHB alt tipleri açısından bakıldığında olguların %26,1'inin (n=6) tanısı Dikkat Eksikliği Baskın Tip DEHB; %13'ünün (n=3) tanısı Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip DEHB ve %60,9'unun tanısı ise Bileşik Tip DEHB iken kontrol grubunun %28'inin (n=7) tanısı Dikkat Eksikliği Baskın Tip DEHB; %8'inin (n=2) tanısı Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip DEHB ve %64'ünün tanısı ise Bileşik Tip DEHB olduğu saptanmıştır (Tablo 18)

**Tablo 18. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Tanıları**

<b>Psikiyatrik Tanı</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>Dikkat Eksikliği Baskın Tip DEHB</b>	6 (26,1)	7 (28,0)
<b>Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip DEHB</b>	3 (13,0)	2 (8,0)
<b>Bileşik Tip DEHB</b>	14 (60,9)	16 (64,0)

### 4.2.2. Psikiyatrik Komorbidite

Olgu ve kontrol grubu psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirildiğinde olguların %69,6'sında (n=16), kontrollerin %56'sında (n=14) psikiyatrik komorbidite vardır. Olguların %27,5'inin (n=4) KOKGB tanısının olduğu; %4,3'ünün (n=1) davranım bozukluğu tanısının olduğu; %34,8'inin ise (n=8) anksiyete bozukluğu tanısının olduğu, %4,3'ünün KOKGB tanısı ve anksiyete bozukluğu tanısının olduğu; kontrol grubunun DEHB'na ek olarak ise %4'ünün (n=1) KOKGB tanısının olduğu; %20'sinin (n=5) davranım bozukluğu tanısının olduğu; %20'sinin (n=5) ise depresif bozukluk tanısının olduğu; %12'sinin (n=3) anksiyete bozukluğu tanısının olduğu tespit edilmiştir (Tablo 19).



**Tablo 19. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Komorbiditeleri**

<b>Psikiyatrik Komorbidite</b>	<b>Olgu n (%)</b>	<b>Kontrol n (%)</b>
<b>KOKGB</b>	4 (27,5)	1 (4,0)
<b>Davranım Bozukluğu</b>	1 (4,3)	5 (20,0)
<b>Depresif Bozukluk</b>	2 (8,7)	5 (20,0)
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	8 (34,8)	3 (12,0)
<b>KOKGB+Anksiyete Bozukluğu</b>	1 (4,3)	0 (0)
<b>Komorbiditesi Olmayan</b>	7 (30,4)	11 (44,0)
<b>Toplam</b>	23 (100.0)	25 (100.0)

Eğitim öncesi dönemde olgu grubu içinde komorbiditesi olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmazken; eğitim sonrası dönemde olgu grubu içinde komorbiditesi olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında Du Paul DE skorlarında ( $p=0,015$ ) ve AHÇYTÖ Düşmanlık ve Reddedilme alt testlerinde ( $p=0,032$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

#### **4.3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)**

Güçler ve Güçlükler Anketine ilişkin veriler, anketin kendisinde olduğu gibi 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) duygusal sorunlar, (2) davranış sorunları, (3) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı toplam güçlük puanını vermektedir.

Etkilenme düzeyini sorgulayan maddelerin toplamı da etki değeri olarak verilmiştir

#### **4.3.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar Alt Testi**

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar alt testi skorları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-4,016$   $p=0,000$  ).

Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ( $z=-1,588$   $p=0,112$ ); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar alt testi skorları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $z=-2,865$   $p=0,004$ ) (Tablo 20).

#### **4.3.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları Alt Testi**

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $z=-2,309$   $p=0,021$ ).

Eğitim öncesi, Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları alt testi skorları açısından, olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $z=-0,575$   $p=0,566$ ); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları alt testi skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $z=-1,224$   $p=0,221$ ) (Tablo 20).

#### **4.3.3. Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Alt Testi**

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,182$   $p=0,00$ ).

Eğitim öncesi Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik alt testi skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $z=-0,419$   $p=0,676$ ); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik alt testi skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $z=-2,335$   $p=0,02$  ) (Tablo 20).

#### **4.3.4. Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları Alt Testi**

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-2,226$   $p=0,026$  ).

Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları alt test skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $z=-0,241$   $p=0,810$ ). Eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları alt testi skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-1,735$   $p=0,083$ ) (Tablo 20).

#### **4.3.5. Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar Alt Testi**

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $z=-1,559$   $p=0,119$ ).

Eğitim öncesi, Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar alt testi skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $z=-0,727$   $p=0,467$ ); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar alt testi skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $z=-0,713$   $p=0,476$ ) (Tablo 20).

#### **4.3.6. Güçler ve Güçlükler Anketi Toplam Güçlük Skorları**

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi toplam güçlük skorları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-4,019$   $p=0,000$ ).

Eğitim öncesi, Güçler ve Güçlükler Anketi toplam güçlük skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $z=-0,724$   $p=0,469$ ); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi toplam güçlük skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $z=-3,367$   $p=0,001$ ) (Tablo 20).

#### **4.3.7. Güçler ve Güçlükler Anketi Etki Değerleri**

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi etki değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-2,589$   $p=0,01$ ).

Eğitim öncesi Güçler ve Güçlükler Anketi etki değerleri açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ( $z=-0,576$   $p=0,564$ ); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi etki değerleri açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $z=-2,762$   $p=0,006$ ) (Tablo 20).

**Tablo 20. Güçler ve Güçlükler Anketi Alt Testleri Skorlarının, Toplam Güçlük Puanlarının Ve Etki Değerlerinin Karşılaştırılması**

GGA Alt testleri	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p***	p****
<b>Duygusal Sorunlar</b>	5,52±1,83	3,04±1,74	<b>&lt;0,000</b>	4,72±2,07	5,04±2,26	0,174	0,112	<b>0,004</b>
<b>Davranış Sorunları</b>	3,93±1,44	2,73±1,60	<b>0,021</b>	3,32±2,39	3,48±2,06	0,541	0,566	0,221
<b>Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik</b>	6,78±1,95	5,22±1,44	<b>0,001</b>	6,40±2,60	6,52±2,69	0,777	0,676	<b>0,02</b>
<b>Akran Sorunları</b>	3,43±1,70	2,61±1,70	<b>0,026</b>	3,76±2,24	3,60±1,91	0,626	0,810	0,083
<b>Sosyal Davranışlar</b>	7,08±1,53	7,57±1,62	0,119	7,36±1,60	7,16±1,37	0,289	0,467	0,476
<b>Etki Değeri</b>	5,74±1,48	4,52±1,34	<b>&lt;0,010</b>	6,08±1,55	5,76±1,45	0,130	0,564	<b>0,006</b>
<b>Toplam Güçlük Puanı</b>	19,13±4,19	13,61±3,91	<b>&lt;0,000</b>	18,20±6,11	18,64±5,66	0,373	0,469	<b>0,001</b>

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p\**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\**: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

#### 4.4. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)

Olgu grubunun kendi içinde, eğitim öncesi ve sonrası Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-4,200$   $p=0,000$ ).

Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ( $z=-1,513$   $p=0,130$ ); eğitim sonrası Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $z=-5,140$   $p=0,000$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılması**

Gruplar	Olgu	Kontrol	z skoru	p değeri
1.değerlendirme X±SS	48,65±6,15	46,24±6,12	z=-1,513	p***=0,130
2.değerlendirme X±SS	64,35±5,24	46,76±6,09	<b>z=-5,140</b>	<b>p****=0,000</b>
	<b>z=-4,200</b> <b>p*=0,000</b>	z=-0,775 p**=0,286		

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p\**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\**: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

#### 4.5 Du Paul Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Du Paul DEHB ölçeği)

Olgu grubun kendi içinde, eğitim öncesi ve sonrası, Du Paul DEHB Ölçeği DE, HA ve toplam skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (*DE alt skoru için  $z=-4,119$   $p=0,000$ , HA alt skoru için  $z=-4,038$   $p=0,000$ , toplam skorlarda  $z=-4,207$   $p=0,000$ ).*

Eğitim öncesi, Du Paul DEHB DE ve toplam skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı varken (*DE alt skoru  $z=-0,398$   $p=0,691$ , toplam skor  $z=-2,289$   $p=0,01$ , HA alt açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlılık yoktu ( $z=-1,930$   $p=0,054$ )). Eğitim sonrası Du Paul DEHB DE, HA ve toplam skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (*DE alt ölçek için  $z=-4,551$   $p=0,000$ , HA alt ölçek için  $z=-3,891$   $p=0,000$ , toplam skorlar için  $z=-5,102$   $p=0,000$ ) (Tablo 22).**

**Tablo 22. Du Paul DEHB Ölçeği Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Alt Skorları ve Toplam Skorlarının Karşılaştırılması**

Du Paul DEHB Ölçeği Alt testleri	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p***	p****
<b>Dikkat Eksikliği</b>	17,39±2,35	13,91±1,88	<b>0,000</b>	19,08±3,07	18,64±3,16	0,152	<b>0,02</b>	<b>0,000</b>
<b>Hiperaktivite</b>	15,61±3,14	12,82±2,20	<b>0,000</b>	17,68±3,73	17,32±4,01	0,142	0,054	<b>0,000</b>
<b>Toplam</b>	32,95±4,46	29,74±2,91	<b>0,000</b>	37,00±5,38	36,36±5,68	0,114	<b>0,01</b>	<b>0,000</b>

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p\**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\**: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

#### 4.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (KGİÖ-HS)

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-4,235$   $p=0,000$ ).

Eğitim öncesi, Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $z=-2,182$   $p=0,029$ ). Eğitim sonrası Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak daha anlamlı fark saptanmıştır ( $z=-5,140$   $p=0,000$ ) (Tablo 23).

**Tablo 23. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti Skorlarının Karşılaştırılması**

Gruplar	Olgu	Kontrol	z skoru	p değeri
1.değerlendirme X±SS	3,96±0,77	4,48±0,87	<b>z=-2,182</b>	<b>p***=0,029</b>
2.değerlendirme X±SS	2,57±0,73	4,28±0,84	<b>z=-5,140</b>	<b>p****=0,000</b>
	<b>z=-4,235</b> <b>p*=0,000</b>	z=-1,890 p**=0,059		

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p\**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\**: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

#### 4.7 Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ)

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) 5 alt testten oluşmaktadır. (1) *Aşırı anne-babalık tutumu*; Aşırı kontrolcü, endişeli ve aşırı istekte bulunan anne-babalık tutumunu değerlendirir. (2) *Demokratik tutum*, Teşvik eden, destekleyen ve paylaşımcı anne-baba tutumunu değerlendirir. (3) *Düşmanlık ve reddedilme tutumu*, Çocukları ile ilişkisinde gergin ve öfkeli anne-baba tutumunu değerlendirir. (4) *Evlilik uyumsuzluğu*, Anne-babanın eşler arası uyum düzeyini değerlendirir. (5) *Otoriter tutum*, Aşırı cezalandırıcı ve sert anne-baba tutumunu değerlendirir. Her başlık kendi alt başlık halinde değerlendirilmiştir.

##### 4.7.1. Aşırı Anne-Babalık Tutumu Skorlarının Karşılaştırılması

AHÇYTÖ Aşırı Anne-Babalık tutumu ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde AHÇYTÖ Aşırı Anne-Babalık tutumu skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,396$   $p=0,001$ ).

Eğitim öncesi, AHÇYTÖ Aşırı Anne-Babalık tutumu skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-0,869$   $p=0,869$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-1,676$   $p=0,094$ ) (Tablo 24).

##### 4.7.2. Demokratik Tutum Alt Ölçek Puanların Karşılaştırılması

AHÇYTÖ Demokratik Tutum Alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde AHÇYTÖ Demokratik Tutum alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,954$   $p=0,000$ )

Eğitim öncesi, AHÇYTÖ Demokratik Tutum alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık varken ( $z=-2,094$   $p=0,036$ ); Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak daha anlamlı bir fark saptanmıştır ( $z=-2,632$   $p=0,008$ ) (Tablo 24).

##### 4.7.3. Düşmanlık ve Reddedilme Tutumu Alt Test Puanların Karşılaştırılması

AHÇYTÖ Düşmanlık ve Reddedilme Tutumu alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde AHÇYTÖ Düşmanlık ve Reddedilme Tutumu alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-2,702$   $p=0,007$ )



Eğitim ncesi, AHÇYTÖ Düşmanlık ve Reddedilme Tutumu alt skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-1,45$   $p=0,885$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-1,819$   $p=0,069$ ) (Tablo 24).

#### **4.7.4 Evlilik Uyumsuzluğu Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması**

AHÇYTÖ Evlilik Uyumsuzluğu alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde AHÇYTÖ Evlilik Uyumsuzluğu alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $z=-0,543$   $p=0,587$ )

Eğitim ncesi, AHÇYTÖ Evlilik Uyumsuzluğu alt skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-1,266$   $p=0,205$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-1,257$   $p=0,209$ ) (Tablo 24).

#### **4.7.5. Otoriter Tutum Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması**

AHÇYTÖ Otoriter Tutum alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde AHÇYTÖ Otoriter Tutum alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-2,640$   $p=0,008$ )

Eğitim ncesi, AHÇYTÖ Otoriter Tutum alt skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-0,507$   $p=0,612$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-1,728$   $p=0,08$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği Alt Testleri Skorlarının Karşılaştırılması**

AHÇYTÖ Alt testleri	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p***	p****
<b>Aşırı Anne- Babalık Tutumu</b>	38,82±6,2 4	34,35±9,1 1	<b>0,001</b>	40,08±9,3 3	38,04±8,17	<b>0,000</b>	0,869	0,094
<b>Demokratik Tutum</b>	25,00±2,9 7	29,09±2,1 0	<b>0,000</b>	26,92±3,4 6	26,60±3,18	0,329	<b>0,036</b>	<b>0,008</b>
<b>Düşmanlık ve Reddedilme Tutumu</b>	29,39±4,4 9	26,09±4,3 4	<b>0,007</b>	29,68±7,8 5	29,80±6,95	0,751	0,885	0,069
<b>Evlilik Uyumsuzluğ u</b>	12,87±2,8 5	12,65±2,6 9	0,587	13,92±3,9 3	13,84±3,75	0,717	0,205	0,209
<b>Otoriter Tutum</b>	29,17±5,6 4	26,43±4,7 5	<b>0,008</b>	29,72±8,0 3	29,96±6,65	0,560	0,612	0,08

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretli Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p\**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\**: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

#### 4.8. Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (ADÖ)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) 7 alt testten oluşmaktadır. (1) *Problem çözme*: Ailenin sorun çözme ve yöntemini değerlendirir. (2) *İletişim*: Aile içinde bilgi alış-verişinin etkinliğini, yaygınlığını ve iletişimin açıklığını değerlendirir. (3) *Roller*: Ailede yiyecek kaynaklarının hazırlanması, barınma, bakım ve destek olma gibi rollerin hangi etkinlikte uygulandığını değerlendirir. (4) *Affektif duyarlılık*: Aile üyelerinin uygun duygusal yanıt verebilme yeteneğini değerlendirir. (5) *Affektif bağlılık*: Aile bireylerinin birbirlerine karşı ilgisini, ilişkinin kalitesini, bağlılık düzeyini ve aile üyelerinin birbirlerine karşı yatırımlarını değerlendirir. (6) *Davranış kontrolü*: Davranışlara karşı olan tutumları ve standartları değerlendirir. (7) *Genel işlevsellik*: Aile için-de tüm işlevlerin genel bir ortalamasını verir.

##### 4.8.1. Problem Çözme Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ Problem Çözme alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgü grubunun kendi içinde ADÖ Problem Çözme alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,1098$   $p=0,02$ )

Eğitim öncesi, ADÖ Problem Çözme alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-0,355$   $p=0,355$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-1,333$   $p=0,182$ ) (Tablo 25).

##### 4.8.2. İletişim Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ İletişim alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgü grubunun kendi içinde ADÖ İletişim alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-2,711$   $p=0,007$ )

Eğitim öncesi, ADÖ İletişim alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-0,437$   $p=0,662$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-0,820$   $p=0,412$ ) (Tablo 25).

##### 4.8.3. Roller Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ Roller alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgü grubunun kendi içinde ADÖ Roller alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,575$   $p=0,000$ )

Eğitim ncesi, AD Roller alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-2,245$   $p=0,250$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-0,062$   $p=0,950$ ) (Tablo 25).

#### **4.8.4. Affektif Duyarlılık Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması**

AD Affektif Duyarlılık alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde AD Affektif Duyarlılık alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,090$   $p=0,002$ ).

Eğitim ncesi, AD Affektif Duyarlılık alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-0,759$   $p=0,448$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-1,178$   $p=0,239$ ) (Tablo 25).

#### **4.8.5. Affektif Bağlılık Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması**

AD Affektif Bağlılık alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde AD Affektif Bağlılık alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,230$   $p=0,001$ ).

Eğitim ncesi, AD Affektif Bağlılık alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-1,806$   $p=0,071$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-0,568$   $p=0,570$ ) (Tablo 25).

#### **4.8.6. Davranış Kontrolü Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması**

AD Davranış Kontrolü alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde AD Davranış Kontrolü alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,488$   $p=0,000$ ).

Eğitim ncesi, AD Davranış Kontrolü alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık varken ( $z=-2,693$   $p=0,007$ ); eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-0,553$   $p=0,580$ ) (Tablo 25).

#### 4.8.7. Genel İşlevsellik Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ Genel İşlevsellik alt testi ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde ADÖ Genel İşlevsellik alt test skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $z=-3,661$   $p=0,000$ )

Eğitim öncesi, ADÖ Genel İşlevsellik alt test skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $z=-1,668$   $p=0,095$ ). Eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak yine anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $z=-1,522$   $p=0,128$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25. Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Testleri Skor Değerlerinin Karşılaştırılması**

ADÖ Alt testleri	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p****	p*****
Problem Çözme	1,93±0,40	1,69±0,45	<b>0,02</b>	1,84±0,45	1,84±0,36	0,836	0,355	0,182
İletişim	1,86±0,34	1,71±0,32	<b>0,007</b>	1,80±0,44	1,80±0,44	0,517	0,662	0,412
Roller	2,30±0,33	1,98±0,24	<b>0,000</b>	2,05±0,39	2,00±0,29	0,168	0,250	0,950
Affektif Duyarlılık	1,80±0,40	1,51±0,33	<b>0,002</b>	1,77±0,58	1,70±0,47	0,082	0,448	0,239
Affektif Bağlılık	2,56±0,45	2,20±0,28	<b>0,001</b>	2,33±0,39	2,25±0,31	0,145	0,071	0,570
Davranış Kontrolü	2,27±0,25	1,97±0,23	<b>0,000</b>	2,01±0,39	1,96±0,34	0,244	<b>0,007</b>	0,580
Genel İşlevsellik	1,96±0,29	1,69±0,29	<b>0,000</b>	1,77±0,43	1,88±0,41	<b>0,003</b>	0,085	0,128

Olgu ve kontrol grubu kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde Willcoxon İşaretili Sıralar testi, her iki grubun birlikte eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

*p\**: Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\**: Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p\*\*\*\**: Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

#### 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Yazında DEHB tanılı çocukların ailelerinde Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulanarak, çocukların DEHB belirti düzeylerinin ve hastalık şiddetlerinin araştırıldığı çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu konuya olan ilgi son yıllarda artış göstermektedir.

Bu çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan ve en az 2 ay ilaç tedavisi (metilfenidat) alan çocukların anne-babalarına Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulanarak, çocukların DEHB belirti düzeylerinin ve hastalık şiddetlerinin azalıp azalmadığı araştırılmış ve elde edilen sonuçlar yazındaki bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan olgular cinsiyet açısından değerlendirildiğinde erkek/kız oranı: 3,8 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulunmamış olmamız bu konuyla ilişkin yapılan çalışmaları destekler niteliktedir. (127-135) Bu oran bozukluğun erkeklerde 2-5 kat daha sık görüldüğü biçimindeki yazın bilgisiyle uyumludur (113,114).

Yine olgu ve kontrol grubu arasında anne-babanın eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, birlikte olma durumları, ruhsal ve fiziksel bozukluk olup olmadığı ve çocuklar için ise kaçınıcı çocuk olduğu, kardeş sayıları açısından karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Olgu ve kontrol grubundaki bu durum bu konuda yapılan diğer araştırmalardaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir (127-135). Bu durum randomizasyonun uygun yapıldığını gösterebilir.

DEHB grubundaki olgular alt tiplere göre ayrıldığında, olguların %62,5'i Bileşik Tip, %27,1'i Dikkat Eksikliği Baskın Tip, %10,4'ü de Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Tip şeklinde ayrıştığı saptanmıştır. Yazın bilgilerine göre DEHB grubu klinik örnekleminde en sık görülen alt tip Bileşik Tip olup bunu sırasıyla Dikkat Eksikliği Baskın Tip ve Hiperaktiviteİmpulsivite Baskın Tip izlemektedir (115). Bu çalışmanın bulguları yazınla uyumludur.

Bu çalışmada DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin % 62,5'inde bir veya birden fazla komorbid tanı saptanmıştır. Yazında DEHB tanısı olan çocukların %50-80'inin en az bir başka bozukluğun tanı ölçütlerini de karşıladıkları bildirilmektedir (5). Bu çalışmada yazın bilgileriyle uyumlu veriler elde edilmiştir. Örnekleminizdeki DEHB tanılı çocukların büyük oranda (%30,0) ek Yıkıcı Davranım Bozuklukları sergilediği saptanmıştır. Bu bulgu,

DEHB’de en sık komorbiditenin diğ er Yıkıcı Davranım Bozuklukları ile olduğunu bildiren araştırmalarla uyumludur (116,117). Duygudurum Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Mental Retardasyon ve Madde Kullanım Bozuklukları çalışmanın dışlama kriteri olduğu için DEHB olgularında eşlik eden tanılar sıklık sırasıyla; Anksiyete Bozuklukları, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu ve Major Depresyon şeklinde bulunmuştur. Toplamda 30 (%62,5) olguda bir ya da daha fazla komorbidite saptanmıştır. Bu bulgular, heterojen klinik belirtilerin olduğu DEHB’ de yüksek komorbidite görülebildiği bilgisini desteklemektedir (118).

## **GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİNİN TARTIşILMASI**

Çalışmamızda çocuğun duygusal ve davranışsal sorunlarını ölçen GGA’nın toplam güçlük skorları açasından olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda ve yine eğitim sonrası kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı bir azalma saptamış olmamız; DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulamasının çocuk ve ergenlerdeki duygusal ve davranışsal sorunları azalttığını göstermektedir. Bu araştırma bulgusu ilgili yazındaki Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı ile yapılan ve GGA’nın kullanıldığı diğ er araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir (12,119,120,121,122,123,124). Arkan ve Güvenir tarafından 2012 yılında Türkiye’de yapılan ilk Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı çalışmasında; Martin ve Sanders’in 2003 yılında yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; aynı yıl Leung ve arkadaşlarının 69 ebeveyn ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada; 2007 yılında Stallman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, Sanders ve arkadaşlarının 2008 yılında büyük bir proje olarak başlattıkları ve 2996 ebeveyn ile yürüttükleri çalışmada, çocukların ve ergenlerin güçler ve güçlükler anketi toplam güçlük skorlarının bizim çalışmamızda olduğu gibi azaldığı bulunmuştur (119,120,121,122,123,124). Yine bir çalışmada; okul öncesi dönemde DEHB tanısı olan okul öncesi dönemdeki çocuklara Tiriple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulanmış ailelere GGA’ya benzer Eyberg Çocuk Davranış Envanteri verilmiş ve Eyberg Çocuk Davranış Envanteri problem skoru ve toplam skorunda anlamlı azalmalar saptanmıştır (125). Fallone’nin 1998 yılında ve Van Den Hoofdakler’in 2007’de yapmış oldukları çalışmalarda DEHB tanısı olan çocukların ailelerine uygulanan Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı benzer aile eğitim programı uygulanması sonrasında çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarını saptamak amaçlı GGA’ya benzer Çocuklar İçin Davranış Kontrol Listesi (Child Behaviour Checklist (CBCL)



uygulanmış, Çocuklar İçin Davranış Kontrol Listesi toplam skorları, içe yönelim ve dışa yönelim alt skorlarında bizim çalışmamıza benzer şekilde azalma saptanmıştır. (126,127). Özyurt ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış olduğu yayınlanmamış tez çalışmasında 8-12 yaş arası Anksiyete Bozukluğu tanılı çocukların ailelerine Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulanmış ve uygulama sonrasında çocukların davranış ve duygusal sorunlarında azalma olduğu bulunmuştur (142). Sonuç olarak Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının, çocukların davranış ve duygusal sorunlarında etkin olduğunu göstermektedir. Konuyla ilgili diğer çalışmalar ve bizim çalışma bulgularımız birlikte düşünüldüğünde; Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın çocukların davranış ve duygusal problemlerinin azaltılmasında etkili bir ebeveyn eğitim programı olduğunu düşündürmektedir. Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın ebeveynlerde özyeterlilik, özetkililik, özdenetim özelliklerini geliştirdiği düşünülünce çocukların ve ergenlerin davranışsal ve duygusal problemlerinin tedavisinde, çocuklarıyla birlikte anne babaların davranışlarının şekillendirilmesi ve anne babaların öz-yeterlilik algılarının güçlendirilmesi ve öz-düzenleme becerilerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir (94-99).

## **ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN TARTIŞILMASI**

Çalışmamızda kullanılan Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği, DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemini temel alarak işlevselliğin genel olarak değerlendirmesini yapar. Bu ölçek tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılan ve tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir. Çalışmamızda ÇGDÖ skorları açısından olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda ve yine eğitim sonrası kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu skorlarda anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde DEHB tanısı olan çocuk ve/veya ergenlerle yapılmış çalışmalarda ebeveynlere yönelik girişimlerin yapıldığı ve daha sonra bu verilerin ÇGDÖ ile değerlendirildiği çalışmaların olmadığı dikkati çekmektedir. Ancak yazında Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programına benzer bir şekilde, anne ve babalara yönelik girişimlerle yapılan diğer araştırma bulgularında aile eğitim programlarının çocukların işlevsellik alanlarında olumlu değişiklikler yapıldığı saptanmıştır (131). Mikami ve ark. (2010) tarafından DEHB tanısı olan ve ilaç tedavisi kullanan (stimülan) çocuklarda yapılan bir çalışmada PFC (Parental friendship coaching) programı uygulayan araştırmacılar, program sonrası çocuklarda ÇGDÖ'ye benzer bir şekilde değerlendirdikleri işlevsellik alanlarında; sosyal işlevsellik (Social Skills Rating System (SSRS) (Gresham 1990) and the Dishion Social Acceptance Scale (DSAS) (Dishion

2003) ve okul işlevsellik (Teacher Questionnaire Measures of child social functioning (SSRS) and the teacher-assessed Dishion Social Acceptance Scale (DSAS) (Dishion 2003) puanların arttığını saptamışlardır (132). Çalışmamızda da ilgili yazındakine benzer şekilde DEHB tanısı olan ve ilaç tedavisi alan çocukların ÇGDÖ skorlarında artış ve dolayısıyla işlevselliğinde belirgin düzelme saptamamızın; anne-babalara uygulanan BDT temelli bir program olan Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın DEHB tanısı alan ve ilaç tedavisi kullanan çocuklarda uygulanmasının yararlı olabileceğine ilişkin önemli ipuçlarına işaret edebileceği düşünülmüştür.

## **DU PAUL DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Çalışmamızda hem eğitim alan grubun kendi içinde, hem de eğitim sonrası iki grup karşılaştırıldığında Du Paul DEHB ölçeği toplam skor, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite alt skorlarında anlamlı bir azalma saptamış olmamız; DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveyyerinde Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulamasının çocuklardaki DEHB belirti düzeyini azalttığını göstermektedir. Ancak bu skordardan toplam skor ve Dikkat Eksikliği alt skorunda olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi dönemde de aralarında anlamlı farklık saptanmış olması uygulanan yöntemin daha çok hiperaktivite düzeyini azalttığını göstermektedir. Araştırmanın bu bulgusu, Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı benzeri BDT temelli girişimlerin anne ve/veya babalara uygulandığı diğer araştırma bulgularıyla benzerdir. DEHB tanısı alan çocukların tedavisine yönelik çalışmaların bazılarında BDT temelli girişimlerin sadece anne-babalara uygulandığı görülürken, bazılarında hem anne ve/veya babaya hem de çocuklara uygulandığı dikkati çekmiştir. Konuyla ilişkili yazında, bizim çalışmamıza çok benzer desene ve sonuca sahip bir çalışmada, Salbach ve ark. (2005) çalışmalarında; DEHB tanısı olan ve stimülan tedavisi alan çocukların anne babalarına 10 haftalık aile eğitim programı uygulamışlar ve 10 haftanın sonunda DEHB'nin kor belirtilerinde özellikle de hiperaktivite alt skorlarında anlamlı düzeyde gerileme bulduklarını bildirmişlerdir (128). Benzer bir başka çalışmada, ebeveynlere 12 haftalık davranışçı aile eğitimi verildiği ve eğitim sonrasında çocukların DEHB belirtilerinde belirgin gerileme olduğu bildirilmiştir (127). Anstel ve arkadaşlarının 2012 yılında DEHB tanısı olan ve ilaç tedavisi (stimülan) tedavisi alan ergenlere 13 haftalık BDT uygulayarak yapmış oldukları çalışmada; bizim çalışmamızdan farklı olarak DE alt ölçeklerinde anlamlı azalma saptanmıştır (129). Yine bir çalışmada 3 yaşındaki ilaç kullanmayan DEHB tanılı 89

çocuktan 50'sinin ailesine aile eğitimi verilmiş ve kontrol grubuyla kıyaslandığında DEHB irteleri açısından fark bulunmamıştır (130). Çalışmamızda Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın çocuklardaki DEHB belirti düzeyini düşürmede etkili ek bir yöntem olduğunu göstermiş olmamız, DEHB tanısı alan çocukların tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak BDT temelli girişimlerin kullanıldığı çalışmaları destekler niteliktedir.

## **KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ HASTALIK ŞİDDETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Çalışmamızda ÇGDÖ verilerine benzer bir başka bulgumuz, eğitim öncesi ve sonrası değerlendirildiğinde hem olgu grubunun kendi içinde hem de olgu ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti puanlarında, anlamlı oranda azalma saptamış olmamızdır. Hastaların izlem sürecinde tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiş olan bu ölçekle değerlendirilen olgular, Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulamasından sonra tekrar değerlendirildiğinde hastalık şiddetlerinin azaldığı görülmüştür. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde DEHB tanısı alan çocuk ve/veya ergenlerle yapılmış çalışmalarda ebeveynlere yönelik girişimlerin yapıldığı ve daha sonra bu verilerin KGİÖ-HŞ ile değerlendirildiği çalışmaların olmadığı dikkati çekmektedir. Buna karşın DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde tedaviye ilişkin yazın gözden geçirildiğinde, bu olgularda ilaç tedavilerinin uygulandığı ve izlem sürecinde tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla KGİÖ-HŞ kullanıldığı ve bu çalışmalarda ilaç tedavisinin KGİÖ-HŞ puanlarını anlamlı oranda düşürdüğü bildirilen çalışmaların daha fazla sayıda oluşu görülmüştür. (133,134). Hastalık şiddeti açısından bakıldığında; Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı benzeri, BDT temelli tedavinin esas alındığı bir çalışma Huang ve ark. (2003) tarafından yapılmıştır (135). Bu çalışmada DEHB tanısı alan 3-6 yaş arası çocuklarda 9 haftalık aile eğitim programı uygulanmış ve bunun sonucunda davranış sorunlarının ve hastalık şiddetinin anlamlı ölçüde gerilediği bildirilmiştir (135). Yine 2013 yılında Özyurt ve arkadaşlarının yapmış olduğu yayınlanmamış tez çalışmamasında Anksiyete Bozukluğu tanısı olan çocukların ailelerine yönelik yapılan Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı sonrası kontrol grubuyla kıyaslandığında; KGİÖ-HŞ puanlarında anlamlı azalma saptanmıştır (142). Bizim araştırmamızda Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın DEHB tanısı olan ve ilaç tedavisi (stimülan) kullanan çocuk ve ergenlerde hastalığın şiddetini azalttığını bulmuş olmamız; ilaç tedavisiyle birlikte Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın

kombine edildiğinde, hastalığın şiddetini azaltıyor olması diğer çalışmalara zemin hazırlaması açısından önem teşkil ettiği düşünülmektedir.

## **AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ SKORLARININ TARTIŞILMASI**

Çalışmamızda ebeveynlerin tutumlarında (Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) değişme olup olmadığını değerlendirmemiz sonucunda; Aşırı Anne-Babalık tutumu, Düşman-Reddedici tutumu, Otoriter Tutum ve Demokratik Tutum alt ölçekleri olgu grubunun kendi içinde anlamlı bir azalma saptanmıştır. Ancak Evlilik Uyumsuzluğu alt testinde herhangi bir değişiklik saptanmamıştır. Bu durum DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulamasının ailelerin tutumları üzerine yararlı olabileceğini akla getirmektedir. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde DEHB tanısı alan çocuk ve/veya ergenlerle yapılmış çalışmalarda ebeveynlere yönelik girişimlerin yapıldığı ve daha sonra bu verilerin AHÇYTÖ ile değerlendirildiği çalışmaların olmadığı dikkati çekmektedir. Buna karşın DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde yapılan Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı çalışmalarında ebeveynlerin tutumları farklı ölçeklerle değerlendirilmiştir (136,137,125). Fatemeh ve arkadaşlarının 2008 yılında yapmış oldukları çalışmada; DEHB tanılı ve ilaç tedavisi alan (stimülan) kullanan 6-12 yaş arası çocukların ailelerine 8 haftalık Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulanmış ve program sonrası ailelere aile tutumlarını değerlendirmek amaçlı eğitim öncesi ve sonrası dönemde bizim çalışmamızda kullandığımız AHÇYTÖ'ye benzer ölçekler (The parenting scale ve Parent problem checklist) kullanılmış (116,137) ve eğitim sonrası dönemde eğitim öncesi dönemle karşılaştırıldığında; otoriter tutum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma, yine anne-baba anlaşmazlığı alt ölçeklerinde bizim çalışmamızdan farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptanmıştır (138). Yine bir çalışmada 3 yaşındaki davranış, dikkat ve hareketlilik sorunları olan çocukların ailelerine Triple P Programı uygulanmış ve ailelere eğitim öncesi ve sonrası dönemde yine Paranting Scale ve Parent Problem Checklist verilmiş ve bizim çalışmamızdan farklı olarak evlilik uyumsuzluğu alt ölçeğinde eğitim sonrası dönemde anlamlı farklılık bulunmuştur (125). Her iki çalışmada da bizim çalışmamızdan farklı olarak evlilik uyumsuzluğu alt ölçeklerinde farklılık bulunması; eğitim öncesi dönemde de evlilik uyumsuzluğu alt skorlarının diğer çalışmalara oranla daha düşük bulunmasıyla açıklanabilir. Yine yapılan çalışmalarda; DEHB tanısı alan ve ilaç tedavisi (stimülan) kullanan olguların

ailelerine uygulanan aile eğitimleri ailelerin ebeveynlik yeteneklerini geliştirdikleri saptanmıştır (125,139,143). Eğitim sonrası dönemde olgu grubunun kontrol grubuyla karşılaştırıldığında AHÇYTÖ'nin alt ölçeklerinde Demokratik Tutum dışında herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, yapılan değerlendirmenin Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının hemen sonrasında yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

## **AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SKORLARININ TARTIŞILMASI**

Çalışmamızda ailelerin problem çözme, iletişim, aile içi roller, aile üyelerinin affektif bağlılığı ve affektif duyarlılığını, ailelerin çocuklarının davranışları karşısında tutumu ve ailenin genel işlevselleğini değerlendirmek amaçlı kullandığımız Aile Değerlendirme Ölçeği'nde; değerlendirilen 7 tane alt test olgu grubunun kendi içinde anlamlı bir azalma saptanmıştır. Bu durum DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulamasının ebeveynlerin problem çözme, iletişim, aile içi roller, aile üyelerinin affektif bağlılığı ve affektif duyarlılığını, ailelerin çocuklarının davranışları karşısında tutumu ve ailenin genel işlevselleği üzerinde etkili olduğunu akla getirmektedir. ADÖ'de puan ortalaması ikiyi geçtiğinde o alanda sorun olduğu düşünülür (140,141). Bizim çalışmamızda da aile içi roller, affektif bağlılık ve davranış kontrolü alt ölçeklerinde puanlar 2'nin üstünde bulunurken diğer alt testler 2'nin altında bulunmuştur. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde DEHB tanısı olan çocuk ve/veya ergenlerle yapılmış çalışmalarda ebeveynlere yönelik girişimlerin yapıldığı ve daha sonra bu verilerin ADÖ ile değerlendirildiği çalışmaların olmadığı dikkati çekmektedir. Buna karşın DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerde yapılan Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı çalışmalarında aileler farklı ölçeklerle değerlendirilmiş ve ailelerin işlevsel olmayan tutumlarında azalma ve ailelerinin birbiriyle iletişiminde artış bulunmuştur (125,143). Yine Traacy ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada DEHB tanısı alan çocukların ailelerine 9 haftalık aile eğitim tedavisi verilmiş ve ailelerin genel işlevselliğini değerlendirmek için ADÖ verilmiş eğitim sonrası dönemde kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ADÖ genel işlevsellik puanlarında anlamlı artış bulunmuştur (144). Eğitim sonrası dönemde olgu grubunun kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ADÖ'nün alt ölçeklerinde herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, değerlendirmenin Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının hemen sonrasında yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu benlik saygısını, sosyal ilişkileri, akademik başarıyı ve işlevselliği etkileyen önemli bir psikiyatrik bozukluktur. DEHB tanısı alan çocuklar; gelecekte duygudurum ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere pek çok ruhsal bozukluk açısından büyük bir risk taşımaktadır. Bu açılardan DEHB'nin tedavisi ayrı bir önem taşımaktadır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ilaç tedavisi alan ve DEHB tanısı alan çocukların tedavisinde Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın ek bir tedavi yöntemi olarak yer alabileceğini ve bu programın ilaç tedavisi (stimülan) alan DEHB tanısı alan çocukların DEHB belirtileri, hastalığın şiddetini ve davranışsal, duygusal sorunlarını azalttığını ve çocukların işlevselliği üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.

## BÖLÜM VI

### SONUÇLAR ve ÖNERİLER

#### 6.1. SONUÇLAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiş ve bu sonuçlara dayalı olarak öneriler sunulmuştur.

Bu çalışmada;

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtileri eğitim sonrası, eğitim öncesine göre azalmıştır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtileri, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtilerine göre azalmıştır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB'nun hastalık şiddeti (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha düşüktür.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB hastalık şiddeti, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının hastalık şiddetinden daha düşüktür.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının işlevselliğinden daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunları (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha azdır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunları, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarından daha azdır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumları eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyidir.

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumları, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan gruptaki ebeveynlerin tutumlarından farklılık bulunmamıştır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin aile işlevselliği eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin aile işlevselliği, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan gruptaki ebeveynlerin aile işlevselliğinden farklı bulunmamıştır.

## 6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler verilmiştir:

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı ile farklı klinik ve illerde çalışmaların yapılması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulamasının yaygınlaştırılması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı ve ülkemizde mevcut uygulanan programların sonuçların karşılaştırıldığı araştırmaların yapılması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın ilaç tedavisi alan DEHB tanısı olan daha geniş popülasyonlarda uygulanması ve etkinliğinin araştırılması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın uygulanmakta olduğu ülkelerde ilaç tedavisi alan DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin anne ve babalarına da uygulanması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlere ilaç ile kombine edildiği çalışmalar yapılması önerilir.



## **BÖLÜM VII**

### **KAYNAKLAR**

1. American Psychiatric Association (2000) 'Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision' Washington, DC: American Psychiatric Association Pres.
2. Biederman J, Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366:237-248
3. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:354-361
4. Lauth, G. W., Kausch, T. W. E. & Schlottke, P. F. (2005). Effekte von eltern-und kindzentrierten interventionen bei hyperkinetischen störungen, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* , 34, (4), 248-257.
5. Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2005). Störungen der aufmerksamkeit und hyperaktivitaet. In. P. F. Schlottke, R. K. Silbereisen, S. Schneider & G. W. Lauth (Eds.), *Störungen im Kindes-und Jugendalter-Grundlagen und störungen im entwicklungsverlauf* (pp. 609-648) göttingen: Hogrefe Verlag.
6. Petermann, F., Helmsen, J. & Koglin, U. (2010). Expansive verhaltensstörungen, *Monatsschrift Kinderheit und Entwicklung*, 158, 22-27.
7. Jan Froelich, Manfred Doepfner and Gerd Lehmkuhl (2002). EFFECTS OF COMBINED COGNITIVE BEHAVIOURAL TREATMENT WITH PARENT MANAGEMENT TRAINING IN ADHD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, pp
8. Sanders MR, Turner KMT. Reflections on the challenges of effective dissemination of behavioural family intervention: our experience with the Triple P - positive parenting program. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2005; 10:158-169.
9. Sanders MR, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. Does self-directed and web- based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the triple-p positive parenting programme *J ChildPsychol Psychiatry* 2008; 49:924-932.
10. Sanders MR, Murphy-Brennan M, McAuliffe C. the development, evaluation and dissemination of a training program for general practitioners in evidence based parent consultation skills. *Int J Ment Health Prom* 2003; 5:13-20.

11. Sanders MR. The translation of an evidence-based parenting program into regular clinic services. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2003; 2 (3): [www.auseinet.com/journal/vol2iss3/sanderseditorial.pdf](http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/sanderseditorial.pdf).
12. Arkan B, Güvenir T. Davranış Sorunları Olan Ergenlerin Ebeveynlerine Uygulanan Eğitimin Ebeveyn Tutumu, Ebeveyn Ruh Sağlığı ve Ergen Davranışına Etkisi Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi İzmir 2012
13. Weis M, Weis G. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry* (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 645-670.
14. Er MD.( 2006) Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 49:155-68.
15. Mrazek DA.(2002) Chronic pediatric illness and multiple hospitalizations. In: Lewis M (eds), *Child and Adolescent Psychiatry* (3th ed). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. pp:1230-38.
16. Laurence L, Greenhill MD. (1990) Attention-deficit hyperactivity disorder in children. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (eds). *Psychiatric Disorders in Children and Adolescent* (1. ed). Philadelphia, W. B. Saunders Company, 183-193.
17. Søren Dalsgaard, Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2013) 22 (Suppl 1):S43–S48, DOI 10.1007/s00787-012-0360-z.
18. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10,1992). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organisation (WHO).
19. Cyr M, Brown CS. (2000) Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: Palmer KJ (ed). *Topics in Pediatric Psychiatry* (1. ed). Hong Kong, Adis Boks, 69-79.
20. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. (2007) The Worldwide Prevalence Of ADHD: A Systematic Review And Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6): 942-948.
21. Şenol S (2008) Bölüm 30. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu Çetin F. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. HYB Basım Yayın. Ankara, sayfalar: 293-294.
22. Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K (1990) Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics* 86:184–192

23. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. (1995) Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*. 152(11): 1652-1658
24. Tannock R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry* .34(1): 65-99.
25. Bussing R, Lebninger F, Eyberg S. (2006). Difficult child temperament and attentiondeficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants and Young Children* .19: 123-131.
26. Barkley RA. (2006).Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd Edition, Guilford Press, New York, USA.
27. Egger HL, Kondo D, Angold A. (2006).The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Young Children* .19: 109-122.
28. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, Weber W, Jetton J, Kraus I, Pert J, Zallen B (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* , 38: 966-975.
29. Gordon (1999) Symptoms Versus Impairment: The Case for Respecting DSM-IV' s Criterion B. *ADHD Report*, 13(4): 1-8.
30. Cohen RA. The neuropsychology of attention. Plenum, New York, USA(1993). Como PG.Neuropsychological function in Tourette sundrome (2001) *Adv Neurol*, 85:103-11.
- Cooper-Kahn J. Late (2008) *Lost, and Unprepared. A parent's Guide to Helping Children with Executive Functioning*.
31. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K (2006) Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:192–202
32. Tuğlu C, Abay E. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunu öykü, tanı ve ruhsal durum bakımından gözden geçirilmesi (1997).*Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 5(1): 19-28.
33. Spencer TJ. (2006) ADHD and comorbidity in childhood. *Journal of Clinical Psychiatry* 67(Suppl 8): 27-31. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. (2007) Attentiondeficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 73-81.

34. Faraone S, Biederman J, Monuteaux MC. (2002) Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attentional Disorders*. 6: 5-13.
35. Goodman DW. (2007) The consequences of attention deficit/hyperactivity in adults. *Journal of Psychiatric Practice*, 13: 318-327.
36. Skounti M, Philalithis A ve Galanakis E (2007), Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*, 166:117-123.
37. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7):894- 921.
38. Kessler Ronald C., Ph.D. et al. (2006) The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163:4.
39. Faraone SV, Biederman J, (2000) Nature, nurture, and attention deficit Hyperactivity Disorder, *Dev Rev*, 20:568-581.
40. Hectmann L. (2005) Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock Bj, Saddock Va (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2679-2692.
41. Arnsten Amy FT. (2003) Neurobiology of Attention Regulation and its Disorder. *Pediatric Psychopharmacology* Ed: Martin A, Scahill L, Charney D, Leckman J., Oxford University Pres.
42. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE ve ark. (2005) Molecular genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Biol Psychiatry*, 57:1313-1323.
43. Spencer TJ, Biederman J, Mick E., (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol.*, 32(6):631- 642.
44. Stahl SM (2003), Neurotransmission of cognition, part 3. Mechanism of action of selective NRIs: both dopamine and norepinephrine increase in prefrontal cortex. *J Clin Psychiatry*, 64(3):230-231.
45. Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG ve ark. (2002), Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning and psychosocial adjustment. *Hum Mov Sci*, 21(5-6):905-918.
46. McCracken JT. (1991) A two part model of stimulant action on attention deficit disorder with hyperactivity in children. *J Neuropsychiatry*, 3:201-209
47. Pliszka SR. (2005) The neuropsychopharmacology of Attention- Deficit/Hyperactivity disorder, *Biol Psychiatry*, 57:1385-1390.

48. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W ve ark. (2002) Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder, *JAMA* 288:1740-1748.
49. Durston S, Casy BJ. (2006) What have we learned about cognitive development from neuroimaging? *Neuropsychologia*, 44(11):2149-57.
50. Ernest M, Zametkin AJ, MAtochik JA ve ark. (1994) Effects of intravenous dextroamphetamine on brain metabolism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Preliminary findings. *Psychopharmacol Bull.*, 30: 219-225.
51. Dunn DW.(2006) Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Problems and Epilepsy' *Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* Ed: Ettinger AE, Kanner AM. Lippincott Williams & Wilkins; 2 edition.
52. Castellanos FX, Tannock R, (2002) Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes . *Nat Rev Neeurosci*, 3:617-628.
53. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF., (2005) Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a metaanalytic review.' *Biol Psychiatry*, 1;57(11):1336-46.
54. Marta Ribasés, Amaia Hervás et al.(2008) Association Study of 10 Genes Encoding Neurotrophic Factors and Their Receptors in Adult and Child Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*, 63:935–945.
55. Huang EJ, Reichardt LF. (2001) Neurotrophins: roles in neuronal development and function. *Annu Rev Neurosci.*, 24:677-736.
56. Tardito D, Perez J, Tiraboschi E, et al. (2006) Signaling pathways regulating gene expression, neuroplasticity, and neurotrophic mechanisms in the action of anti depressants: a critical overview. *Pharmacol Rev.*, 58(1):115-134.
57. Cantwell DP. (1996) Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:978–986.
58. Taylor, E., *Syndromes of Overactivity and Attention Deficit. Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approches*, Oxford, Blackwell.
59. Minder B, Das Smaal EA, Brand EF ve ark. (1994) Exposure to lead and specific attentional problems in schoolchildren. *J Learn Disabil*, 27:393–399.
60. Yorbık Ö., Akın R., Yavaş İ, (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etyopatogenezi üzerine varsayımlar. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergesi*, 4(3):171-178.

61. Geller D, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lefkowitz TR (1996) 'Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders.' *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1637-1646
62. Swain J, Scahill L, Lombroso P, King R, Leckman J ( 2007)'Tourette syndrom and Tic Disorder: A decade of Progress' *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 46:8 August 2007 947-968.
63. Szobot CM, Rohde LA, Bukstein O, Molina BS, Martins C, Ruaro P, Pechansky F., (2007)'Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study.' *Addiction* Volume 102 Issue 7 Page 1122-1130, July 2007
64. Biederman J., (2003) 'Pediatric Bipolar Disorder Coming of Age.' *Biol Psychiatry,* 53:931-934.
65. Diler RS, Uguz S, Seydaoglu G, Erol N, Avci A., (2007) 'Differentiating bipolar disorder in Turkish prepubertal children with attention-deficit hyperactivity disorder.' *Bipolar Disord* 9: 243–251.
66. Reich W, Huang H, Tood RD. (2006) ADHD Medication Use in a Population- Based Sample of Twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 45:7.
67. Jensen PS, Arnold LE, Richters JE ve ark.( MTA Cooperative Group) (1999) A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry,* 56:1073-1086.
- 68.** Heal DJ, Pierce DM (2006). "Methylphenidate and its isomers: their role in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder using a transdermal delivery system".*CNS Drugs* 20 (9): 713–38. doi:10.2165/00023210-200620090-00002. PMID 16953648
69. Simpson D, Perry C. (2003) Atomoxetine. *Paediatr Drugs,* 5(6):407-415.**86.** Zhou J. (2004) Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future,* 29(12):1235-1244.
70. Barkley RA.(2002) Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry,* 63(12):36-43.
71. Waslick B, Greenhill L. (2004) Attention deficit hyperactivity disorder. In: Wiener J, Dulcan M (eds). *Text Book of Child and Adolescent Psychiatry* (3.ed). Washington DC, American Psychiatric Press, 485-509.
72. Tutty S, Gephart H, Wurzbacher K. (2003) Enhancing behavioral and social skill unctioning in children newly diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder in a pediatric setting. *Journal Dev Behav Pediatr.,* 24(1):51-57.

73. Turgay A. (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yaşam boyu değişim. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü kitabı içinde, editor: Aysev A, 111-132.
74. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV (2006) Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med.*, 36(2): 167-79.
75. Utting D, Pugh G. The social context of parenting. içinde, Hoghughi M, Long N (ed) *Handbook of parenting: theory and research for practice*. London: Sage Publications, 2004; 19–37.
76. Long N. e-Parenting. *Handbook of parenting: theory and research for practice* içinde, Hoghughi M, Long N (ed) London: Sage Publications, 2004; 369– 379.
77. Şahin FT, Özbey S. Aile Eğitim Programlarına Niçin Gereksinim Duyulmuştur? Aile Eğitim Programları Neden Önemlidir? *Aile ve Toplum Dergisi* 2007; 3 (12): 7-12.
78. Şahin FT, Ünver N. Okul Öncesi Programlara Aile Katılımı. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2005; 13 (1): 23-30.
79. Sanders MR. Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 2012; 8 (11): 1–35.
80. Dembo HM, Sweitzer M, Lauritzen P. An Evaluation of Group Parent Education: Behavirol, PET, And Adlerian Programs. *Review of Educational Research* 1985; 55 (2): 155–200.
81. Money S. Parent Training: A Review of Adlerian, Parent Effectiveness Training And Behavirol Research. *The Family Journal* 1995; 3 (3): 218–230.
82. Gross D, Grady J. Group-Based Parent Training For Preventing Mental Health Disorders In Children. *Mental Health Nursing* 2002; 23: 367–383.
83. Goddard WH, Myers-Walls AJ, Lee TR. Parenting: Have We Arrived? Or Do We Continue the Journey? *Family And Consumer Sciences Research Journal* 2004; 33 (19): 457–474.
84. Knapp AP, Deluty HR. Relative Effectiveness of Two Behavioral Parent Training Programs. *Journal of Clinical Child Psychology* 1989; 18 (4): 314–322.
85. Day C, Davis H. Community child mental-health services: a framework for the development of parenting initiatives. *J Consult Clin Psychol* 1999: 4475-4480.
86. Bayraktar F. Olumlu Ergen Gelişiminde Ebeveyn/Akran İlişkilerinin Önemi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14 (3): 157–165.

87. Pinsky M, Geoffroy K. A Comparison of Parent Effectiveness Training And Behavior Modification Parent Training, *Family Relations* 1981; January:61–68.
88. Assemany EA. Negative Treatment Outcomes of Behavioral Parent Training Programs. *Psychology In The Schools* 2002; 39 (2): 209–217.
89. Mullett J. Triple P Community Implementation Report. Victoria, BC: Action Research Consulting. Report prepared for the Vancouver Island Health Authority 2007.
90. Sanders MR. Triple P-positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol* 2008; 22: 506-517.
91. Sanders MR, Ralph A, Thompson R, Sofronoff K, Gardiner P, Bidwell K, Dwyer S. Every Family: A Public Health Approach To Promoting Children’s Wellbeing. Brief Report. 2005; [www.pfsc.uq.edu.au](http://www.pfsc.uq.edu.au), *Erişim Tarihi: 12. 01. 2008*.
92. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P—Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior* 2005; 11 (2): 176-193.
93. Sanders MR, Turner KMT, Markie-Dadds C. The Development and Dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A Multilevel, Evidence-Based System of Parenting and Family Support. *Prevention Science* 2002; 3 (3): 173-189.
94. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children *Clinical Child and Family Psychology Review* 1999; 2 (2): 71-90.
95. Sanders MR. Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addictive Behaviors* 2000a; 25 (6): 929–942.
96. Sanders MR, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. Does Self-Directed And Web-Based Support For Parents Enhance The Effects of Viewing A Reality Television Series Based On The Triple-P Positive Parenting Programme? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49 (9): 924-932.
97. Sanders MR, Ralph A. Facilitator’s manual for Group Teen Triple P. Milton, QLD, Australia: Triple P International Publishing, 2009.
98. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P-Positive Parenting Programme A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence. *Parenting Research and Practice Monograph* 2003; 1: 1-25.



99. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT, Ralph A. Using the Triple P System of Intervention to Prevent Behavioural Problems in Children and Adolescents. Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents Prevention and Treatment. John Wiley & Sons Ltd. 2004; 490-516.
100. Kaufman, J., Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:980-988. .
101. Gökler, B., Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11:109-16.
102. Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrossini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) (for children 4-16 years of age). Psychopharmacol Bull.1985;21:747-748
103. Guy W. Clinical Global Impression (CGI). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health, Rockville, MD.1976.
104. Dupaul G, Anastopoulos A, Power T ve ark. ADHD Rating Scale IV: Checklists, norms and clinical interpretation. 1998; New York: Guilford
105. Schafer ES, Bell RQ (1958) Development of a parental attitude research instrument. Child Dev 29:339-61
106. Oner N (1996) Türkiyede Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, 2. Basım. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul
107. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster Family Assessment Device. J Marital Fam Ther 9: 171-180
108. Goodman R, The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden Journal of Child Psychology and Psychiatry 1999;40(5):791-799.
109. Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries European Child and Adolescent Psychiatry 2004;(suppl 2)13:32-39.
110. Marzocchi GM, Capron C, Di Pietro M. The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Southern European countries European Child and Adolescent Psychiatry 2004;(suppl 2) 13:40-46.

111. Woerner W, Fleitlich-Bilyk B, Martinussen R, ve ark. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas:Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe European Child and Adolescent Psychiatry 2004;(suppl 2) 13:47-54.
112. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve Güçlükler Anketi ergen formunun Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 15. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Poster Bildiri, İstanbul, 2004.
113. Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B ve ark (1999) Dopamine D4 gene 7 repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry, 156 (5), 768-770.
114. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. (2007) Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. Ambulatory Pediatrics, 73-81.
115. Faraone, S. V., Biederman, J., Chen, W. J. ve ark (1995). Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. J Abnorm Psychol, 104 (2), 334-345.
116. Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Schwartz ve ark (1994) Parent and teacher ratings of attentiondeficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. J Dev Behav Pediatr, 15 (2), 86-91.
117. Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36 (8), 1065-1079.
118. Spencer TJ. (2006) ADHD and comorbidity in childhood. Journal of Clinical Psychiatry 67(Suppl 8): 27-31. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. (2007) Attentiondeficit/ hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. Ambulatory Pediatrics, 73-81.
119. Martin AJ. Sanders MR. Balancing Work and Family: A Controlled Evaluation of the Triple P- Positive Parenting Program as a Work-Site Intervention. Child and Adolescent Mental Health 2003; 8 (4): 161-169.
120. Sanders MR, Montgomery DT, Brechman-Toussaint ML. The Mass Media And The Prevention of Child Behavior Problems: The Evaluation of A Television Series To Promote Positive Outcomes For Parents And Their Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2000; 41 (7): 939-948.
121. Sanders MR, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer S, Bidwell K. Every Family: A Population Approach To Reducing Behavioral And Emotional

- Problems In Children Making The Transition To School. *Journal of Primary Prevention* 2008; 29: 197-222.
122. Martin AJ, Sanders MR. Balancing Work and Family: A Controlled Evaluation of the Triple P- Positive Parenting Program as a Work-Site Intervention. *Child and Adolescent Mental Health* 2003; 8 (4): 161-169.
123. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak R, Lau J. An Outcome Evaluation of The Implementation of The Triple P- Positive Parenting Program In Hong Kong. *Family Process* 2003; 42 (4): 531-544.
124. Turner KMT, Richards M, Sanders MR. Randomised Clinical Trial of A Group Parent Education Programme For Australian Indigenous Families. *Journal of Pediatrics And Child Health* 2007; 43: 429–437
125. Bor W, Sanders MR, Markie Dadds C. The effects of the Tripple P-positive parenting programme on preschool children with co-occurring disruptive behaviour and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002;68(4):624–40.
126. Fallone GP. *Treatment for Maternal Distress as an Adjunct to Parent-Training for Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. Memphis TN: University of Memphis, 1998.
127. Van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;46(10):1263–71.
128. Salbach H, Lenz K, Huss M, Vogel R, Felsing D, Lehmuke U. Treatment effects of parent management training for ADHD [Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder [German]]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2005;33 (1):59–68
129. Kevin M. Antshel, Stephen V. Faraone and Michael Gordon (2012) Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD, *Journal of Attention Disorders* 2012 SAGE Publications Reprints and permission: [sagepub.com/journalsPermissions.navhttp://jad.sagepub.com](http://jad.sagepub.com)
130. Edmund J. S. Sonuga-Barke et al *British Journal of Clinical Psychology* (2004), 43, 449–457 Parent training for Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: Is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care?

131. Fiona E. Hoath and Matthew R. Sanders (2002) A Feasibility Study of Enhanced Group Triple P - Positive Parenting Program for Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Behavior Change* (2002) Volume 19(4), pp. 191-206  
1. The University of Queensland, Australia
132. Mikami AY, Jack A, Emeh CC, Stephens HF. Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Relationships between parent behaviors and child peer status. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2010;**38**(6):721–36.
133. Christopher J. Kratochvil, John H. Heiligenstein, Ralf Dittmann, Thomas J. Joseph Biederman, Joachim Wernicke, Jeffrey H. Newcorn, Charles Casat, Denái Milton David Michelson. (2002) Atomoxetine and Methylphenidate Treatment in Children With ADHD: A Prospective, Randomized, Open-Label Trial. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
134. David Michelson, Albert J. Allen, Joan Busner, Charles Casat, David Dunn, Christopher Kratochvil, Jeffrey Newcorn, F. Randy Sallee, R. Bart Sangal, Keith Saylor, Scott West, Douglas Kelsey, Joachim Wernicke, Nancy J. Trapp, Donald Harder. Once-Daily Atomoxetine Treatment for Children and Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Study *Am J Psychiatry* 159:11, November 2002 )
135. Huei-Lin Huang, Chia-Chen Chao, Chuan-Ching Tu, Pin-Chen Yang, Behavioral Parent Training For Taiwanese Parents Of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *Psychiatry And Clinical Neurosciences*(2003),57, 275–281).
136. *The parenting scale* Arnold DS, O'leary SG, Wolff LS, Acker MM. The Parenting Scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychol Assess* 1993; 5: 137-144,
137. *Parent problem checklist* Dadds MR, Powell MB. The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 19: 553-567.
138. Fatemeh Moharreri, Zahra Shahrivar, Mahdi Tehrani-doost, Javad Mahmoudi-Gharaei. (2008) Efficacy of the Positive Parenting Program (Triple P) for Parents of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, *Iran J Psychiatry*; 3:59-63
139. Lehner-Dua LL. The Effectiveness of Russell A Barkley's Parent Training Program on Parents with School-Aged Children who have ADHD on their Perceived Severity of ADHD, Stress, and Sense of Competence (PhD dissertation). Hempstead, NY: Hofstra University, 2001.

140. *Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. J Marital Fam Ther 1983; 9:171-180.*
141. *Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El Kitabı. Ankara, Özgüneliş Matbaası, 1990.*
142. Özyurt G., Gencer Ö. Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi'nin Anksiyete Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Arası Çocuklarda Ve Ebeveynlerinde Anksiyete Düzeyi Ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Randomize Kontrollü Bir Çalışma (2013), Yayınlanmamış Tez Çalışması
143. Fiona E. Hoath and Matthew R. Sanders (2002) A Feasibility Study of Enhanced Group Triple P - Positive Parenting Program for Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Behavior Change (2002) Volume 19(4), pp. 191-206  
1. The University of Queensland, Australia)
144. Lee Traecy, Gail Tripp, Amanda Baird (2005), Parenteral Stress Management Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Behavior Therapy 36,223-233.

# **EKLER**

## SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**ADINIZ-SOYADINIZ :**

**YAŞINIZ :**

**ADRESİNİZ:**

**TELEFON NUMARANIZ:**

**AİLE İLE İLGİLİ BİLGİLER:**

**ÇOCUĞUNUZUN İSMİ:**

**ÇOCUĞUNUZUN CİNSİYETİ:** ( ) Kız ( )

**Erkek ÇOCUĞUNUZUN DOĞUM TARİHİ:**

**ÇOCUĞUNUZA OLAN YAKINLIĞINIZ:** 1- Anne (Öz veya evlat edinilmiş)

2- Üvey anne

3- Koruyucu anne

4- Diğer (lütfen açıklayınız)

5- Baba (Öz veya evlat edinilmiş)

6- Üvey baba

7- Koruyucu baba

8- Diğer (lütfen açıklayınız)

**MEDENİ DURUMUNUZ:**

1-Evli

2-Boşanmış

3-Ayrı yaşama

4-Eşinin vefat etmiş olması

5-Diğer: belirtiniz.....

**KARDEŞ SAYISI :**

1-kardeş yok

2-1 kardeş var

3-2 kardeş var

4-3 kardeş ve üstü

**AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU :** 1- 2 3 4 5 ve üstü

**AİLENİN YAPISI:**

1- Çekirdek aile (anne-baba-çocuk/lar)

2- Geniş aile (anneanne, babaanne ve dede)

3- Boşanma

4- Ayrılma

5- Ölüm

**ANNENİN DOĞUM SIRASINDAKİ YAŞI :** 1- 16 yaş altı

2- 16-18 arası

3- 18-25 arası

4- 25-35 arası

5- 35-40 arası

6- 40 yaş üstü

- ANNENİN ÖĞRENİM DURUMU:**
- 1- Okur yazar değil
  - 2 -Okur yazar
  - 3- İlkokul mezunu
  - 4- Ortaokul mezunu
  - 5- Lise mezunu
  - 6- Yüksekokul veya üniversite mezunu
  - 7- Diğer: belirtiniz

- ANNENİN MESLEĞİ :**
- 1- İşsiz
  - 2- Memur
  - 3- İşçi
  - 4- Emekli
  - 5- Diğer (lütfen açıklayınız)

- BABANIN ÖĞRENİM DURUMU:**
- 1- Okur yazar değil
  - 2 -Okur yazar
  - 3- İlkokul mezunu
  - 4- Ortaokul mezunu
  - 5- Lise mezunu
  - 6- Yüksekokul veya üniversite mezunu
  - 7- Diğer: belirtiniz

- BABANIN MESLEĞİ :**
- 1- İşsiz
  - 2- Memur
  - 3-İşçi
  - 4-Emekli
  - 5-Diğer (lütfen açıklayınız)

- ANNE -BABANIN BİRLİKTELİK DURUMU :**
- 1- Evli ve beraber
  2. Evli ve ayrı yaşayan
  - 3- Boşanmışlar veya ayrı oturuyorlar
  - 4- Anne yada babadan biri ölmüş

- AİLENİN GELİR DURUMU:**
- 1-Çok düşük
  - 2-Düşük
  - 3-Orta
  - 4-Yüksek



5-Çok yüksek

**1.DERECE (A-B VEYA KARDEŞ) AİLEDE TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ :**

1- Var ( yalnız kronik bir hastalık- sürekli ilaç kullanım veya ara ara hastaneye yatış) kimde nasıl hastalık?

2- Yok

**1. DERECE(Ç'UN A-B VEYA KARDEŞ) AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ :**

1- Var ( şu anda ilaç veya tedaviye ihtiyacı olan) Kimde ve Nasıl bir hastalık?

2- Yok

**OKUL BAŞARISI :**

1- Pekiyi

( KARNEDEKİ SON DÖNEM)

2- İyi

3- Orta

4- Ortanın altı

5- Zayıf

**AKRAN İLİŞKİSİ :** 1-İyi, yeterli sayıda arkadaş (En az iki yakın veya yalnızca bir yakın arkadaş

2- Yakın arkadaş tariflenmiyor.

**GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ****AB 4-16**

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı: .....

Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	<b>Doğru Değil</b>	<b>Kısmen Doğru</b>	<b>Kesinlikle Doğru</b>
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınıır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır  Evet Biraz  Evet, Oldukça Ciddi  Evet, Çok Ciddi

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az  1- 5 ay  5- 12 ay  Bir yıldan fazla

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır  Biraz  Oldukça Fazla  Çok Fazla

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır  Biraz  Oldukça Fazla  Çok Fazla

Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akranları ile ilişkisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır  Biraz  Oldukça Fazla  Çok Fazla

İmza:

Tarih:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ - HASTALIK ŞİDDETİ  
(CGI-S)

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil "
2. Hastalık sınırında "
3. Hafif düzeyde hasta "
4. Orta düzeyde hasta "
5. Belirgin düzeyde hasta "
6. Ağır hasta "
7. Çok ağır hasta "

### ADHD RATING SCALE-IV: PARENT VERSION-INVESTIGATOR SCORED (TR)

Lukard, G.J., Power T.J., Anastopoulos A.D., Reid R. (1998). ADHD Rating Scale - IV: Checklist, Norms, and Clinical Interpretations. New York: The Guilford Press.

Son 1 hafta içinde çocuğun davranışını en iyi biçimde tanımlayan seçeneği seçiniz.

	Hiçbir zaman veya Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok sıklıkla
1. Dikkatini ayrıntılara veremez; veya okul ödevlerinde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Elleri, ayakları kıpır kıpırdır; veya oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	0	1	2	3
3. Ödev veya oyunlarda dikkatini sürdürmede zorlanır.	0	1	2	3
4. Sınıfta veya oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır.	0	1	2	3
5. Doğrudan kendisine konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
6. Uygun olmayan durumlarda, aşırı biçimde koşuşturup durur veya tırmanır.	0	1	2	3
7. Kendisinden istenenleri tamamlayamaz. Ödevlerini bitirmede başarısızdır.	0	1	2	3
8. Oyun oynarken zorlanır veya boş zaman etkinliklerini sakin biçimde geçirmekte zorlanır.	0	1	2	3
9. Görevlerini ve etkinliklerini planlamada zorlanır.	0	1	2	3
10. Hareket halindedir veya bir motor tarafından idare ediyormuş gibi davranır.	0	1	2	3
11. Sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (örn. ev ödevleri, okul ödevleri gibi) kaçınır.	0	1	2	3
12. Çok konuşur.	0	1	2	3
13. Ödevleri veya etkinlikleri için gerekli şeyleri kaybeder.	0	1	2	3
14. Soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.	0	1	2	3
15. Dikkati kolaylıkla dağılır.	0	1	2	3
16. Sırasını beklemekte zorlanır.	0	1	2	3
17. Günlük etkinliklerinde unuttandır.	0	1	2	3
18. Başkalarının sözünü keser veya yaptıklarına müdahale eder.	0	1	2	3

VİZİT:

Değerlendiren:

Tarih:

## AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ \*

(PARI)

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok uygun buluyorum	Oldukça uygun buluyorum	Biraz uygun buluyorum	Hiç uygun bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için bütün soruların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1. Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır. 4 3 2 1
2. Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar. 4 3 2 1
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse kendisi için o kadar iyi olur. 4 3 2 1
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır. 4 3 2 1
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir. 4 3 2 1
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir. 4 3 2 1
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki, zamanını boşa geçirmesi affedilemez. 4 3 2 1
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler. 4 3 2 1
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır. 4 3 2 1

10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar. 4 3 2 1
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir. 4 3 2 1
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır. 4 3 2 1
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur. 4 3 2 1
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir. 4 3 2 1
15. Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler. 4 3 2 1
16. Bütün genç anneler, bebek bakımından beceriksiz olacaklarından korkarlar. 4 3 2 1
17. Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa, hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur. 4 3 2 1
18. Anne babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır. 4 3 2 1
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi. 4 3 2 1
20. Bir çocuğa ne olursa olsun doğuşmaktan kaçınması gerektiği öğretilmelidir. 4 3 2 1
21. Çocuklar bencil olduklarında hep bir şeyler istediklerinde, annelerinin tepsinin atması çok normaldir. 4 3 2 1
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır. 4 3 2 1
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar. 4 3 2 1
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder. 4 3 2 1
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır. 4 3 2 1
26. Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır. 4 3 2 1
27. Uyanık bir anne-baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır. 4 3 2 1

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 28. Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar.  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30. Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kapılır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32. Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33. Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı.  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir.                                       | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde doğuşme yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.                                       | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 40. Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemezler.  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.               | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 43. Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir.   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44. Çocukların sorunlarına eğlirseniz sizi oyalamak için birçok masal uydururlar.  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 45. Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler.  | 4 | 3 | 2 | 1 |



46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar. 4 3 2 1
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasınkinden daha üstün akıla sahip olamayacağını öğrenir. 4 3 2 1
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de bu, babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur. 4 3 2 1
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz. 4 3 2 1
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz. 4 3 2 1
51. Anne babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler. 4 3 2 1
52. Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar. 4 3 2 1
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması lazımdır. 4 3 2 1
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir. 4 3 2 1
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir. 4 3 2 1
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder. 4 3 2 1
57. Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakımalıdırlar. 4 3 2 1
58. Çocuklar ahlında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar. 4 3 2 1
59. Çocukların toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar. 4 3 2 1
60. Anne babaya sadakat herşeyden önce gelir. 4 3 2 1

---

\* Kısaltılmış deneysel (PARI) formu, Güney LeCompte, Hacettepe Üniversitesi, 1978.

## AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:** İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*) Her cümle için yanlarında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	( )	( )	( )	( )
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	( )	( )	( )	( )
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	( )	( )	( )	( )
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	( )	( )	( )	( )
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	( )	( )	( )	( )
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	( )	( )	( )	( )
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	( )	( )	( )	( )
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	( )	( )	( )	( )
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	( )	( )	( )	( )
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	( )	( )	( )	( )
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	( )	( )	( )	( )
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne	( )	( )	( )	( )

hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	( )	( )	( )	( )
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	( )	( )	( )	( )
17.Evde herkes başına buyruktur.	( )	( )	( )	( )
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	( )	( )	( )	( )
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	( )	( )	( )	( )
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	( )	( )	( )	( )
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.	( )	( )	( )	( )
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	( )	( )	( )	( )
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	( )	( )	( )	( )
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	( )	( )	( )	( )
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	( )	( )	( )	( )
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	( )	( )	( )	( )
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	( )	( )	( )	( )
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	( )	( )	( )	( )
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	( )	( )	( )	( )
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	( )	( )	( )	( )
<b>CÜMLELER:</b>	<b>Aynen Katılıyorum</b>	<b>Büyük Ölçüde Katılıyorum</b>	<b>Biraz Katılıyorum</b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	( )	( )	( )	( )
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	( )	( )	( )	( )
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	( )	( )	( )	( )
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	( )	( )	( )	( )
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	( )	( )	( )	( )

37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	( )	( )	( )	( )
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	( )	( )	( )	( )
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağı hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	( )	( )	( )	( )
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	( )	( )	( )	( )
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	( )	( )	( )	( )
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	( )	( )	( )	( )
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	( )	( )	( )	( )
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	( )	( )	( )	( )
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	( )	( )	( )	( )
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	( )	( )	( )	( )
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	( )	( )	( )	( )
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	( )	( )	( )	( )
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	( )	( )	( )	( )
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	( )	( )	( )	( )
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	( )	( )	( )	( )
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	( )	( )	( )	( )
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	( )	( )	( )	( )
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	( )	( )	( )	( )
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	( )	( )	( )	( )
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük	( )	( )	( )	( )

çekiyoruz.				
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	( )	( )	( )	( )
60.Probleminizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	( )	( )	( )	( )

Değerlendirme:

Aynen katılıyorum : bir( 1) puan

Büyük ölçüde katılıyorum : iki (2) puan

Biraz katılıyorum : üç (3) puan

Hiç katılmıyorum : dört (4) puan

Problem çözme	2-	12-	24-	38-	50-	60-							.../6=
İletişim	3-	14*-	18-	22*-	29-	35*-	43-	52*-	59-				.../9=
Roller	4*-	8*-	10-	15*-	23-	30-	34*-	40-	45*-	53*-	58*-		../11=
Duygusal tepki verebilme	9*-	19*-	28*-	39*-	49-	57-							.../6=
Gereken ilgiyi gösterme	5*-	13*-	25-	33*-	37*-	42*-	54*-						.../7=
Davranış kontrolü	7*-	17-	20-	27*-	32-	44*-	47*-	48*-	55-				.../9=
Genel işlevler	1*-	6-	11*-	16-	21*-	26-	31*-	36-	41*-	46-	51*-	56-	../12=

Yıldız (\*) işaretli sorular ters olup puanlaması ters yani dört, üç, iki, bir ,(4,3,2,1) şeklinde olmaktadır.

Aile değerlendirme ölçeğini el kitabı , Ankara 1990 öz güzel iş matbaası, doç dr. Işıl Bulut

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 314

06.05.2013

Sayın Prof.Dr.Aynur AKAY

Kurulunuz tarafından 02.05.2013 tarih ve 983-GOA protokol numaralı 2013/16-13 karar numarası ile görüşülen "Triple P(Üç P)- Olumlu Anne-Babalık Eğitiminin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 7-12 Yaş Arası Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Prospektif Bir Çalışma" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL  
Başkan



Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE  
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	983 -GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Triple P(Üç P)- Olumlu Annebabalık Eğitiminin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 7-12 Yaş Arası Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Prospektif Bir Çalışma
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Aynur AKAY Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/16-13	Tarih: 02.05.2013
	Prof.Dr.Aynur AKAY'ın sorumlusu olduğu "Triple P(Üç P)- Olumlu Anne-Babalık Eğitiminin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 7-12 Yaş Arası Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Prospektif Bir Çalışma" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

**ETİK KURUL BİLGİLERİ**

<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------	---

**ETİK KURUL ÜYELERİ**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Psikiyatri Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Işıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	