

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

**FARKLI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE SAHİP OLAN
AİLELERİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU (DEHB) OLAN ÇOCUKLARA İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

FUNDA ASLAN

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2013**

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

**FARKLI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE SAHİP OLAN
AİLELERİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
(DEHB) OLAN ÇOCUKLARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

FUNDA ASLAN

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof Dr. Gülümser KUBLAY**

ANKARA

2013

Anabilim Dalı :Halk Sağlığı Hemşireliği
 Program :Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Başlığı :Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan
 Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)
 Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Öğrenci Adı-Soyadı :Funda ASLAN

Savunma Sınavı Tarihi :10.09.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: **Prof.Dr. Fatma ÖZ**
 Hacettepe Üniversitesi

Tez danışmanı: **Prof. Dr. Gülümser KUBLAY**
 Hacettepe Üniversitesi


Üye: **Prof.Dr. Oya Nuran EMİROĞLU**
 Hacettepe Üniversitesi

Üye: **Yard. Doç.Dr. Nuriye YILDIRIM**
 Hacettepe Üniversitesi

Üye: **Öğr. Gör. Handan BOZTEPE**
 Hacettepe Üniversitesi

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.


 (İmza)

Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU
 Müdür Y.

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Gülümser KUBLAY çalışmanın planması, yürütülmesi süresince bana rehberlik etmiş, bilgi ve deneyimi ile yol göstermiştir.

Sayın Prof.Dr. Oya Nuran Emiroğlu, tez sürecinde değerli katkılar sağlamıştır.

Bademlidere, Boztepe ve Bilkent İlköğretim Okullarındaki değerli öğretmenler ve çalışanlara araştırmanın gerçekleşmesi sürecinde işbirlikleri için,

Araştırmaya katılan ebeveynlere, uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağladıkları için ve bu süreçte yardımları ile yanımda olan Sevil Çınar'a,

Eğitim hayatım ve tez çalışmalarım süresince sonsuz destek verdikleri için,annem, babam ve kardeşime

Tez çalışmalarım süresince sevgi ve anlayışı ile en büyük destekçim olan eşime ve geniş aileme teşekkür ederim.

ÖZET

Aslan, F., Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

Araştırma, farklı sosyodemografik özelliklere sahip olan ailelerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklara ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Çankaya İlçesine bağlı düşük–orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyde yer alan mahallelerde bulunan üç ilkokulun 1., 2., 3. ve 4. Sınıflarında öğretim gören 236 öğrencinin ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırmacı tarafından hazırlanan veri formu demografik sorularının yer aldığı birinci bölüm ve DEHB ile ilgili temel bilgi düzeyi, bilgilenme durumu, bozukluğun tanımı ve tedavisi ile ilgili genel değerlendirme sorularının yer aldığı ikinci bölüm olmak üzere toplam iki bölümden oluşmaktadır. Verilerin değerlendirmesinde sayı, yüzdeler ve okullara göre DEHB ile ilgili yapılan tanımlamaların farklı olup olmadığını belirlemek için Ki Kare testi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; çalışmaya katılanların genel toplamda %69,4'ünün DEHB ile ilgili önceden bilgisi olduğu ve DEHB ile ilgili önceden öğrenilen bilgi bulunması bakımından okullar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.01$) ve bu farkın diğer okullara göre daha az bir orana sahip Boztepe İ.O.'dan kaynaklandığı bulunmuştur. Bu bilgiye en çok ulaşılan kaynak ise “televizyon, internet ve kitaplar” olarak bulunmuştur. Genel toplamda ebeveynlerin %33,5'inin çevresinde DEHB tanısı almış biri olduğu ve bu kişinin yakınlık derecesinin ebeveynler tarafından çoğunlukla “komşu veya arkadaş çocuğu” olarak ifade edildiği bulunmuştur. DEHB ile ilgili karakteristik özelliklere ilişkin yapılan tanımlamalarda tüm okullarda ki ebeveynlerin doğru cevaplar verdikleri fakat okullar bazında ebeveynlerin çoğunluğunun DEHB'nun ne olduğu, tedavi edilmesi ve tedavi yöntemlerine ilişkin yanlış yada yetersiz bilgiye sahip oldukları bulunmuş; yapılan tanımlamalar açısından okullar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, sosyo ekonomik durum farkı gözetmeksizin tüm okullarda özellikle DEHB ile ilgili okul temelli eğitimlerin planlanması, ailelerin doğru bilgilendirilmesi ve doğru kaynaklara yönlendirilmesi; beraberinde diğer ruhsal bozukluklara karşı dağalamanın engellenmesi için okul sağlığı kapsamında toplum temelli eğitimlerin gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: DEHB, Bilgi Düzeyi, Ebeveynler, Okul Sağlığı, Hemşirelik

ABSTRACT

Aslan F., Determining the awareness level of parents from different socio-economic levels regarding the Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) bearing children, Master of Science Thesis, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Public Health Nursing Program, Ankara, 2013. This research was made with the purpose of determining the level of knowledge parents from different socio-economic levels regarding the Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) bearing children.

The samples of the research was the parents of 236 students, studying in three primary schools conducting the first level of primary education, (1st, 2nd, 3rd, 4th years) resident in one of the metropolitan District of Ankara, Çankaya from three different socioeconomic level identified as low-medium-high. A survey which was prepared by researcher was planned in two sections in which questions of demography first and questions regarding the level of basic knowledge of ADHD, status of information, general considerations of definition and cure of the disorder as second. During the evaluation of the data considering numbers, percentages and schools Chi-Square Test was used in order to detect the difference of definitions made by parents. According to the findings of the research 69.4 % of the parents have priority information about ADHD. Considering having the priority information regarding the ADHD a statistical significant difference was detected ($p < 0.01$) and this difference was originated from Boztepe Primary School which has a lower ratio. The most common source for this information was found and TV, web and books. In total around 33.5% of the parents, there is a ADHD diagnosed child and the degree of this person is occasionally detected as “child of neighbor/friend”. Considering level of information about ADHD it was detected that most of the parents has enough information about the characteristic properties of ADHD as it was expected however regarding the definition, diagnosis and curing methods of ADHD parents have inadequate or wrong information. In terms of stated definitions it was detected that there is no significant difference between schools. Considering the findings of the research, regardless of socioeconomic level it is suggested that school based training programs should be planned and the families should be accurately informed and directed to correct sources. Furthermore public based training programs should be planned in order to break the resistance to other psychological disorders and prevention of stigma

Keywords: ADHD, Levels of Knowledge, Parents, School Health, Nursing

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGE VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Nedir?	6
2.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tarihçesi	6
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Prevelansı	7
2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etyolojisi	8
2.3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Nedenleri	8
2.3.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Çevresel Nedenleri	9
2.3.3. DEHB Etyolojisinde Katkısal – Etkileşim Modeli	9
2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanı ve Tedavisi	11
2.4.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Tanı Yöntemleri	11
2.4.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi	15
2.5. Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna İlişkin Bilgi Düzeyleri	17
2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Okul Sağlığı Hemşireliği	18
3. BİREYLER VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Şekli	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	21
3.3.1. Araştırmanın Evreni	21
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme	21

3.4. Verilerin Toplanması	23
3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	23
3.4.2. Ön Uygulama	23
3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	24
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.4.5. Araştırmanın sınırlılıkları	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
KAYNAKÇA	53
Ek 1. Anket Formu	65
Ek 2. Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı	69
Ek 3. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı	70

SİMGE VE KISALTMALAR

APA: American Psychiatric Association

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostig Statistical Manual of Mental Disorders

P: Anlamlılık Düzeyi

SD: Serbestlik Derecesi

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 0-1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Dinamik Geliştirici Teorisi	10
Şekil 0-2. DEHB'nda Tanıma ve Müdahale süreci [Sciutto, M., Feldhamer, E. 2005]	17

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Okullara Göre Dağılımı	26
Tablo 4.2. Ebeveynlerin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları, Bilgi Kaynakları ve Çevrelerinde DEHB tanısı almış birinin olma durumu ve var ise yakınlık derecesinin Okullara Göre Dağılımı	28
Tablo 4.3. Ebeveynlerin, DEHB'na ve DEHB Tanısı Almış Çocukların Fiziksel Görünüşlerine İlişkin Tanımlamaları	30
Tablo 4.4. Ebeveynlerin, DEHB'nun Nedenine İlişkin Tanımlamaları	32
Tablo 4.5. Ebeveynlerin, DEHB'nun Semptomlarının Görülme Yaşına İlişkin Tanımlamaları	34
Tablo 4.6. Ebeveynlerin, Hastalığın Belirtilerinin Görülebileceği Yerler ve Bu Tanıyı Almış Çocukların Günlük Yaşamlarına İlişkin Tanımlamaları	37
Tablo 4.7. Ebeveynlerin, DEHB Tanısı Alan Çocukların Tedaviye İhtiyaçlarının Olma Durumuna ve Bildikleri Tedavi Yöntemlerine İlişkin Tanımlamaları	39

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

İnsan gelişimi denildiğinde; döllemeden başlayarak, yaşamın sonuna kadar yer alan süreç anlaşılmaktadır. Birinci çocukluk dönemi (1-6) yaş dönemi içinde başlayan fiziksel, mental ve sosyal gelişim ikinci çocukluk dönemi olarak adlandırılan (6 -12) yaş içerisinde devam eder. Bu dönem aynı zamanda çocukların sosyal iletişimlerini için gerekli tüm girişimleri içeren, okul hayatının başlaması ile uyarıların arttığı, uyum sorunlarının ve davranış bozukluklarının ortaya çıktığı bir zaman dilimidir. Bu gelişim dönemleri çocuğun, düşünmeyi, hissetmeyi, başkaları ile iletişim kurmayı öğrendiği; hep ileriye giden ve bir sonraki basamağı şekillendiren bir değişim sürecidir [20,94]. Gelişim süreci ise birbirini etkileyen dört alanda (zihinsel, sosyal, duygusal ve fiziksel) ömür boyu devam eden bir süreçte gerçekleşmektedir. Bu değişim süreci içinde insan gelişiminin en önemli boyutu olan ruh sağlığının gelişiminin desteklenmesi hem bireyin fiziksel ve sosyal gelişiminin ayrılmaz bir parçası hem de bireyin toplumsallaşmasında önemli bir unsurdur.

Çocuk ve ergen ruh sağlığının ilgi alanı yaşamın sadece ilk 18 yılını kapsamasına rağmen, bu zaman dilimi, Erickson'un ruhsal-toplumsal kuramındaki sekiz evrenin beşini, klasik psikoanalitik kuramın ise tüm evrelerini içermektedir. Bu nedenle, çocukluk döneminde başlayan ruhsal sorunların etkilerinin sadece çocukluk ve ergenlik dönemiyle sınırlı olmadığı, erişkin dönemde de devam eden etkilerinin olduğu günümüzde artık daha çok kabul gören bir anlayıştır [23] Dünya'da ki duruma bakıldığında ise; toplum ruh sağlığının çok gündemde olmadığı ve dikkate alınmadığı fakat bütüncül yaklaşımın kabul görmeye başlaması ile daha çok dikkat çekmeye başladığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2007 yılında yayınlanan "Dünya Akıl Sağlığı" raporunda [91] Dünya'da yetişkin ya da çocuk her beş kişiden birinin yardım almasını gerektiren akıl hastalığı ya da psikolojik sorunlarla karşı karşıya kaldığını ortaya koymaktadır. Yine aynı raporda Dünya Sağlık Örgütü; Dünya genelinde çocuk ve adölesanların 20'sinin ruhsal bir rahatsızlığa sahip olduğuna dikkat çekmiştir. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırma" sonuçlarına göre ise; 3.889 hanede 16.550 kişi ile yapılan çalışma genel olarak çocuk ve gençlerin %11'inin sorunlu davranışlarının olduğunu, 18 yaş ve üstü

nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığının %17,2 olduğunu göstermektedir [27]. Bu önemli oranları ve DSÖ'nün raporunda da belirttiği gibi her beş kişiden birini oluşturan

Çocukluk döneminde görülen çeşitli ruh sağlığı problemleri oranlarına bakıldığında; The National Institute of Mental Health [53] verilerine göre: Amerikada 8 ile 15 yaş arası çocuk ve ergenlerin %4'ün de depresyon, %7'sinde anksiyete bozukluğu ve %8,7 gibi büyük bir oranda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir. Türkiye'de ki duruma bakıldığında toplum örneklemin genelini yansıtan özellikli bir çalışma yoktur. Akdemir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada [2] en sık tanı alan çocukluk dönemi ruh sağlığı problemleri arasında; erkek çocuklarda, %25,2 ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite ilk sırada, %10,3 ile duygu durum bozuklukları¹ ikinci sırada ve %2,4 ile konversiyon bozuklukları² üçüncü sırada yer almaktadır; kızlarda ise, %18.8 ile duygudurum bozuklukları ilk sırada, %10.4 ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ikinci sırada ve %6.6 ile konversiyon bozuklukları üçüncü sırada yer almaktadır. Bu oranlar Dünya ve Türkiye genelinde çocukluk döneminin en sık görülen ruh sağlığı problemlerinden bir tanesinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğunu göstermektedir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); Dikkat eksikliği, hareketlilik ve dürtüsellik ile kendini gösteren; bir dizi diğer bilişsel ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği nöropsikiyatrik bir bozukluktur [2]. Yapılan çalışmalar çocukluk döneminin en yaygın olarak görülen ruhsal bozukluğu olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların sayısının her geçen gün arttığını göstermektedir [1,8,36,59]. İlk defa DSM –III'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mental bir bozukluk olarak tanımlanmış olan, DEHB'nun nedeni tam olarak bilinmemekle beraber konu ile ilgili çok farklı görüşler mevcuttur. Yapılan araştırmalar, sorunun genetik, çevresel ve psikososyal nedenlerden kaynaklanabileceğine işaret etmektedir [2,9,19,56,57,70]. DEHB'nda tanı koymak ve uygun zamanda tedavisi için okul öncesi ve okul çağıının ilk yılları en kritik

¹ Duygu Durum Bozuklukları: Major Depresyon, Bipolar Duygudurum Bozukluğu.

² Konversiyon Bozuklukları: Çeşitli ruhsal sıkıntılar (üzüntü, korku, utanç, öfke) bedensel sorunlara (konuşamama, bayılma, felç, güçsüzlük, duyu kaybı vb) dönüşmesi

zamanlardır. Erken zamanda tanılanamayan ve tedavi edilemeyen çocuklar için hem içinde buldukları zaman dilimi içersinde yaşayacakları sıkıntılar hem de hastalığın kronikleşmesi durumu ve ileri yaşlarda ikincil sorunlar yaşama olasılıkları, DEHB'nun üzerinde önemle durulması ve dikkat çekilmesi gereken bir diğer boyutudur [75].

Çocukluk döneminde başlayan ruhsal sorunların etkilerinin sadece çocukluk ve ergenlik dönemiyle sınırlı olmadığı, erişkin dönemde de devam eden etkilerinin olduğu günümüzde artık daha çok kabul gören bir anlayıştır [23]. Genellikle çocukluk dönemi ve birazda olsa ergenlik dönemiyle sınırlı bir bozuklukmuş gibi algılanan DEHB aslında yaşam boyu yaygınlığının önemli düzeyde olması ve ilişkili bozukluklar sebebiyle majör bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir [12]. Çocukluk çağında % 5-10, erişkinlikte ise %4 oranında görüldüğü belirtilen DEHB ile ilgili bir çalışmada dört yıl boyunca izlenen 128 erkek çocukta DEHB belirtilerinin devam etme oranı %40 olarak bulunurken, DEHB ile ilgili uzun dönemli araştırmaların incelendiği bir meta analiz çalışmasında ise, DEHB belirtilerinin devam etme oranı %15 olarak bulmuştur [14]. Bu doğrultuda, DEHB bağlamında bakıldığı zaman, hastalığın sadece çocukluk dönemi ile sınırlı kalmayıp, ergenlik ve erişkinlik dönemine uzayan etkileri, hem birey ve çevresi hem de toplumsal boyutta riskli davranışları beraberinde getirmektedir. Çocukluk döneminde, sosyal becerileri daha zayıf olan, arkadaşlarıyla daha az grup oyunlarına katılan, diğer çocuklara ve günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlamakta zorlanan bu çocuklar uygun zamanda tedavi edilmedikleri takdirde çocukluk döneminde yaşadıkları bu sorunların daha kapsamlı ve riskli boyutlarını ergenlik ve yetişkinlik döneminde de yaşayabilirler. Yapılan çalışmalar da bu bireylerin, özellikle madde kullanımı başta olmak üzere, kaza ve suça yönelik davranışlar için daha riskli bir grup olduğunu göstermektedir [25]. Tüm bu bilgiler bireysel ve toplumsal boyutta önemli olan bu hastalığın erken dönemde belirlenebilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Fakat bunun gerçekleştirilebilmesi için; tanı ve tedavide kilit rolü olan ailelerin hastalığa bakışı ve bu hastalık ile ilgili ne bildiklerinin belirlenmesi en önemli adımlardan birini oluşturmaktadır.

Hızla değişen dünyada gelişimler, artan uyaranlar (video ve bilgisayar oyunları, televizyon, okul sanrası etkinlikler) ve birçok şeye ulaşımın kolay olması,

herşeyi çok çabuk tüketen yeni ve farklı bir nesili meydana getirmiştir. Değişen bu ortam bazen farklılaşan çocuk davranışlarının gizli kalmasına ve gözden kaçmasına neden olmaktadır. Özellikle aileler; DEHB'nu normal bir durum gibi algılayarak, bu sorunun en önemli belirtileri olan dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliği ‘*zamane çocuğu*’ ya da ‘*yaramaz*’ olarak nitelendirmekte, ‘*hareketli çocuk zeki çocuktur*’, ‘*enerjisi fazla geliyor bırakın istediğini yapsın*’, ‘*büyüyünce düzelir*’ gibi yanlış inanışlarla sorunun erken dönemde tanınmasının gecikmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, içinde bulunulan sosyoekonomik durum ve kültürel çevrenin DEHB ile ilgili tutumu ve konu ile ilgili sağlık hizmetlerine başvuru kararını etkilediği gözden kaçırılmamalıdır [15]. Bu kapsamda, Dünya genelinde ve Türkiye’de DEHB’na ilişkin olarak ailelerin bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik yapılmış olan çalışmaların sayısı çok azdır [68]. Amerika’da, toplumun DEHB’na ilişkin sahip oldukları bilgilerin neler olduğunu öğrenmek amacı ile yapılan çalışmada kişilerin sadece %64’ünün DEHB’nu önceden duydukları belirlenmiştir [50]. Türkiye’de ise konu ile ilgili sadece ailelerle yapılan bir çalışma yoktur. Aile ve öğretmenlerin DEHB ve otizm’e ilişkin sahip oldukları bilgilerin beraber değerlendirildiği bir çalışmada, ailelerin DEHB’na ilişkin bilgilerinin çoğunluğunun yanlış olduğu belirtilmiştir [40]. Litaratür incelendiğinde yapılan çalışmaların genel olarak öğretmenlerin konu ile bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik olduğu görülmektedir [45,54,88].

Sonuç olarak, DEHB ile ilgili ailelerin bilgi sahibi olmalarının çocuklarını eleştirel bir gözle izleyerek, hastalık ile ilgili belirtilerin erken dönemde tanınmasını ve çocuğun ruh sağlığında oluşabilecek daha ciddi zararların önlenmesini ve hastalığa karşı olan önyargının engellenmesini sağlamada en etkili basamaklardan biri olduğu bir gerçektir. Bu bağlamda, ailelerin bilgi düzeyini belirlemeye yönelik yapılacak olan bu çalışma ile farklı sosyo demografik özelliklere sahip olan ailelerin DEHB’na ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmektedir. Çalışmanın sonunda elde edilecek bu verilerin, başta okul sağlığı hemşireliği olmak üzere birinci basamakta hizmet veren sağlık personeli için ailelere DEHB ile ilgili verilecek olan toplum temelli sağlık eğitimleri için yol göstereci olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; farklı sosyodemografik özelliklere sahip olan ailelerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklara ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Bu çalışma ile;

1. Ailelerin DEHB'na ilişkin sahip oldukları bilgiler nelerdir?
2. Ailelerin DEHB ile ilgili tanımlamalarına ilişkin okullar arasında fark var mıdır?

sorularına cevap aranmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Nedir?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dürtüsellik, hiperaktivite ve dikkatsizlikle seyreden sosyal yaşamı, toplumsal ilişkileri ve iletişimi etkileyen, çocukluk çağının en sık karşılaşılan; ergenlik ve yetişkinlik döneminde de devam edebilen bir bozukluktur[11,79]. Dünya genelinde çocuklara en çok tanı konulan psikiyatrik bozukluk olan DEHB [81] diğer psikiyatrik bozukluklarla ve çeşitli tıbbi ve medikal sorunlarla (alerjik nörolojik hastalıklar, obezite, yeme bozuklukları, travmatik yaralanmalar vb. durumlarla) birlikte görülebilmektedir [3, 12]. Gelişim yaşına uymayan davranışsal bozuklukların görüldüğü DEHB’da çocukların sergiledikleri dikkatsizlik ile kastedilen; akranlarına göre dikkatlerini toplama ve sürdürmede güçlük yaşamalarını belirtirken diğer bir semptom olan dürtüsellik ve hiperaktivite ile kastedilen çocuğun hareketlerini kontrol etmede, yaşına uygun davranışlar göstermedeki yetersizlikleri ve düşünmeden yapılan hareketleri ifade eder [3,53].

2.1.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu’nunTarihçesi

DEHB bozukluğu ilk olarak Alexander Crichton tarafından ‘‘mental restlessness’’ (Zihinsel Huzursuzluk) olarak tanımlanmış fakat hastalığın hiperaktivite ve dürtüsellik boyutu vurgulanmamıştır [64]. 1809 yılında Alman bilim adamı Henrch Hofmann bu şekilde DEHB tanısı alan çocukların hikâyelerini içeren ‘‘Fidgety Philp’’ adında bir kitap ile bu çocukların fiziksel ve aile ilişkilerinde nasıl davranışlar sergilediğini anlatmaya çalışmıştır. 19. Yüzyılın başlarında DEHB’nu tarif eden Hoffmann’ın kitabı DEHB’nun daha iyi kavranmasını sağlamak için yaygın olarak kullanılan kaynaklardan birisi haline gelmiştir. Klinik incelemelerde ise hastalık ilk başlarda ‘‘Minimal Beyin Hasarı’’ ve ‘‘Minimal Beyin Disfonksiyonu’’ olarak tanımlanmıştır. 1917 -1922 yıllarında ortaya çıkan ensafalit salgını sonrasında, DEHB’na olan ilgi artmıştır. Çünkü bu salgında hastalanan kişilerde DEHB belirtilerine benzer bulgular saptanması bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklanabileceğini akla getirmiş, böylece hastalığın etyolojisine ilişkin ilk görüşler

oluşmaya başlamıştır. DEHB ile ilgili araştırmalar arttıkça DSM 'deki tanımı zaman içerisinde bu hastalık ile ilgili araştırmalar arttıkça değişmiştir. Bozukluk DSM II'de ilk kez (1968) çocukluk döneminin hiperkinetik reaksiyonu olarak tanımlanmış, DSM III'te ise dikkat eksikliği bozukluğu; hiperaktivite olan ve olmayan şeklinde iki alt gruba ayrılarak tanımlanmıştır. Fakat 1987'de hastalığın ana belirtileri “dikkat eksikliği”, “dürtüsellik” ve “hiperaktivite” olarak belirlenmiştir ve DSM-III-R'da DEHB olarak adlandırılmıştır [51]. DSM-IV'te DEHB'ü, yıkıcı davranım bozukluğu altına girmiş [52,87], DSM-V'te ise beyin gelişimi ile ilgili bir bozukluk olduğunu vurgulamak amacı ile “nörogelişimsel bozukluklar” sınıfına dahil edilmiştir [2].

2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Prevelansı

DEHB, sık görülen bir bozukluktur ancak yapılan çalışmalarda kullanılan farklı yöntem ve tanı koyma ölçütleri nedeni ile sıklık ve yaygınlık konusunda kesin bir görüş birliği yoktur. Erkeklerde sıklığı kızlardan fazla olup, bu oran (E/K) 3 – 5/1 arasındadır. Fakat bu fark, kızlarda DEHB'nun daha çok dikkatsizlik ve bilişsel zorluklarla kendini göstermesi bunun yanında dürtüsellik ve hiperaktif davranışların daha az olmasından kaynaklandığı bu nedenle de kızlarda var olan DEHB'nun gözden kaçtığı ya da önemsenmediğini düşündürmektedir [42].

DEHB'nun dünya genelinde yaygınlığı %8 ile %12 arasında değişmektedir [3,13]. Dünya genelinde yapılan toplum temelli çalışmaların bazılarında bakıldığında; Suudi Arabistan'da 2008 yılında DEHB'nun prevelansı %16,4 [39], Almanya'da 2003 ile 2006 yılları arasında erkeklerde DEHB sıklığı %7,9, kız çocuklarında %1,8 [44], Amiri ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları çalışmada DEHB'nun prevelansı %9 [4], İspanya'da DEHB ile ilgili epidemiyolojik araştırmaların incelendiği meta analiz çalışmasında, prevelansı %6,8 olarak bulunurken, Japonya'da ise 1993 ile 2003 yılları arasında DEHB tanısı almış çocukların oranının %6,8 olduğu belirtilmiştir [49].

Türkiye'de çocukluk dönemi ve ergenlik döneminde görülen ruhsal bozukluklar ilgili yapılan çalışmalarda, belirlenen toplum örnekleminde 4-18 yaş grubunda klinik düzeyde ruhsal problem görülme oranı, anne ve babalar tarafından %11,3 olarak bildirilmiştir [28]. Fakat yapılan çalışmalar içerisinde DEHB'nun

yağınlığını belirlemek amacı ile özellikli olarak yapılan çalışmalar yeterli değildir. Genellikle diğer ruhsal problemler belirlenmeye çalışılırken DEHB'na ilişkin elde edilen veriler mevcuttur. Bu örneklere baktığımız zaman DEHB'nun gerçekten küçümsenemeyecek kadar önemli ve toplumda en sık görülen ruhsal problemlerden biri olduğu görülmektedir. Aktepe ve arkadaşlarının [1] yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine başvuran 7-12 yaş grubundaki 763 olguyu geriye dönük olarak değerlendirdikleri çalışmada, erkeklerde %15,8 ile en çok tanı alınan DEHB'dur; kızlarda DEHB'u tanısı alma oranı ise %5,2 olarak bulunmuştur . Kocaeli ilindeki 3 kurumda kalan 34 çocuğun yaş ve cinsiyet açısından eşleştirildikleri toplum örneklemini ile karşılaştırıldıkları çalışmada ise DEHB nedeniyle tanı alma durumu % 41,2 olarak tespit edilmiştir [9]. Malatya'da 3002 ilkokul öğrencisi ile DEHB'nun yağınlığını belirlemek amacı ile yapılmış olan ön çalışmada DEHB'nun görülme oranı %9,5 olarak bulunmuştur [60]. İstanbul Ünivesitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastlıkları Kliniğine 2000–2001 yılları arasında başvuran 12–18 yaş arası bireylerin geriye dönük dosyalarının incelendiği çalışmada, DEHB'nun görülme oranı erkeklerde %3,61 olarak bulunmuştur [37].

2.3.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etyolojisi

Dikkat Eksikliği ve Hiperkativite Bozukluğu nedeni bilinmeyen çok nedenli bir bozukluktur. Bozukluğun oluşumunda hem organik hemde sosyal nedenlerin olabileceği üzerinde durulmuştur. [6, 18].

2.3.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Nedenleri

DEHB'nun semptomları genetik etkenlerin oldukça güçlü olduğunu göstermektedir, [20,58,81]. DEHB olan çocukların birinci derecede kan bağı olan akrabalarında da bu bozukluğun sık görüldüğü bulunmuştur. Monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha fazla eş hastalanma olması ya da hiperaktif çocukların kardeşlerinin genel topluma göre iki kat daha fazla riskli olması genetik kanıtların varlığını göstermesi açısından önemlidir [12,13,27].

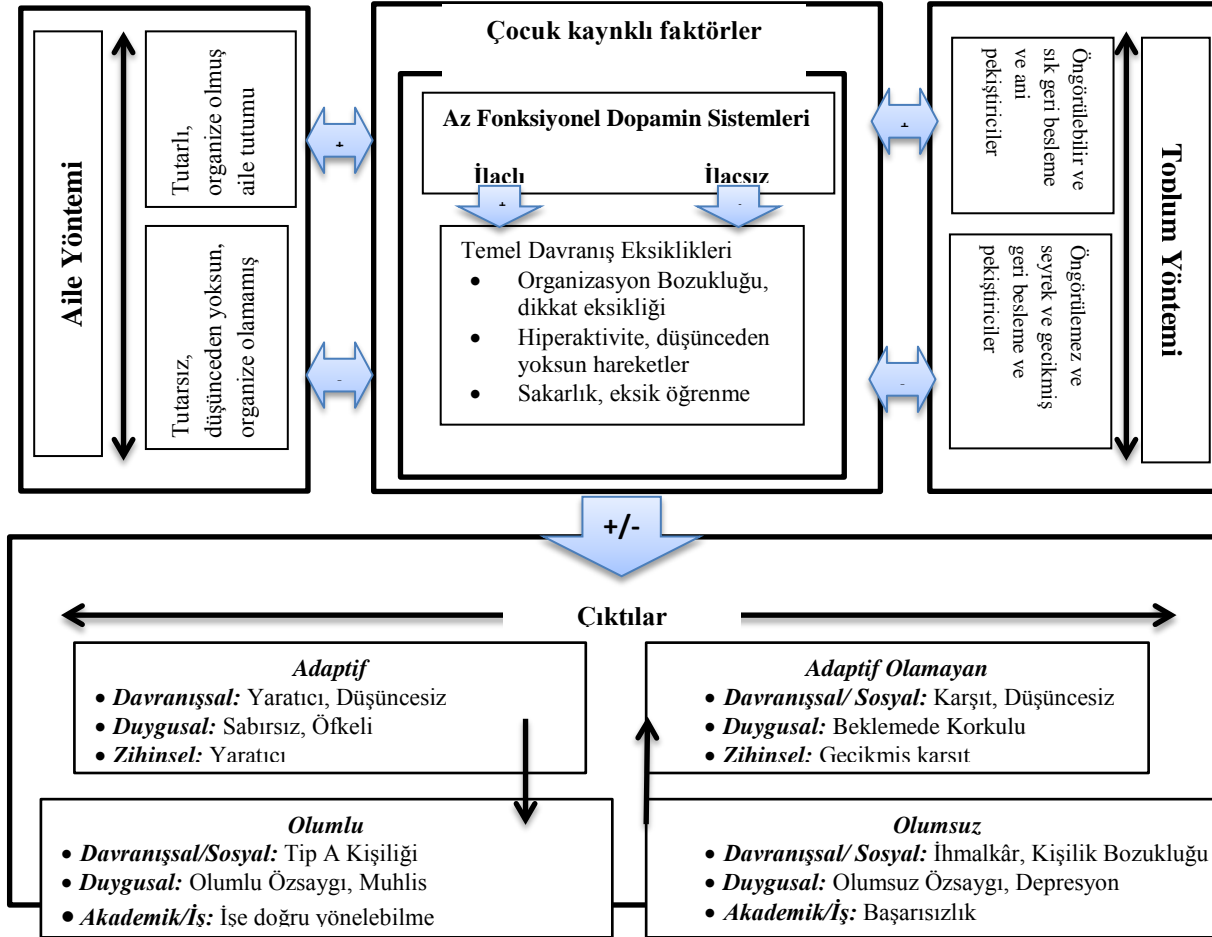
2.3.2.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Çevresel Nedenleri

DEHB'nun gelişiminde genetik nedenlerin yanısıra bazı çevresel etkenlerin de sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Bu etkenlerin başında pre ve perinatal sorunlar, doğum sonrası dönemde kısa süre anne sütü alma, toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri), şeker zehirlenmesi ve vitamin eksikliği gelmektedir. Bu çevresel etkenler DEHB gelişiminden sorumlu olabileceği düşünülen fakat kesinliği henüz tam olarak kanıtlanamamış etkenlerdir [38,57,94]. DEHB'nun etyolojisinde pikosoyal çevrenin de öneminin göz ardı edilemeyeceği yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir; Litaratürdeki bazı çalışmalar, erken yaşta kayıplar yaşayan ve kurum bakımında büyüyen çocuklarda DEHB belirtilerinin daha sık görüldüğünü göstermektedir [6,9].

2.3.3. DEHB Etiyolojisinde Katkısal – Etkileşim Modeli

DEHB'na bağlı davranış ve semptomların ortaya çıkışının, bireyde var olan genetik hazırlayıcı faktörlerin varlığı ve çevresel uyaranların etkileşimi sonucunda gerçekleştiğini anlatan modeldir [71]. Bu modele göre; stres altında, kişinin alışık olmadığı durumlarda ve yapılması gereken işlerin karmaşık olduğu durumlarda DEHB belirtileri şiddetlenir. Alerjiler, yetersiz beslenme, travma, taciz gibi stres yaratan durumlar genetik etkenlerin varlığı ile etkileşerek DEHB belirtilerinin tanı konabilecek seviyeye yükselmesine neden olabilmektedirler. Fakat genetik etkenlerin varlığı gerçekten çok güçlü ise bu koşulların daha iyi hale getirilmesi bile DEHB belirtilerinin ortaya çıkışını engellemeyecek, fakat daha iyi sonuçların elde edilmesini sağlayabilecektir [58,71].

Şekil 1'de çocuğun beraber yaşadığı aile ve içinde bulunduğu toplumun olumlu ve olumsuz yönlerin, çocukta DEHB'na neden olabilecek hazırlayıcı faktörleri nasıl etkilediği ve sürecin ilaç kullanımı yada ilaç kullanımı olmadan çocuğun kişiliğini nasıl şekillendirdiği ve gelecek yaşamını nasıl etkilediğini özetlemektedir.



Şekil 0-1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Dinamik Geliştirici Teorisi

Kaynak: (Sagvolden, T., Johansen, EB., Aase, H., Rusesel, VA., 2005)

2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanı ve Tedavisi

Toplum için oldukça önemli olan, tanı ve tedavisi gün geçtikçe önem kazanan DEHB için Kuzey Amerika'da, Avrupa'da ve ülkemizde, DEHB'da tanı ve tedaviyi standart hale getirmek için "DEHB Uygulama Klavuzları" oluşturulmuştur [27,57,79].

2.4.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Tanı Yöntemleri

DEHB'nun klinik belirtileri dikkat, konsantrasyon, hareketlilik ve dürtü kontrolü alanlarındaki sorunlarla karakterizedir. Normal çocuklarda dikkatsiz ve hareketli olabilir fakat DEHB'na sahip olan çocuklarda bu davranışlar daha sık ve ciddi boyuttadır [42]. Bu semptomların görülme şekilleri ise şöyledir;

Aşırı Hareketlilik: Hareketlilik çocukluk döneminin normal özelliklerindedir. Hareketliliğin yaşlarına göre belirgin olarak fazla olduğu, bu davranışların oyun, anaokulu, okul gibi günlük işlevlerde, arkadaş, aile ve/veya öğretmenler için sorun oluşturduğu yani çocuğun işlevselliğini etkilediği durumlarda aşırı hareketlilikten söz edilebilir. Aşırı hareketlilik aileler ve öğretmenler tarafından rahatlıkla farkedilebilen bir belirtidir aynı zamanda akrometre³ ile yapılan ölçümler, DEHB olgularının kontrol olgularına göre daha hareketli olduğunu nesnel bir şekilde kanıtlamıştır [88].

Dikkatsizlik: DEHB'li çocuklar dikkatlerini bir noktaya toplamakta zorluk yaşamaktadırlar. Ayrıca, dışardan gelen uyanlarla dikkatin kolayca dağılması, düzenini sürdürmede zorlanma, eşya ve oyuncakları sık sık kaybetme, aldığı sorumluluk ve görevleri unutma gibi belirtiler de dikkat problemlerine işaret etmektedir. Bu çocuklarda görülen dikkati toplama güçlüğü özellikle sıkıcı gelen durumlarda kendini gösterir; Bu durumlarda çocuk dinleyemez, takip edemez, organize olamaz veya önemli eşyalarını kaybeder. Fakat aileler genellikle çocukların televizyon izlerken ya da bilgisayar oynarken bu tür bir problem yaşamadığını belirtir, bunu nedeni DEHB'li çocukların dikkatleri üzerindeki denetimin ev ödevleri gibi ona ağır gelen koşullarda zayıflıyor olmasıdır [93]. Kız çocuklarında bu

³Akrometre: Belirli bir zaman dilimi içinde gerçekleştirilen hareket sayısını ölçen alet/Hareket ölçer.

bozukluğun fark edilemeyişinin en önemli nedeni dikkatsizlik ile ilgili semptomların daha ön planda olmasıdır [35].

Dürtüsellik: Sırasını beklemede zorlanma, isteklerini erteleyememe, daha soru bitmeden yanıt verme, acelecilik, başkalarının sözlerini kesme gibi davranışlar ve bu davranışlar sonucu çocuğun işlevselliğinin olumsuz yönde etkilenmesi durumu, dürtüsellik sorunlarını düşündürmelidir [42].

DEHB ile beraber yaygın olarak yaşanabilen spesifik olmayan problemlerde mevcuttur. Bunlardan bazıları; uyumsuz davranışlar, uyku bozuklukları, duygulanım bozuklukları, arkadaşlar ile anlaşamama, öfke nöbetleri, sakarlık, öğrenme problemleri, konuşmanın gelişmemesi (yavaş gelişmesi) vb. şeklindedir [31]. Erken çocukluk dönemi tanı koymanın güç olduğu bir dönemdir. Çünkü normal gelişim döneminde aşırı hareketlilik ve dikkat azlığı belirtileri bütün çocuklarda görülebilir. Bu nedenle çocukların bu özelliklerinin geçici olup olmadığı yani istedikleri zaman dikkat gerektiren işleri yapıp yapamadıkları dikkatli bir şekilde gözlenmelidir. Normal çocukların aksine DEHB'na sahip olan çocuklar bunları yapmakta zorlanır [10].

DSM- IV tanılama rehberi DEHB'nun tanısının konabilmesi için 18 maddelik ve içinde dikatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile ilgili semptomlar olan bir Check-List kullanılır [7,31].

DSM – IV-TR'ye göre DEHB Tanı Ölçütleri:

DEHB tansının konulabilmesi için, aşağıdaki dikkatsizlik ya da hiperaktivite/dürtüsellik ölçütlerinin en az 6'sı veya daha fazlasının gelişim düzeyine göre uyumsuz bir şekilde en az 6 ay sürmesi gerekir.

Dikkatsizlik

- a) Sıklıkla detaylara dikkat etmekte güçlük çeker veya okul ödevi, iş veya diğer etkinliklerde, dikkatsizce hatalar yapar
- b) Verilen görevlerde veya oyun etkinliklerinde sıklıkla dikkatini sağlamada güçlük çeker
- c) Çoğu zaman yönergelere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini bitiremez (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değil)

- d) Kendisiyle doğrudan konuşulduğunda sıklıkla dinlemiyormuş gibi gözükür
- e) Çoğu zaman, üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker
- f) Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir
- g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder
- h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır
- i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unuttur.

Hiperaktivite/Dürtüsellik

- a) Çoğu zaman hareket halindedir ya da içinde kurulu bir motor varmış gibi davranır
- b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar
- c) Sıklıkla uygunsuz olan durumlarda aşırı koşuşturur ya da tırmanır (bu durum ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)
- d) Sıklıkla aşırı konuşur
- e) Sıklıkla elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur
- f) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır
- g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce yanıtını vermeye çalışır
- h) Sıklıkla başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer
- i) Sıklıkla sırasını beklemekte güçlük çeker

Tanının konulabilmesi için;

- İşlevsellikte bozulmaya neden olan bazı dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin 7 yaşından önce olması gereklidir. **(DSM – V’te bu yaş sınırı 12 yaşına çekilmiştir)** [2]
- Belirtilerin yol açtığı işlevsellik kaybı 2 yada daha fazla alanda görülmelidir (örn: evde, okulda)
- Sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte klinik olarak belirgin bozulma olmalıdır.

Belirtiler yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni, diğer psikotik bozukluklar esnasında ortaya çıkmamalıdır veya başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır. (Örn; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi) [2, 3, 53,83].

Bu tanı ölçütleri ile tanı koyulan DEHB vakalarında farklı alt tipler ve eşlik eden farklı tanılarda mevcuttur

2.4.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Alt Tipleri

DEHB’nda alt tipinin ayrımı son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak belirlenir.

A. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Ana belirtilerin üçü de aynı zamanda mevcuttur. DEHB’ye sahip çocuk ve ergenlerin büyük kısmı bu grupta yer alır. Erişkinler içinde bu durumun geçerli olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir. Her iki cinsiyette de sık görülen tiptir. Bu belirtiler çocuğun hem ev hem okul yaşamında ciddi güçlükler yaşamasına neden olur.

B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: En az altı aydır süren dikkatsizlik belirtileri mevcuttur. Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri yoktur yada 6’dan azdır. Okula başlayana kadar belirti vermeyebilir, kızlarda erkeklere göre daha sık görülür.

C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite – Dürtüsellik Önde Geldiği Tip:

En az altı aydır hiperaktivite – dürtüsellik belirtilerinin en az altısı devam ediyordur.

İlköğretim yıllarında en çok tanı konulan alt tip bileşik tip olarak adlandırılan dikkat eksikliği ve hiperaktivite'nin önde geldiği tiptir. Dikkatsizliğin önde geldiği tip ise önemli davranışsal sorunlar gözlemlenmesi nedeni ile DEHB alt tipleri arasında en çok tanı konulamayan ve tedavisiz kalan olguların olduğu tiptir [78].

2.4.1.2. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden tanılar

DEHB olan çocukların birçoğunda başka bir eş tanı daha olduğu düşünülmektedir. Yani bu hastalığa sahip çocukların çok azında sadece DEHB mevcuttur. DEHB'nda alerjik ve nörolojik hastalıklar, obezite, alkol ve madde kullanımı, karşıt gelme bozuklukları, öğrenme bozuklukları gibi eşlik eden tanılar vardır [42, 83,84]. Aynı zamanda son yıllarda DEHB ile epilepsi arasındaki ilişki olduğunu gösteren çalışmalarda dikkat çekmektedir [73].

2.4.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi

Hem okul öncesi hem de okul dönemini etkileyen bir bozukluk olan DEHB doğru zamanda tanınmadığında ve tedavi edilmediğinde çocuğun sosyal yaşamını, eğitim hayatını önemli ölçüde negatif yönde etkileyebilmektedir [22]. DEHB, çocuğun işlevselliğini birçok alanda etkilediğinden tedavisi de kapsamlı olmalıdır. Tedavide ilk amaç, davranışsal, bilişsel, sosyal, ve ailesel alanlardaki sorunları çözmektir. DEHB'da iyi bir tedavi; ilaç, psikoterapi ve psikososyal girişimleri kapsar, Tedavinin nasıl yapılacağına belirlenmesi ise bireyin yaşı ve hastalığının ciddiyetine bağlıdır [42,45,54].

2.4.2.1. İlaç tedavisi

DEHB'nun tedavisinde başta stimülanlar olmak üzere ilaç tedavisinin çok önemli bir yeri olduğu görüşü 1950'li yıllardan beri kabul gören bir görüştür. İlaç tedavisinde en etkin yöntem olarak kullanılan stimülanların kısa ve uzun dönem etkinliklerinin oldukça iyi olduğu belirtilmektedir [15] Fakat bazı durumlarda stimülanların dışında tedavi seçeneklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durumun nedenleri;

- Stimülanlar DEHB olan olguların % 70- 80'inde etkili olmakla birlikte, olguların % 20- 30'unda yeterli etkinlik görülmemekte veya yan etkiler nedeniyle tedavi sürdürülememektedir.
- DEHB olan bazı olguların aileleri, ilacı sadece kırmızı reçeteye alabildikleri için stimulan kullanımına karşı önyargılı olabilmektedir.
- DEHB ile komorbid olarak alkol-madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya tik bozukluğu olan olguların bir bölümünde stimulan dışı ilaç kullanımı gerekli olabilmektedir [27,93].

DEHB tedavisinde FDA (Amerika Gıda ve İlaç Birliği) onayladığı ve en sık kullanılan ilaç psikostimulan grubunda olan *amfetamin* ve *metilfenidat*, stimülan olmayan ilaç ise *atomeksetin*'dir (MPH). Fakat, Türkiye'de stimulan ilaç olarak metilfenidat kullanılmakta ve kırmızı reçete ile satılmaktadır [31, 42].

2.4.2.2. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nun tedavisinde psikososyal yaklaşım

Psikososyal girişimler genellikle aile, okul ve çocuk odaklıdır. Aileye yönelik girişimlerde DEHB'na yönelik bilgilendirme oldukça önemlidir ve ilk sırada gelir. 1990'ların başından beri kanıt temelli bir tedavi yöntemi olarak psikososyal rahatsızlıklarda kullanılan *davranış değiştirme*, DEHB'nun tedavi yaklaşımlarından birini oluşturmaktadır. DEHB'nda kullanılan davranış değiştirme yöntemi ile yapılan görüşmeler, çocukta istenmeyen davranışı değiştirmek amacı ile fiziksel ve sosyal çevreyi uygun hale getirmeyi amaçlar. Bu teknikler çocuğun duygu durumunu ve düşünme şeklini değiştirmeye yönelik olarak yapılan psikolojik görüşmelerden farklıdır. Böyle çocuklarda uzun dönemli kazanımlar (çocuğun uygun beceriler geliştirebilmesi, DEHB'na eşlik eden durumlar var ise semptomları azaltmak için ya da karmaşık aile düzenine sahip aileleri bu süreçte desteklemek) elde etmek, ilaç (stimülan) tedavisine negatif yanıtın alındığı zamanlarda tercih edilebilecek bir yöntemdir. Fabiano ve arkadaşlarının 2008 yılında DEHB tedavisinde davranış değiştirme tedavisinin etkinliğini araştırmak amacı ile yaptıkları meta analiz çalışmasında inceledikleri 114 vakada davranış tedavisinin, DEHB tedavisinde oldukça etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir [29].

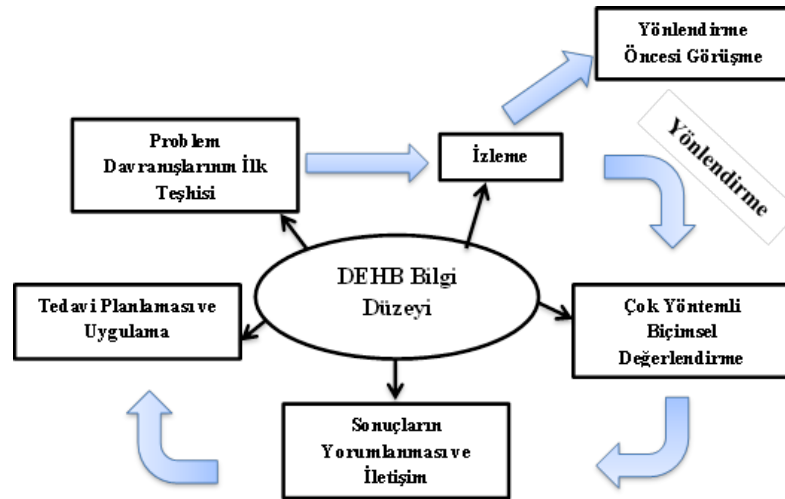
2.4.2.3. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nun tedavisinde multidisipliner yaklaşım

Son zamanlarda DEHB'nun tedavisi ile ilgili bir diğer görüş ise, *Multidisipliner Yaklaşım'dır*. Bu yaklaşımda amaç DEHB'na 3 farklı noktadan bakabilmektir. Bunlardan ilki olan tıbbi tedavideki amaç, bu bozukluğa sahip olan çocukların hangi DEHB alt tipine ait olduğunu belirlemektir. İkinci nokta ise psikososyal bakış; Burada amaç, davranışsal teknikleri DEHB tedavisine bütünleşmiş edebilmektir. Üçüncü nokta ise eğitim noktasında bakış açısı geliştirebilmektir. Burada amaç ise, DEHB'na sahip olan çocukların ailelerini ve öğretmenlerini bu hastalık ile ilgili bilgilendirmek ve tedavinin etkinliğini ve başarısını artırabilmektir [22].

2.5. Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna İlişkin Bilgi

Düzeyleri

Ailelerin DEHB ile ilgili sahip oldukları bilgiler hastalığın erken dönemde tanınması ve bu doğrultuda tedavi için oldukça önemlidir. DEHB'na sahip bir çocuğun belirlenmesi, izlemi, yönlendirilmesi, tanı koyulması ve tedavisi sürecinin her adımını DEHB ile ilgili sahip olunan bilgiler şekillendirecektir. (Bkz şekil 2.)



Şekil 0-2. DEHB'nda Tanıma ve Müdahale süreci

[Sciutto, M., Feldhamer, E. 2005]

2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Okul Sağlığı Hemşireliği

Okul daha sonraki yıllarda, toplumda hizmet verebilecek yeni kuşakların oluşturduğu bir topluluktur. Geleceği oluşturan bu topluluğun bedensel, toplumsal ve ruhsal yönden sağlıklı olmalarını sağlamak, sağlıklı bir toplumun geleceğini hazırlamak demektir. Bu amaç doğrultusunda okul sağlığı hizmetlerinde hemşirelere, öğrencilerin sağlığını koruyup geliştirmede önemli roller düşmektedir.

Okul sağlığı ile ilgili olarak, çocukların ve genç adölesanların artan psikososyal ve fiziksel gereksinimleri ve bu grubun sağlık servislerini en az kullanan grup olduğu göz önünde bulundurulduğunda başta sosyo ekonomik durumu iyi olmayan bölgelerde okul sağlığı uygulamalarının önem verilmesi oldukça önemlidir [86].

DEHB çocukları, aileleri, okul ortamını, birinci basamak ve okul ortamında bakım veren hemşireleri en çok zorlayan kronik durumlardan birisidir. Çünkü DEHB'nun diğer sağlık problemleri ile karıştırılabilir ve yanlış tanıya konulma ihtimalinin yüksek olması erken tanı ve tedavi için okul ortamında kapsamlı bir değerlendirmeyi gerektirmektedir [23].

National Association of School Nurses (NASN) ve American Nurses Association (ANA) okul hemşiresinin rollerini, değerlendirme, sağlık eğitimi , okul ortamında sağlığın korunması ve geliştirilmesi için işbirliği ve kaynakların doğru kullanımı olarak belirlemişlerdir [54].

DEHB çerçevesinden bakıldığı zaman hastalığın erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesinde çocukların günün büyük bir bölümünü geçirdikleri okul ortamı önemli bir fırsattır Bu doğrultuda, Caldwell ve arkadaşları DEHB'nun sadece çocuğu değil tüm aileyi etkilediğini belirtmişler ve okul sağlığı kapsamında çocuk, aile, öğretmen ve diğer sağlık bakım vericilerinin kullanabileceği bir davranış yönetim planı geliştirmişlerdir. Vlam ve arkadaşları ise bu bağlamda hemşirelerin multidisipliner bir yaklaşım içerisinde DEHB'nu erken zamanda yakalayabilmek için yapılabileceklerini şu şekilde özetlemişlerdir; [86]

- Okul, aile ve çocuk arasında iletişimin sağlanması
- Aile görüşmeleri ile çocukların ev yaşantısının ailelerin anlatımları ile değerlendirmesi
- Öğretmen görüşmeleri yaparak çocukların sınıf içindeki davranışlarının öğretmen gözü ile değerlendirilmesi
- Çocuklar ile baş başa yapılacak görüşmeler
- Çocukları değerlendirmek için güncel yayınların takibi ve belirli değerlendirme ölçeklerinin kullanımı(Conners anne baba ölçeği, öğretmen değerlendirme skalası v.b.)
- DEHB'nda kültürel duyarlılıkları göz önünde bulundurarak toplum temelli eğitimler gerçekleştirmek ve bilgilendirmeler yapmak [49,86]

3.BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, sosyoekonomik düzeyi farklı olan üç bölgedeki üç İlkokulunda ebeveynlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacı ile karşılaştırmalı tipte tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler

Araştırma, Ankara Büyükşehir Belediye'si sınırları içerisinde merkeze bağlı ilçelerinden biri olan Çankaya İlçesi'ne bağlı sosyoekonomik düzeyi farklı 3 mahallede ki 3 farklı İlkokulun (1., 2., 3. ve 4. Sınıflar) okuyan öğrencilerin ebeveynleri ile yürütülmüştür.

1.Bademlidere İ.O.: Bademlidere İlkokulu Çankaya İlçesi'nin sosyoekonomik durumu düşük olan ve yine okul ile aynı ismi taşıyan Bademlidere Mahallesi'nde yer almaktadır.Toplamda 96 öğrencisi olan okulun birinci kademedeki (1.,2.,3. ve 4. Sınıflarında) öğrenci sayısı 43'tür. Okulda, 8 branş, 5 sınıf öğretmeni olmak üzere toplam 13 öğretmen ile normal öğretim şekli uygulanmaktadır.

2. Boztepe İ.O.: Toplamda 300 öğrencisi olan okulun 1. Kademedeki (1., 2., 3., ve 4. Sınıflarında) öğrenci sayısı 148'dir. 8 sınıf, 12 branş öğretmeni olmak üzere toplam 20 öğretmen ile normal öğretim şekli uygulayan Boztepe İlkokulu, Çankaya İlçesine bağlı ve orta sosyoekonomik düzeyde yer alan Boztepe Mahallesindeki tek İlkokuludur.

3. (Özel Bilkent İ.O): 1994 yılında kurulan okulda 1. Kademe (1., 2., 3., ve 4. Sınıflarda) toplam öğrenci sayısı 372'dir. 17 sınıf öğretmeni, 23 branş öğretmeni olmak üzere toplam 40 öğretmeni olan okulda normal öğretim şekli uygulanmaktadır. Bilkent İlkokulu Çankaya ilçesi'nin yüksek sosyoekonomik düzeydeki Üniversiteler Mahallesinde yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde bulunan Çankaya İlçesi'ne bağlı ilköğretim okullarında öğrenim gören öğrencilerin aileleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çankaya ilçesi, düşük, yüksek ve orta sosyoekonomik düzeyde bölgeleri diğer İlçelere göre daha iyi temsil etmesi nedeniyle araştırmanın evreni olarak doğrudan seçilmiştir.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme belirlenirken izlenen yol şöyledir;

İlk olarak Çankaya İlçesine bağlı olan mahalleler Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 2000 yılında yapılan "Binalar Cetvelinde" ki gelişmişlik kodlarına göre düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzey olarak sınıflandırılmıştır.



Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeylere göre tabakalara ayrılarak sınıflanan mahalleler arasından her bir sosyoekonomik düzeyi temsil eden birer mahalle kura yöntemi ile seçilmiştir. Bu seçime göre düşük sosyoekonomik düzeyi temsilen Bademlidere Mahallesi, orta sosyoekonomik düzeyi temsilen Boztepe Mahallesi ve yüksek sosyoekonomik düzeyi temsilen Üniversiteler Mahallesi örnekleme seçilmiştir.



Örnekleme seçilen bu mahallelerde bulunan ilköğretim okulları kümelendirilmiştir ve kümeden kura yöntemi ile her üç sosyoekonomik düzeyi temsilen birer İlkokulu seçilmiştir. Seçim işlemine göre; düşük sosyoekonomik düzeyi temsil eden Bademlidere Mahallesinde bulunan tek İlkokulu olan **Bademlidere İ.O.**, yine orta

sosyoekonomik düzeyi temsilen ve Boztepe Mahallesinde bulunan tek İlkokulu olan **Boztepe İ.O.** son olarakta Üniversiteler Mahallesi'nde bulunan devlet okullarından Emlak Bankası İ.O., Köy Hizmetleri İ.O ve özel okullarından ODTÜ Koleji, Bilkent İ.O. ve , Hacettepe Vakfı Koleji arasından kura çekilmiş ve **Bilkent İ.O.** örnekleme alınmıştır.



Örnekleme çıkan bu okullarda, sayısı belli olan evrenden örneklem seçim formülü kullanılarak çalışmaya dahil edilecek toplam öğrenci velilerinin sayısı hesaplanmıştır.

Bu formülde

n:örnekleme alınacak birey sayısını

N: çalışma evrenindeki birey sayısını (563)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (%0.50)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (olasılığı) (%0.50)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değeri (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak gerçek kitleden meydana gelebilecek sapma (0.05)'i ifade etmektedir.

Çalışma kapsamına alınacak öğrenci velisi sayısı **228** olarak hesaplanmıştır.



En son adımda ise hangi okul için kaç öğrenci velisinin örnekleme dahil edildiği hesaplanmıştır. Aileler ile çalışılacağı için şube bazında değil okul bazında tabaka ağırlıklarına göre her bir okulda örnekleme alınacak kişi sayısı belirlenmiştir.

N_i/N

İ: Tabaka numarası

N_i : İ nolu tabakadaki birey sayısı

N: Evredeki birey sayısı

a_i : i nolu tabakanın ağırlığını ifade etmektedir.

Bilkent İ.O'nun tabaka ağırlığı= $372/563=0.66$

Boztepe İ.O.'nun tabaka ağırlığı= $148/563=0.26$

Bademlidere İ.O.'nun tabak ağırlığı= $43/563=0.07$

Buna göre; Araştırmaya minimum dahil edilmesi gereken kişi sayısı Bilkent İ.O.'u için **151**, Boztepe İ.O'u için **60** ve Bademlidere İ.O'u için **17**ebeveyndir..

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürdeki kaynaklardan [40,73] yararlanılarak hazırlanan anket formu kullanılmıştır (Ek 1). Anket formundaki sorular ortalama 30–35 dakikada cevaplanabilecek özellikte hazırlanmıştır. Toplam 25 sorudan oluşan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sosyodemografik verilere ilişkin sorulardan, ikinci bölüm ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilgili temel bilgi düzeyi, bilgilendirme durumu, bozukluğun tanımı ve tedavisi ile ilgili genel değerlendirme sorularından oluşmaktadır. Sosyoekonomik ve demografik verilere ilişkin sorular açık ve kapalı uçlu, 2. Bölümde yer alan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna ilişkin sorular ise açık uçlu sorular olarak hazırlanmıştır.

3.4.2. Ön Uygulama

Anket formunda yer alan soruların katılımcılar tarafından anlaşılır olup olmadığını belirlemek amacı ile anketin ön uygulaması; çalışmanın örnekleme olarak seçilmiş Boztepe İlkokulu'nda, örneklem kapsamında bulunmayan (5. ve 6. Sınıflar)⁴ 15 öğrencinin velisine rehberlik öğretmeni ile önceden belirlenmiş olan 24.10.2012 tarihinde ki toplantı gününde uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son hali verilmiştir.

⁴ Ön uygulamada amaç anket formlarının ebeveynler tarafından anlaşılabilirliğini kontrol etmek olduğu için 5. ve 6. Sınıflarda okuyan öğrenci velileri ile ön uygulamanın gerçekleştirilmesinde sakınca görülmemiştir.

3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Çalışmanın yapılabilmesi için Milli eğitim Bakanlığı ve örneklem kapsamında ki okullardan gerekli yazılı izinler, Bademlidere ve Boztepe İlkokullarındaki öğrenci velilerinden anket formunun uygulanması sırasında sözlü, Bilkent İlkokulunun politikası nedeniyle anket formları evlere kapalı zarf içersinde gönderilmiş, ebeveynlerden evlere kapalı zarf içinde gönderilen anket formları ile yazılı onamları alınmıştır. İlk olarak anket formunun uygulanabilmesi için tarih ve yöntemin belirlenbilmesi için üç okulda da görevliler ile iletişime geçilmiş, Bademlidere İ.O. sınıf öğretmenleri, Boztepe ve Bilkent İ.Ö.O'da ise rehberlik öğretmenleri ile veli toplantılarının tarihleri belirlenmiştir. 31.10.2012 tarihinde Boztepe İ.Ö.O 1., 2. Sınıfların toplantısı, 7.11.2012 tarihinde de 3., ve4. sınıfların veli toplantısında öğrencilerin ebeveynlerine araştırmacı tarafından uygulanmıştır. 19.11.2012 tarihinde Bilkent İ.O.'da yönetici ve rehberlik hizmetlerinin uygulaması gereği kapalı zarf içinde öğrenci ebeveynlerine gönderilen anket formları 22.11.2012 tarihinde araştırmacı tarafından toplanmıştır. 28.11.2012 tarihinde ise, Bademlidere İ.O.'da ki veli toplantısında öğrencilerin ebeveynlerine uygulanmıştır. Anket formlarının veli toplantılarında uygulanması sırasında öğrencilerin ebeveynlerine gerekli açıklamalar yapılmış okuma yazma bilmeyenlerin anket formları toplantı sonunda katılımcıların isteği ile araştırmacı ve katılımcı başbaşa iken araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bilkent İ.O'da ise, anket formları evlere gönderdiği için soruların boş bırakılması durumu göz önünde bulundurularak veri kaybını önlemek amacıyla gönderilmesi gereken anket formu sayısından 40 anket fazla gönderilmiştir.

3.4.4.Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formlarının uygulanması sonucu elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 17.0 veri tabanı kullanılarak değerlendirilmiştir. Anket Formundaki açık uçlu sorulara verilen cevapların dökümü yapıp gruplandırıldıktan sonra veri tabanına aktarılmıştır. Yapılan değerlendirmede ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri ve sosyodemografik veriler için sayı ve yüzdeler, bağımsız gruplar olan okullar arasında niteliksel veriler için farklılık olup olmadığını belirlemek için ise Ki Kare testi uygulanmıştır

Yaş, sosyoekonomik düzey, cinsiyet, hane halkı sayısı, okula giden çocuk sayısı, anne ve babanın birlikta yaşama durumu, anne – babanın eğitim düzeyleri, anne – babanın çalışma durumu, meslekleri çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluştururken; Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'na ilişkin verilen cevaplar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.4.5.Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın ebeveynler ile yapılıyor olması nedeni ile özellikle düşük ve orta sosyoekonomik düzeydeki okullardaki ebeveynlere ulaşmada yaşanan zorluklar ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki okulda okulun politikası gereği anket formlarının evlere gönderilmesi ve araştırmacının denetimi dışında cevaplanması çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Okullara Göre Dağılımı

Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özellikleri	1. Okul Bademlidere (i.o)		2.Okul Boztepe (i.o)		3. Okul Bilkent (i.o)		Toplam		$\bar{X} \pm S$
	n	%	n	%	n	%	Sayı	%	
Yaş									
38 – 45 yaş	1	4,8	3	5	79	51,6	83	35,5	36,5±0,91
31 – 37 yaş	7	33,3	21	35,0	51	33,3	79	33,8	
24 – 30 yaş	12	57	35	58,3	2	1,3	49	20,9	
45 yaş üzeri	1	4,8	1	1,7	21	13,7	23	9,8	
Cinsiyet									
Kadın	19	90,5	58	96,7	124	80	201	85,2	
Erkek	2	9,5	2	3,3	31	20	35	14,8	
Hane Halkı Sayısı									
4 kişi	12	57,1	37	61,7	77	50	126	53,6	3,91 ±0,05
3 kişi	2	9,5	6	10	57	37	65	27,7	
5 kişi	7	33,3	17	28,3	15	9,7	39	16,6	
2 veya 7'den fazla kişi	0	0	0	0	5	3,2	5	3,2	
Okul Çağındaki Çocuk Sayısı									
1 Çocuk	9	42,9	25	41,7	81	52,3	115	48,7	1,55±0,037
2 Çocuk	9	42,9	33	55	70	45,2	112	47,5	
3 Çocuk	3	14,2	2	3,3	4	2,6	9	3,8	
Annenin Eğitim Durumu									
Üniversite Mezunu	1	4,8	3	5	144	92,9	146	62,7	
Lise Mezunu	4	19	8	13,3	10	6,5	22	9,3	
Ortaokul Mezunu	5	23,8	17	23,8	1	0,6	23	9,7	
İlkokul Mezunu	8	38,1	29	48,3	0	0	37	15,7	
Okur yazar	1	4,8	3	5	0	0	4	1,7	
Okur yazar değil	2	9,5	0	0	0	0	2	0,8	
Babanın Eğitim Durumu									
Üniversite Mezunu	0	0	4	6,7	144	92,3	148	62,3	
Lise Mezunu	5	23,8	17	28,3	11	7,1	33	14	
Ortaokul Mezunu	6	28,6	16	26,7	0	0	22	9,3	
İlkokul Mezunu	10	47,6	23	38,3	0	0	33	14	
Annenin Çalışma Durumu									
Çalışıyor	2	9,5	2	3,3	103	66,5	107	45,3	
Çalışmıyor	19	90,5	58	96,7	52	33,5	129	54,7	
Babanın Çalışma Durumu									
Çalışıyor	21	100	59	98,3	153	98,7	233	98,7	
Çalışmıyor	0	0	1	1,7	2	1,3	3	1,3	
Anne ve babanın birlikte yaşama durumu									
Birlikte Yaşıyor	21	100	58	96,7	146	94,2	225	95,3	
Birlikte Yaşamıyor	0	0	2	3,3	9	5,8	11	4,7	
Genel Toplam	21	100	60	100	155	100	236	100	

Tablo 4.1’de Bademlidere, Boztepe ve Bilkent İlkokullarında öğrenim gören öğrenci ebeveynlerinin bazı sosyo–demografik verilerinin okullara göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, toplamda 236 ebeveynin çalışmaya katıldığını ve bunların 21’inin Bademlidere İ.O, 60’nının Boztepe İ.O. ve 155’ininde Bilkent İ.O. ‘dan olduğu görülmektedir.

Sosyo demografik veriler incelendiğinde; Bademlidere İ.O’da çalışmaya katılan ebeveynlerin %57’sinin (n=12) ve Boztepe İ.O’da ebeveynlerin %58,3’ünün 24–30 yaş aralığında olduğu, Bilkent İ.O’da ise ebeveynlerin %51,6’sının (n=79) 38–45 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin cinsiyet dağılımına bakıldığında ise, toplamda %85,2’sinin (n=201) kadın olduğu; okul bazında ise, Bademlidere İ.O.’da %90’ını (n=19) Boztepe İ.O’da %96,7’sini (n=58) ve Bilkent İ.O’da ise %80’ni (n=124) kadınların oluşturduğu görülmektedir. Hane halkı kişi sayısına bakıldığında, çoğunluğu genel toplamda (%53,6) ve okul bazında dört kişilik ailelerin oluşturduğu belirlenmiştir. Okul çağındaki çocuk sayılarını Bademlidere İ.Ö.O’da ki ebeveynlerin %42,9’u 1 çocuk, %42,9’u 2 çocuk, Boztepe İ.O.’da ki ebeveynlerin %41,7’si 1 çocuk, %55’i 2 çocuk, Bilkent İ.O.da ki ebeveynlerin %52,3’ü 1 çocuk, %45’i 2 çocuk olarak belirttikleri görülmektedir.

Yine aynı tabloda anne ve babaların eğitim düzeyleri incelendiğinde; Bademlidere İ.O’da ki annelerin %38,1’inin (n=8) ilkokul, Boztepe İ.O’da ki annelerin %48,3’ünün (n=29) ilkokul ve Bilkent İ.O’da annelerin ise %92,9’unun (n=144) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir; Aynı şekilde Bademlidere İ.Ö.O’da babaların %47,6’sı (n=10) ve Boztepe İ.O’da ki babaların %38,3’ünün (n=23) ilkokul mezunu, Bilkent İ.O’da ki babaların ise %92,3’ünün (n=144) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Anne ve babaların çalışma durumlarına bakıldığında, toplamda annelerin %45,3’ (n=107) ünün çalıştığı görülmektedir. Okul bazında ise, Bademlidere ve Boztepe İ.O’larında çalışan annelerin oranları sırası ile %9,5 ve %3,3 (n=2 ve n=2) iken Bilkent İ.O’da annelerin %66,5’inin (n=103) çalıştığı belirlenmiştir. Anne ve babaların birlikte yaşama durumuna bakıldığında ise; Bademlidere, Boztepe ve Bilkent İ.O’larında (%100, %96,7, % 94,2) neredeyse tamamının beraber yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 4.2. Ebeveynlerin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları, Bilgi Kaynakları ve Çevrelerinde DEHB tanısı almış birinin olma durumu ve var ise yakınlık derecesinin Okullara Göre Dağılımı

	1. Okul Bademlidere (i.o)		2.Okul Boztepe (i.o)		3. Okul Bilkent (i.o)		Toplam		X ² P SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite ile İlgili Önceden Öğrenilen Bilgi Durumu*									
Evet (Önceden Bilgim Var)	14	66,7	16	38,3	127	82	157	69,4	X ² = 59,3 (P< 0,01) SD=2
Hayır (Önceden Bilgim Yoktu)	7	33,3	44	73,3	28	18,1	79	33,5	
Bilgi Kaynağı									
Televizyon, internet veya kitaplardan	5	35,7	10	62,5	81	63,8	96	61,1	
Arkadaş ve Komşudan	4	28,6	3	18,8	19	15	26	16,6	
Okuldaki rehber öğretmen -	2	14,3	2	12,5	8	6,3	11	7	
Doktordan	3	21,4	2	12,5	19	15	24	15,3	
Ebeveynlerin Çevrelerinde DEHB Tanısı Almış birilerinin Olma Durumu									
Var	12	57,1	19	31,7	48	31	79	33,5	X ² = 5,8 P =0,055 SD = 2
Yok	10	42,9	41	68,3	107	69	157	66,5	
Var ise Yakınlık Derecesi									
Komşu / Arkadaş Çocuğu	6	50	16	84,2	27	56,2	49	62	
Akraba Çocuğu - Diğer	3	25	1	5,3	16	33,6	20	25,3	
Kendi Çocuğum	3	25	2	10,5	5	10,4	10	12,7	

Tablo 4.2.'de Ebeveynlerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilgili önceden bilgi sahibi olma durumu, bu bilginin kaynağı ve çevrelerinde DEHB tanısı almış birinin olması durumunun ve var ise yakınlık derecesinin Okullara Göre Dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, çalışmaya katılan ebeveynlerin %69,4'ünün (n= 164) DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgileri olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Her bir okul için ayrı ayrı bakıldığında ise; Bademlidere İ.Ö.O'da ebeveynlerin %66,7'sinin (n=14), Boztepe İ.O' dakiebeveynlerin

%38,3'ünün (n=23) ve Bilkent İ.O' dakiebeveynlerin %82'sinin (n=127) DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgilerinin olduğu belirlenmiştir. Orta düzey sosyoekonomik düzeyde bulunan Boztepe İ.Ö.O'da ise ebeveynlerin %61,6'sının (n=37) DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda önceden DEHB ile ilgili bilgilerinin olması yönünden okullar arasında bulunan farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve bu farkın Boztepe İ.Ö.O'dan kaynaklandığı belirlenmiştir (**P<0,001**).

DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgileri olan bu ebeveynlerin bu bilgiye nereden /kimden ulaştıkları sorusuna toplamda ebeveynlerin %61,1'inin (n=96) TV, internet ve gazetelerden yanıtını verdikleri görülmektedir. Okul bazında bakıldığında ise; Boztepe İ.O.'da ebeveynlerin % 62,5'i (n= 10) ve Bilkent İ.O.'da ise %63,8'i (n=81) DEHB ile ilgili sahip oldukları bilgiye televizyon, internet ve gazetelerden ulaştıklarını belirtirken, Bademlidere İ.O' dakiebeveynlerin %35,7'si (n=5) arkadaş ve komşularından ve yine aynı oranla doktordan ulaştıklarını ifade etmişlerdir. Bilgiye ulaşmada en az kullanılan kaynağın ise hem toplamda (%7) ve hem de okullar bazında okuldaki rehber öğretmenler olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerin çevrelerinde DEHB tanısı alan birinin olma durumuna bakıldığında; genel toplamda ebeveynlerin %33, 5'inin (n= 79) çevrelerinde DEHB tanısı alan biri olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Okul bazında bakıldığında ise Bademlidere İ.O' dakiebeveynlerin %57,1'i, Boztepe İ.O' dakiebeveynlerin %31,7'si ve Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin ise %31'i çevrelerinde DEHB tanısı alan birinin olduğunu ifade etmişlerdir. Çevrelerinde DEHB tanısı almış birinin olması durumu açısından okullar arasındaki fark ise anlamlı değildir (**p>0.05**).

Çevrelerinde DEHB tanısı almış biri olduğunu belirten ebeveynlerin toplamda %62'si (n=49) bu kişilerin yakınlık derecesinin komşu veya arkadaş çocuğu olduğunu ifade etmişlerdir. Okullar bazında ise, çevrelerine DEHB tanısı almış ebeveynler bu yakınlık derecelerini, Bademlidere İ.O.'da %50'si (n=6), Boztepe İ.O.'da %84,2'si (n=16) ve Bilkent İ.Ö.O' da % 56, 2 (n=27) ile komşu ve arkadaş çocuğu olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Ebeveynlerin, DEHB'na ve DEHB Tanısı Almış Çocukların Fiziksel Görünüşlerine İlişkin Tanımlamaları

	1. Okul Bademlide re (i.o)		2.Okul Boztepe (i.o)		3. Okul Bilkent (i.o)		Toplam		X ² P SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ebeveynlerin DEHB'na İlişkin Tanımlamaları									
Çocukların Dikkatini Toplayamaması	4	19	5	8,5	75	48,7	84	35,9	
Çocukların Aşırı Hareketli ve Yaramaz Olmalarıdır.	10	47,6	10	16,9	27	17,5	47	20,1	
Çocukluk döneminin ruhsal bozukluğudur.	2	9,5	0	0	24	15,6	26	11,1	X ² =105
Bilmiyorum	4	19	7	11,9	11	7,1	22	9,4	P<0.01**
Çocukların Yaramaz Olması	0	0	17	28,8	4	2,6	21	9	
Çocukların aşırı hareketli olmalarıdır	1	4,8	14	23,7	5	3,2	20	8,5	SD=12
Çocukların Zeki Olması	0	0	6	10,2	8	5,2	14	6	
Toplam	21	100	59	99,4	154	99,3	234	100	
Ebeveynlerin DEHB olan Çocukların Fiziksel Görünüşlerine İlişkin Tanımlamaları									
Zayıf Bir Vücuda Sahiptirler	14	66,7	46	78	111	73	171	73,7	
Diğer Çocuklarla Aynıdır	2	9,5	4	6,8	28	18,4	34	14,6	
Bilmiyorum	5	23,8	9	15,3	13	8,5	27	11,6	
Diğer*									
Toplam	21	100	59	99,4	152	98,1	233	98,7	

* Sadece Bilkent İ.O. 'da bir kişi DEHB'na sahip çocukların dış görünüşünü donuk bir ifadeye sahiptirler şeklinde tanımlamıştır.

** Likelihood Ratio değeri kullanılmıştır.

Tablo 4,3'te Ebeveynlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun ne olduğuna ve bu tanıyı almış çocukların fiziksel görünüşlerine ilişkin tanımlamaları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, DEHB'nu nasıl tanımlarsınız sorusuna genel toplamda ebeveynlerin %35,9'unun (n=84) çocukların dikkatlerini toplayamaması olarak, %20'sinin ise (n=47)' 'çocukların aşırı hareketli ve yaramaz olması'' şeklinde tanımladıkları görülmektedir. Ebeveynlerin sadece %11,1'i (n=26) DEHB'nu

çocukluk döneminin ruhsal bir bozukluğu olarak tanımlamışlar, %9,4'ü (n=22) ise DEHB'nun ne olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir.

Her bir okul için ayrı ayrı incelendiğinde ise, Bademlidere İ.O' daki ebeveynlerin %47,6'sının (n=10) DEHB 'nu 'çocukların yaramaz olmaları şeklinde tanımladıkları ', %19'unun (n=4) 'çocukların dikkatlerini toplayamaması' olarak tanımladıkları görülmektedir. Ebeveynlerin %19'u (n=4) ise DEHB 'nun ne olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Boztepe İ.O' dakiebeveynlerin %45,7'si (n=27) DEHB 'nu 'çocukların yaramaz olması ' olarak tanımlarken %23,7'si (n=14) 'çocukların aşırı hareketli olması olarak tanımlamışlardır'. Ebeveynlerin %11,9'u ise DEHB'nun ne olduğunu bilmediklerini ifade etmişlerdir. Son olarak yüksek sosyoekonomik düzeyde yer alan Bilkent İ.O.'ndaki ebeveynlerin DEHB'nun ne olduğuna ilişkin yapmış oldukları tanımlamalar incelendiğinde ise; ebeveynlerin %48,7'sinin (n=75) DEHB'nu 'çocukların dikkatlerini toplayamaması ' olarak tanımlarken, %17,5'i 'çocukların aşırı hareketli ve yaramaz olması' şeklinde tanımladıkları görülmektedir. Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin %15,6'sı ise DEHB'nu 'çocukluk döneminin ruhsal bir bozukluğu ' olarak tanımlamışlar, %7,1'i (n=11) ise DEHB'nun ne olduğunu bilmediklerini ifade etmişlerdir. DEHB'nun ne olduğuna ilişkin yapılan tanımlamalar açısından okullar arasında fark ise anlamlıdır (p<0.01).

Bu tanıyı almış çocukların fiziksel görünüşlerin nasıl olduğuna ilişkin ebeveynler tarafından yapılan tanımlamalara bakıldığında; toplamda ebeveynlerin %73,7'sinin (n= 171) DEHB olan çocukları 'zayıf bir vücuda sahiptirler' olarak tanımladıkları görülmektedir. Ebeveynlerin %14,6'sı (n=34) bu çocukların fiziksel görünüş bakımından diğer çocuklardan farklı olmadığını belirtirken, % 11,6' sını (n=27) bu soruyu bilmiyorum olarak cevaplandırmışlardır.

Okul bazında bakıldığında ise, Bademlidere İ.Ö.O'nda ki ebeveynlerin %66,7'sinin (n=14), Boztepe İ.O.'nda ki ebeveynlerin %78'inin (n=46) ve Bilkent İ.Ö.O'da ki ebeveynlerin % 73'ünün (n=111) genel toplamda çoğunluğun yaptığı tanımlama ile aynı tanımlamayı yaptığını ve bu çocukların fiziksel görünüşlerini 'zayıf bir vücuda sahiptirler ' şeklinde tanımladıkları görülmektedir.

Tablo 4.4. Ebeveynlerin, DEHB'nun Nedenine İlişkin Tanımlamaları

	1. Okul Bademlidere (i.o)		2.Okul Boztepe (i.o)		3. Okul Bilkent (i.o)		Toplam		X ² P SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	
DEHB'nun Nedenine İlişkin Tanımlamaları									
Genetik Bir rahatsızlıktır	6	28,6	9	15,3	67	43,8	82	35,2	X ² =80,4 (P<0,01)* SD=10
Çevrenin (Büyüklerin Tutumu,Arkadaşlar)	6	28,6	18	30,5	12	7,8	36	15,5	
Bilmiyorum	5	23,8	8	13,6	39	25,5	52	22,3	
Yanlış Anne Baba davranışları	0	0	14	23,7	11	7,2	25	10,7	
Fazla Televizyon izleme/ İnternet Kullanma- Diğer	1	4,8	4	6,8	24	15,7	29	12,4	
Kardeş Kıskançlığı	3	14,3	6	10,2	0	0	9	3,9	
Toplam	21	100	59	99,4	153	98,7	233	98,7	

Tablo 4.4.'te Ebeveynlerin DEHB'nun Nedenine ve Aile İçi Huzursuzluklarla ilgili olup olmadığına ilişkin tanımlamaları yer almaktadır.

Tablonun ilk bölümü incelendiğinde, genel toplamda ebeveynlerin %35,2'sinin (n=82) DEHB'nun nedenin "genetik bir rahatsızlıktır" olduğunu belirttikleri görülmektedir. Yine genel toplamda ebeveynlerin %15,5'inin (n=55) DEHB'nun oluşumunda "çevrenin etkisi (büyüklerin tutumu, arkadaşlar)" olduğunu ifade etmişlerdir, ebeveynlerin % 22,3'ü (n=52) ise DEHB 'nun nedenini bilmediklerini belirtmişlerdir.

Ebeveynlerin okul bazında DEHB'nun nedenine ilişkin tanımlamalarına bakıldığında ise, Bademlidere İ.O.'ndaki ebeveynlerin %28,6'sının (n=6) DEHB 'nun nedeninin genetik olduğunu belirtirken, yine aynı orandaki ebeveyn "çevrenin etkisi" olduğunu belirtmiştir. Ebeveynlerin %14,3'ü (n=3) ise DEHB'nun nedenini "kardeş kıskançlığı" olarak tanımlarken, ebeveynlerin %23,8'i (n=5) ise DEHB'nun nedenini bilmediklerini belirtmişlerdir. Boztepe İ.O' dakiebeveynlerin %30,5'i (n=18) DEHB'nun "çevresel etkenlerle" oluştuğunu belirtirken, %23,7'si (n=14)

yanlış anne – baba davranışlarının DEHB'nun nedeni olduğunu ifade etmiştir. Bilkent İ.O.'na bakıldığında ise, evbeynlerin %43,8'inin (n=67) DEHB'nun nedenini genetik olduğunu belirtirken, %25,5'inin (n= 39) DEHB'nun nedenini bilmediklerini ifade ettikleri görülmektedir. DEHB'nun nedenine ilişkin yapılan tanımlamalar yönünden okullar arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.01$).

Genel toplamda ebeveynlerin %63,5'inin (n=148) ilgisi olduğunu düşündükleri, %22,7'sinin (n=53) ise ilgisi olduğunu düşünmediği cevabını verdikleri görülmektedir. Okul bazında bakıldığında ise, üç İlkokuldada verilen cevapların genel toplamda çoğunluğun verdiği cevap ile paralellik gösterdiği ve okullar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Ebeveynlerin, DEHB'nun Semptomlarının Görülme Yaşına İlişkin Tanımlamaları

	1. Okul Bademlide re (i.o)		2.Okul Boztepe (i.o)		3. Okul Bilkent (i.o)		Toplam		X ² P SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ebeveynlerin DEHB 'nun Semptomlarının Nezaman Başladığını Bilme Durumları									
Küçük Yaşlarda (3-6 yaşlarında)	6	28,6	24	40,7	73	47,7	103	43,6	
Bilmiyorum	10	47,6	15	25,4	37	24,3	62	26,2	X ² =6,7
Okul Çağında (6-12 yaşlarında)	3	14,3	16	27,1	31	20,3	50	21,1	P=0,34*
Doğumdan İtibaren	2	9,5	4	6,8	12	7,8	18	7,6	SD=6
Toplam	21	100	59	98,3	153	98,7	233	98,7	
Ebeveynlerin DEHB 'nun tanısının hangi yaş grubuna konulabileceğine ilişkin tanımlamaları									
Sadece Çocuklarda Görülür (6-12 yaşlarında)	7	33,3	32	54,2	84	54,9	123	52,1	
Yaş Grubu Farketmez (Her Yaş Grubunda Görülebilir)	5	23,8	22	37,3	33	21,6	60	25,4	X ² =29
Bilmiyorum	9	42,9	4	6,8	19	12,4	32	13,6	P<0.05*
4 -5 Yaş Hiperaktivite/6 -7 Yaşlarında Dikkat Eksikliği Görülür	0	0	1	1,7	17	11,1	18	7,6	SD=6
Toplam	21	100	60	100	153	98,7	234	99,1	
Ebeveynlerin DEHB 'nun Ergenlik ve Yetişkinlikte Görülme Durumuna İlişkin Tanımlamaları									
Hayır (Yetişkinlik ve Ergenlik Döneminde Görülmez)	8	38,1	39	66,1	86	56,2	133	57,1	
Bilmiyorum	6	28,6	7	11,9	26	17	39	16,7	X ² =6,9
Tedavi Olmazlar ise Görülebilir	3	14,3	5	8,5	23	15	31	13,3	P=0.32*
Evet (Yetişkinlik ve Ergenlik Döneminde Görülebilir)	4	19	8	13,6	18	11,8	30	12,9	SD=6
Toplam	21	100	59	98,3	153	98,7	233	98,7	

* Likelihood Ratio değeri kullanılmıştır.

Tablo 4.5'te Ebeveynlerin, DEHB'nun semptomlarının ne zaman başladığına, hangi yaş grubundaki bireyler görülebileceğine, ergenlik ve yetişkinlikte görülme durumuna ilişkin tanımlamaları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, genel toplmada Ebeveynlerin %43,6'sının (n=103) DEHB'nun semptomlarının küçük yaşlarda (3-6yaş) başladığını ifade ettikleri,

%26,2'sinin (n=62) ise DEHB'nun belirtilerinin ne zaman başladığını bilmediklerini belirttikleri görülmektedir.

Tablo okul bazında incelendiğinde ise; Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin %47,6'sının (n=10) DEHB'nun belirtilerinin ne zaman başladığını bilmediklerini, %28,6'sının ise küçük yaşlarda başladığını belirttikleri görülmektedir. Boztepe İ.O.'ndaki ebeveynlerin %40,7'sinin (n=24) DEHB'nun belirtilerinin küçük yaşlarda başladığını, %27,1'i (n=16) ise okul çağında (6–12 yaşlarda) başladığını belirtmiştir. Son olarak Bilkent İ.O.'da ki ebeveynlerin ise %47,7'sinin (n=73) genel toplama paralele olarak DEHB'nun belirtilerinin küçük yaşlarda başladığını, %24,3'ünün (n=37) ise bilmediklerini belirttikleri görülmektedir. DEHB'nun belirtilerinin başlama zamanına ilişkin olarak yapılan tanımlamalar açısından okullar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,344$)

Genel toplamda ebeveynlerin %52,1'inin (n=123) sadece çocuklarda (6-12) görülebileceğini belirttikleri, %25,4'ü ise yaş grubunun fark etmeyeceğini (her yaş grubunda görülebileceğini ifade ettikleri görülmektedir. Ebeveynlerin %7,6'sı (n=18) ise 4-5 yaşlarında hiperaktivite, 6–7 yaşlarında ise dikkat eksliği görülebileceğini belirtmişlerdir.

Tablo her bir okul için ayrı ayrı incelendiğinde ise, Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin %42,9'unun (n=9) DEHB'nun hangi yaş grubunda görülebileceğini bilmediklerini belirttiği, %33,3'ünün (n=7) ise sadece çocuklarda görülebileceğini ifade ettikleri görülmektedir. Boztepe İ.Ö.O.'da ki ebeveynlerin %54,2'si (n=32) DEHB'nun sadece çocuklarda görülebileceğini belirtirken, %37,3'ü (n=22) ise yaş grubunun fark etmeyeceğini ifade etmiştir. Bilkent İ.O.'da ki ebeveynlerin ise %54,9'u (n= 84) DEHB'nun sadece çocuklarda görülebileceğini, %21,6'sı ise yaş grubunun fark etmeyeceğini DEHB'nun her yaşta görülebileceğini belirtmiştir. DEHB'nun hangi yaş grubunda görülebileceğine yönelik olarak yapılan tanımlamalar açısından okullar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablonun son bölümünde, genel toplamda ebeveynlerin %57,1'i (n=133) DEHB'nun ergenlik ve yetişkinlikte döneminde görülmediğini belirtirken, %13,3'ü (n=31) tedavi olmazlar ise görülebileceğini, %12,9'u (n=30) ise ergenlik ve

yetişkinlikte görülebileceğini belirttikleri görülmektedir. Ebeveynlerin %16,7'si ise bu soruyu bilmiyorum olarak cevaplandırmışlardır.

Her bir okul için ayrı ayrı bakıldığında ise, Bademlidere İ.O.'da ki ebeveynlerin %38,1'i (n=8) DEHB'nun ergenlik ve yetişkinlikte görülmeyeceğini belirtirken, %14,3'ü (n=3) tedavi olmazlar ise görülebileceğini, %19'u (n=4) ise görülebileceğini ifade etmişlerdir. Boztepe İ.Ö.O.'da ki ebeveynlerin %66,1'i (n=39) ergenlik ve yetişkinlik döneminde görülmeyeceğini, %13,6'sı (n=8) görülebileceğini, %11,9'u (n=79) bilmediklerini belirtmişlerdir. Bilkent İ.O.'da ki ebeveynlerin ise %56,2'si (n=86) DEHB'nun ergenlik ve yetişkinlik döneminde görülmeyeceğini belirtirken, %15'i (n=23) tedavi olmazlar ise görülebileceğini, %11,8'i (n=18) ise gösterebileceklerini ifade etmişlerdir. DEHB'nun ergenlik ve yetişkinlikte görülme durumuna ilişkin olarak yapılan tanımlamalar açısından okullar arasında anlamlı bir fark yoktur (p=0,32).

Tablo 4.6. Ebeveynlerin, Hastalığın Belirtilerinin Görülebileceği Yerler ve Bu Tanıyı Almış Çocukların Günlük Yaşamlarına İlişkin Tanımlamaları

	1. Okul Bademlidere (i.o)		2.Okul Boztepe (i.o)		3. Okul Bilkent (i.o)		Toplam		X ² P SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	
DEHB'nun tanısının Konulabilmesi İçin Çocuğun Belirtileri Nerelerde Göstermesi Gerektiğine ilişkin tanımlamaları									
Her yerde	0	0	16	27,1	43	28,1	59	25,3	
Bilmiyorum	4	19	8	13,6	42	27,5	54	23,2	
Sadece Okulda	7	33,3	2	3,4	31	20,3	40	17,2	X²=98 P<0,01* SD=12
Evde ve Okulda	0	0	8	13,6	29	19	37	15,9	
Uzun Süre Kaldığı Sosyal Ortamlarda	8	38,1	7	11,9	8	5,2	23	9,9	
Sadece Evde	2	9,5	18	30,5	0	0	20	8,6	
Toplam	21	100	59	98,3	153	98,7	233	98,7	
DEHB 'nun Tanısı Almış Çocukların Günlük Yaşamlarında Nasıl olduklarına İlişkin Tanımlamaları									
Hırçın ve Yaramazdırlar	5	23,8	26	44,1	39	25,5	70	30,2	
Bilmiyorum	5	23,8	8	13,6	34	22,2	47	20,2	
Başladıkları İşleri Bitiremezler	2	9,5	9	15,3	34	22,2	45	19,3	
Uyumsuzdurlar	3	14,3	13	22	25	16,3	41	17,6	
Unutkan ve Sakardırlar/Kendilerine Zarar Verebilirler	3	14,3	0	0	13	8,5	16	6,9	
Diğer Çocuklar ile Aynadırlar	3	14,3	3	5,1	8	5,2	14	6	
Toplam	21	100	59	98,3	153	98,7	233	98,7	

*Likelihood Ratio değeri kullanılmıştır.

Tablo 4,6'da Ebeveynlerin, hastalığın belirtilerinin görülebileceği yerler ve bu tanıyı almış çocukların günlük yaşamlarına ilişkin tanımlamaları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, genel toplamda ebeveynlerin %25,3'ünün (n=59) DEHB tanısının konulabilmesi için çocuğun hastalığın belirtileri her yerde göstermesi gerektiğini, %15,9'unun (n=37) ise evde ve okulda göstermesinin yeterli olacağını ve %17,2'sinin (n=40) ise sadece okulda göstermesinin yeterli olacağını ifade ettikleri görülmektedir. Her bir okul için ayrı ayrı bakıldığında ise, Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin %38,1'inin (n= 8) DEHB tanısının konulabilmesi için belirtileri uzun

süre kaldıkları sosyal ortamlarda göstermesi gerektiğini, %33,3'ünün (n=7) sadece okulda göstermesi gerektiğini belirttiği görülürken %19'u (n=4) ise bilmediğini ifade etmiştir. Boztepe İ.O.'daki ebeveynlerin %30,5'inin (n=18) sadece evde göstermesinin yeterli olacağını belirtirken, %27,1'inin (n=16) her yerde göstermesi gerektiğini, %13,6'sının (n=8) evde ve okulda göstermesi gerektiğini ve yine %13,6'sının (n=8) bilmediğini belirttiği görülmektedir. Son olarak Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin DEHB tanısının konulabilmesi için çocuğun belirtileri nerelerde göstermesi gerektiğine ilişkin tanımlamalarına bakıldığında ise; ebeveynlerin %28,1'inin (n=43) her yerde göstermesi gerektiğini, %19'unun (n= 29) evde ve okulda göstermesi gerektiğini, %27,5'inin ise bilmediğini ifade ettikleri görülmektedir. DEHB'nun tanısının konulabilmesi için çocuğun belirtileri nerelerde göstermesi beklenir sorusuna ilişkin yapılan tanımlamalar yönünden okullar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,01).

Tablonun devamında ebeveynlerin DEHB 'nun tanısı almış çocukların günlük yaşamlarında nasıl olduklarına ilişkin tanımlamaları incelendiğinde; genel toplamda ebeveynlerin %30,2'sinin (n=70) DEHB'na sahip olan çocukları günlük yaşamlarında "hırçın ve yaramaz" olarak tanımladıkları görülmektedir. Okul bazında incelendiğinde, Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin %23,8'inin (n=5) bu çocukları günlük yaşamlarında "hırçın ve yaramaz" olarak tanımladıkları, %14,3'ünün "unutkan ve sakardırlar (kendilerine zarar verebilirler)" şeklinde tanımladıkları, yine aynı oran ile (%14,3) diğer çocuklar ile aynıdır şeklinde tanımladıkları görülmektedir. Boztepe İ.O.'da ki ebeveynlerin %44,1'i (n=26) bu çocukları günlük yaşamlarında hırçın ve yaramaz, %13,6'sı (n= 8) uyumsuz olarak tanımlamışlardır. Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin % 25,5'i (n=39) DEHB tanısı almış çocukları günlük yaşamlarında hırçın ve yaramaz olarak, %16,3'ü (n=25) uyumsuz olarak tanımlarken ve %22'si de DEHB tanısı almış çocukların günlük yaşamlarında nasıl olduklarını bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.7. Ebeveynlerin, DEHB Tanısı Alan Çocukların Tedaviye İhtiyaçlarının Olma Durumuna ve Bildikleri Tedavi Yöntemlerine İlişkin Tanımlamaları

	1. Okul Bademlidere (i.o)		2.Okul Boztepe (i.o)		3. Okul Bilkent (i.o)		Toplam		X ² P SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ebeveynlerin DEHB Olan Çocukların Tedaviye İhtiyaçlarının olup olmadığına İlişkin Tanımlamaları									
Evet İhtiyaçları Vardır	7	33,3	38	63,3	70	45,2	115	48,7	X ² = 7,9 (P = 0,17) SD=2
Hayır İhtiyaçları Yoktur	14	66,7	22	36,7	85	54,8	121	51,3	
Toplam	21	100	60	100	155	100	236	100	
DEHB ‘u ile ilgili Bilinen tedavi yöntemleri									
Bilmiyorum	16	76,2	23	39	86	55,8	125	53,4	
Ailenin Çocuğa Karşı İlgili Olması	2	9,5	16	27,1	14	9,1	32	13,7	
İlaç Tedavisi	2	9,5	7	11,9	21	13,6	30	12,8	
Diğer	1	4,8	13	22	33	21,4	47	20,1	
Toplam	21	100	59	98,3	154	99,3	234	99,1	

Tablo 4.7.’de Ebeveynlerin, DEHB tanısı alan çocukların tedaviye ihtiyaçlarının olma durumuna ve bildikleri tedavi yöntemlerine ilişkin tanımlamaları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, genel toplamda ebeveynlerin %48,7’si (n=115) DEHB’na sahip olan çocukların tedaviye ihtiyaçlarının olduğunu belirtirken, %51,3’ünün (n=121) tedaviye ihtiyaçlarının olmadığını belirttikleri görülmektedir. Her bir okul için bakıldığında ise; Bademlidere İ.O.’da ki ebeveynlerin %66,7’sinin (n=14) ve Bilkent İ.O.’da ki ebeveynlerin %54,3’ünün (n=85) DEHB’na sahip olan çocukların tedaviye ihtiyaçlarının olmadığını belirtirken; Boztepe İ.O.’da ki ebeveynlerin %36,7’sinin (n=22) tedaviye ihtiyaçları olmadığını ifade ettikleri görülmektedir. DEHB’nda tedaviye ihtiyaç olup olmadığına ilişkin yapılan tanımlamalar açısından okullar arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Ebeveynlerin DEHB ile ilgili olarak bildikleri tedavi yöntemlerinin yer aldığı tablonun devamına bakıldığında, genel toplamda ebeveynlerin %53,4'ü (n=125) DEHB ile ilgili bildikleri bir tedavi yöntemi olmadığını ifade etmişlerdir.

Okullar için ayrı ayrı bakıldığında; Bademlidere İ.O.'da ki ebeveynlerin %76,2 sinin (n=16) , Boztepe İ.O.'da ki ebeveynlerin %39'unun (n=23) ve Bilkent İ.O.'da ki ebeveynlerinde %55,8'inin (n=86) DEHB'na ilişkin bildikleri bir tedavi yöntemi olmadığını belirtmişlerdir. Boztepe İ.O.'daki ebeveynlerin %27,1'i (n=16) ve Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin %9,1'i (n=14) ve Bademlidere İ.O.'da ki 2 ebeveyn ailenin çocuğa karşı ilgili olması cevabını vermişlerdir. DEHB'nda tedavi yöntemi olarak ilaç tedavisini bilen ebeveynlerin oranı ise; Bilkent İ.O.'da %13,6, Boztepe İ.O.'da %11,9 ve Bademlidere İ.O.'da %9,5'tir. Verilen cevapların çok çeşitli olmasına bağlı olarak oluşturulan diğer seçeneğinde yer alan DEHB'na ilişkin bilinen tedavi yöntemleri ise; Bademlider İ.O.'daki ebeveynlerinden 1 kişinin "psikolağa götürmek" , Boztepe İ.O.'daki ebeveynlerden 2 kişi "bitki çayları", 4 kişi "okul, aile ve psikolog işbirliği), 7 kişi ise "spor yapmak, arkadaşları ile zaman geçirmek" şeklinde ve son olarak ta Bilkent İ.O.'da ki 13 kişi "spor yapmak", 10 kişi "dikkati artıran oyunlar oynanması", 9 kişi "bilişsel terapi (davranış değiştirme)", 1 kişi ise "bitkisel ürünler" şeklinde olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, Dünyada ve ülkemizde en yaygın olarak görülen ve tanı konulan; çocukluk döneminde başlayan ergenlik ve yetişkinlik döneminde de bireyin günlük yaşamı ile beraber gelecekteki yaşamını etkileyebilecek önemli ruhsal bir bozukluk ve halk sağlığı sorunudur [1, ,37,42,58,60,80]. DEHB'nun uygun zamanda doğru şekilde tedavi edilebilmesi birey, ailesi ve çevresi için oldukça önemlidir. Bu nedenle literatürde, yapılan çalışmalarda DEHB nun erken zamanda tanınmanın önemine işaret etmektedir [50]. Bu doğrultuda bakıldığında, DEHB'nun erken zamanda tanınması için tek unsur etkili değildir. DEHB'nun erken zamanda tanınmasında öğretmenlerin ve özellikle ailelerin DEHB ile ilgili sahip oldukları bilgilerin ve hastalığa yaklaşımlarının önemli rolü olduğunu göstermektedir [74,91].

Bu doğrultuda, ailelerin DEHB'na ilişkin sahip oldukları bilgi düzeylerini belirlemek için gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda ilk olarak sosyo demografik veriler incelendiğinde çalışmamıza katılan ebeveynlerin farklı sosyo demografik özelliklere sahip oldukları görülmektedir (Bkz Tablo 4.1.) Literatürde bu bozukluk ile ilgili bilgi düzeyini belirlemek amacı ile yapılacak çalışmalar için homojen bir grup yerine heterojen bir grup ile çalışmanın, araştırmaların sonuçlarının güvenilirliği ve sonuçların genellenebilirliği açısından önemli olduğuna değinilmektedir [90].

Çalışmamızda, ‘‘DEHB ile ilgili önceden sahip olduğunuz bilgileriniz var mı?’’ sorusuna genel toplamda ebeveynlerin %69,4'inin ‘‘önceden bilgim’’ var cevabını verdiği görülmektedir. Bademlidere ve Bilkent İ.O'da da verilen cevap genel toplam ile paralellik gösterirken, Boztepe İ.O.' da ki ebeveynlerin büyük bir oranının DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgilerinin olmadığını belirttiği görülmektedir. Karabekiroğlu ve arkadaşlarının [41] DEHB ve otizm ile ilgili aile ve öğretmenlerin bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik gerçekleştirdikleri çok merkezli çalışmalarında ise, çalışmaya katılan ebeveynlerin %80,3'ünün (n=535) [40], Bussing ve arkadaşlarının DEHB ile ilgili bilgi düzeyinde kültürel farklılıkları araştırdıkları çalışmalarında ise ebeveynlerin %83'ünün (n=486) DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgileri olduğu belirlenmiştir [16]. Yapılan bu çalışmalar ile kendi çalışmamızın sonuçları karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızda DEHB ile

ilgili önceden öğrendiği bilgileri olan ebeveynlerin oranının düşük olduğu görülmektedir. Mcleod ve arkadaşlarının toplumun DEHB ile ilgili bilgi, inanç ve tutumlarını belirlemeye yönelik 1139 okul çağında çocuğu olan ebeveynle yaptıkları çalışmada ise; ebeveynlerin %64'ünün DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgilerinin olduğu bulunmuştur [51]. Bu sonuç bizim çalışmamız ile elde ettiğimiz sonuç ile paralellik göstermektedir. Ebeveynlerin DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgilerinin olması yönünden okullar arasında fark anlamlıdır ve Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin %82'sinin önceden öğrendiği bilgisi varken Boztepe İ.O.'daki ebeveynlerin %38,3'nün DEHB ile ilgili önceden öğrendikleri bilgileri mevcuttur.

Çalışmamızda, DEHB ile ilgili önceden bilgisi olanların bu bilgiye nereden / kimden ulaşıldığında bakıldığında; genel toplamda ebeveynlerin çoğunluğunun televizyon, internet veya gazetelerden, %16,6'sının arkadaş veya komşulardan ulaştığı belirlenmiştir. DEHB ile ilgili edindiği bilginin kaynağını doktorlar olarak belirten ebeveynlerin 12'si DEHB tanısı almış çocuğa sahip ebeveynler oluşturmaktadır (Bademlidre İ.O.=5, Boztepe İ.O. =2, Bilkent İ.O. = 5). Okul bazında tekrar bakıldığında ise, Boztepe ve Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin çoğunluğunun (%60,9, %63,6) DEHB ile ilgili bilgiye ulaşma kaynağını televizyon, internet ve gazeteler olarak, genel toplamla benzer bir oranda olduğu görülmektedir. Fakat Bademlidre İ.O.'daki ebeveynlerin %35,7'sinin DEHB ile ilgili sahip olduğu bilgilere arkadaş ve komşulardan ulaştıkları görülmektedir. Amerika'da toplum örneğinde aile ve adölesanların DEHB ile ilgili bilgi ve bilgiye ulaşma kaynaklarının incelendiği bir çalışmada; katılımcı ebeveynlerin (n=374) %52,4'ünün DEHB ile bilgilere ulaşma kaynağını internet, %19,5'i ise yazılı kaynaklar (gazete, kitap) ebeveynlerin %4,3 gibi çok düşük oranı ise DEHB ile ilgili öğrendikleri bilginin kaynağını rehber öğretmenler olarak göstermişlerdir [16]. Bu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da DEHB ile ilgili en az bilgiye ulaşılan kaynağın rehber öğretmenler olması dikkat çekicidir. Multidisipliner yaklaşımda okulda bu tür hastalıklar ile ilgili aileleri bilgilendirmesi ve yönlendirmesi gereken grup üyeleri okullarda var ise hemşireler, yoksa rehber öğretmenlerdir. Fakat Türkiye örneği düşünüldüğünde okullarda hemşire olmaması (özel okullar hariç) DEHB gibi erken dönemde tanılmanın önemli olduğu rahatsızlıklarda hem rehber öğretmenlerin doğru bilgilendirilmesini hemde rehber öğretmenlerin aileleri doğru

bilgilendirmesinin önemini ortaya koymaktadır. Litaratürdeki bir başka çalışmada benzer şekilde ebeveynlerin DEHB ile ilgili en çok bilgiye ulaştıkları kaynağın gazete, televizyon (%50,6) ve internet (%30,6) olduğu, en az bilgiye ulaştıkları kaynağın ise doktorlar (%27,9) olduğu bulunmuştur [41]. Bizim çalışmamızda da DEHB ile ilgili bilgi kaynağı olarak doktorları gösteren ebeveynlerin oranı (%15,3), bilgi kaynağı olarak televizyon, internet ve gazteleri gösterenlerden daha azdır. Bu veriler doğrultusunda bakıldığında; DEHB ile ilgili bilgi kaynağı olarak sosyal iletişim araçlarının kullanılması DEHB ve benzeri hastalıklarda avantajın yanında bazı dezavantajlarında beraberinde getirebileceği gözden kaçırılmamalıdır. Çünkü ruhsal bir bozukluğun basın organlarında nasıl yer aldığı, konu ile ilgili verilen olumsuz örnekler ve stigmatı vurgulayan yaklaşımlar toplumun o hastalığa ilişkin edineceği bilgileri ve dolayısı ile yaklaşımını yakından etkileyecektir [19].

Çalışmaya katılan ebeveynlerin önemli bir kısmı (%33,5) (n=79), çevrelerinde DEHB tansı alan biri/birilerinin olduğunu belirtmişlerdir. DEHB tanısı almış biri/birilerinin olma durumuna göre okullar arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen ($p>0.05$), okul bazında bakıldığında düşük sosyoekonomik düzeyde yeralan Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin (% 57,1) Boztepe ve Bilkent İ.O.'na göre çevrelerinde daha fazla DEHB tanısı almış kişi bulunduğunu belirtmiştir. Elde edilen ve DEHB'nun görülme sıklığı ile ilgilide fikir verici olan bu sonuçlar litaratürde DEHB'nun düşük sosyoekonomik gruplarda görülme potansiyelinin daha fazla olduğunu vurgulayan çalışmaları destekler niteliktedir [35,46]. Çalışmamızda çevrelerinde DEHB'na sahip kişilerin olduğunu belirten ebeveynlerin çoğunluğunun (%62) bu kişilerin yakınlık derecelerini komşu/arkadaş çocuğu olarak belirttiği bulunmuştur. Bu yakınlık derecesini kendi çocuğu olarak belirten ebeveynlerin (%12,7) (tüm örnekleme %4,2) hiçde küçümsenmeyecek bir oranda olduğu; Türkiye ve Dünya genelinde DEHB ile ilgili tanı almış çocukların prevalansını belirlemeye yönelik çalışmalar ile ulaşılan oranlar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir [1, 37,54]

Çalışmamızda, DEHB ile ilgili ebeveynler tarafından yapılan tanımlamalara bakıldığında ilk olarak DEHB'nu nedir? Siz nasıl tanımlarsınız sorumuza Bademlidere ve Boztepe İ.O.'da ki ebeveynlerin çoğunluğunun çocukların aramaz

olması şeklinde tanımladığı Bilkent İ.O.'da ki ebeveynlerin ise çoğunluğunun çocukların dikkatini toplayamaması şeklinde tanımladığı görülmektedir; literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında; Karabekiroğlu ve arkadaşlarının [41] çalışmalarında, ebeveynlerin %9'unun DEHB'nu çocukların yaramaz olması şeklinde tanımladıklarını belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda DEHB'nu yaramaz olarak tanımlayan ebeveyn sayısının oldukça yüksek olmasında, ebeveynlerin DEHB'nu tedavi gerektirmeyen, gelip geçici bir durum gibi olarak algılamalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Yine aynı çalışmada katılımcıların %10'u DEHB'nu 'dikkat süresinin kısalığı' olarak tanımlamışlardır. 'Bilkent İ.O.'da ki ebeveynlerin çoğunluğunun verdiği cevap ile benzerlik göstermektedir. Dikkat süresinin kısalığı bu hastalık için yeterli bir tanım değildir ancak DEHB'nun semptomlarından bir tanesi hakkında farkındalığı göstermesi açısından diğer iki okula göre daha geçerli bir tanım olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda, ebeveynlerin DEHB'nun ne olduğuna ilişkin yaptıkları bir diğer tanımlama ise; DEHB "çocukluk döneminin ruhsal bir bozukluğudur" ifadesidir. Fakat ebeveynlerin genel toplamda sadece %11,1'inin okullar bazında ise sadece Bademlidere İ.O. (%9,5) ve Bilkent İ.O.'da (%15,6) DEHB'nun gerçek bir rahatsızlık olduğu tanımını yaptıkları görülmektedir. Gilmore'un 2010 yılında yaptığı çalışmada ise ebeveynlerin %77 gibi büyük bir oranının DEHB'nun gerçek bir hastalık olduğu tanımını yaptıkları görülmektedir. Aradaki bu büyük fark ile bizim çalışmamızda ebeveynler tarafından DEHB'nun bir hastalık olarak tanımlanmamasının arkasında kültürel anlamda çocuğa bakışın getirdiği düşüncelerin var olduğu akla gelen nedenlerin arasında ilk sıradadır. DEHB'nun bir hastalık olarak kabul görüp görmemesi ve sağlık hizmetlerine başvuruya ilişkin kültürel etkenleri araştıran çalışmalarda bu sonucu destekler niteliktedir [16,67]

Ebeveynlerin DEHB'tanısı almış çocukları fiziksel olarak nasıl değerlendirdiklerine ilişkin yapmış oldukları tanımlamalar incelendiğinde; ebeveynlerin, genel toplamda (%73,7) ve okullar bazında çoğunluğunun DEHB tanısı almış çocukların fiziksel görünüşlerini "zayıf bir vucuda sahiptirler" olarak tanımladıkları, %11,6'sının bilmediklerini belirtmişlerdir. West ve Arkadaşlarının [90] öğretmenler ve ailelerin DEHB ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik olarak yaptıkları çalışmalarında ebeveynlerin (n=92) %52'sinin DEHB tanısı almış

çocukların fiziksel dış görünüşlerinin nasıl olabileceğini bilmediklerini belirttikleri belirlenmiştir. Ancak literatürde, DEHB tanısı almış olan çocukların fiziksel görünüşlerinin diğer çocuklardan farklı olduğunu belirten bir kaynak yoktur. Bu doğrultuda bakıldığında, bizim çalışmamızda ebeveynlerin sadece %11,62'sinin beklenen cevabı verdiği ve DEHB tanısı almış çocukları fiziksel görünüşlerinin diğer çocuklarla aynı olduğunu belirttiği görülmektedir. Ebeveynlerin çoğunluğunun bu tanıyı almış çocukların fiziksel görünüşlerini " zayıf" olarak tanımlamalarına ise, DEHB'nun isminden de kaynaklandığı gibi aşırı hareket ve efor sarfetmenin onların yaşitlarına göre olmaları gereken kilodan daha düşük bir kiloda olmalarına neden olabileceği düşüncesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda, DEHB ile ilgili bilgi düzeyini belirlemeye yönelik bir diğer önemli husus olan DEHB'nun nedenine ilişkin ebeveynlerin yaptıkları tanımlamalara bakıldığında, genel toplamda ebeveynlerin %35,2'sinin DEHB bozukluğunun genetik ve beyin işlevlerindeki bir bozukluktan kaynaklanabileceğini belirttikleri bulunmuştur. Okul bazında ise; Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin %28,6'sının ve Bilkent İ.O.'da ki ebeveynlerinde %43,8'inin DEHB'nun nedenini genetik ve beyin fonksiyonlarından kaynaklandığını, Boztepe İ.O.'da ki ebeveynlerin ise %30,5'inin DEHB'nun nedeninin çevrenin (büyüklerin tutumu, arkadaşlar) olabileceğini belirttiği bulunmuştur. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, ebeveynlerin DEHB bozukluğunun nedenlerine ilişkin sahip oldukları bilgilerin, DEHB'nun diğer karakteristik özelliklerine ilişkin sahip oldukları bilgilerden daha iyi düzeyde olduğunu göstermektedir [90] Karabekiroğlu ve Arkadaşları [41] çalışmalarında ebeveynlerin, %37,8'inin, DEHB'nun nedenini Beyin/genlerden kaynaklanan bir sorun olarak tanımladıklarını, %12,9'unun ise çevre nedenli bir sorun olabileceğini belirttiklerini bulmuşlardır; benzer şekilde McLeod ve Arkadaşlarının çalışmalarında [51] ise, ebeveynlerin %37'sinin DEHB'nun nedenini biyolojik (beyin ve genlerden) olabileceğini belirttiklerini bulmuşlardır. DEHB'nun nedenini belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmalarda bu hastalığın tek bir neden değil birçok nedenden kaynaklanabileceği yönündedir. Bu nedenler arasında beyin fonksiyonları ve genetik nedenler en çok kabul gören ve ilk sırada olan nedenler arasında yer almaktadır. Çalışmamızda, Düşük ve yüksek sosyoekonomik seviyede yer alan Bademlidere ve Bilkent İ.O.'larında DEHB'nun nedenine ilişkin yapılan

tanımlar bu doğrultuda iken; orta sosyoekonomik düzeyde yer alan Boztepe İ.O.'da DEHB'nun nedenine ilişkin en çok yapılan tanımlama hastalığın nedeninin çevresel kaynaklı olabileceği yönündedir. DEHB'na ilişkin yapılan diğer tanımlara bakıldığında; Bademlidere İ.O.'da ki ebeveynlerin %14,3'ü "kardeş kıskançlığının", Boztepe İ.O.'da ki ebeveynlerin %23,7'sinin "yanlış ebeveyn davranışlarının", Bilkent İ.O.'da ki ebeveynlerin ise %15,7'sinin "fazla televizyon izleme/ internet kullanmanın" DEHB'na neden olabileceğini belirttikleri bulunmuştur. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ise ebeveynlerin, "beyin/genetik (biyolojik)" ve "çevresel" nedenler dışında" ve bu tanımlamalardan daha az bir oranla "fazla şeker tüketimi"nin DEHB'nun nedeni olabileceği yönünde görüş bildirdikleri belirlenmiştir [16,51]. DEHB'nun nedeni ile ilgili olarak sorulan bir diğer soru olan "DEHB aile içi huzursuzluklarla ilgili midir?" sorusuna ilişkin olarak genel toplam ve okullar bazında yarıdan fazlası DEHB'nun aile içi huzursuzlukla ilgili olduğu tanımlamasını yapmışlardır. DEHB'nun aile içi huzursuzlukla ilgili olup olmadığına ilişkin yapılan bu tanımlamalar açısından okullar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,17$). Bu sonuç doğrultusunda ebeveynlerin özellikle aile içinde yaşanan sıkıntıların ve huzursuzlukların DEHB'na neden olabileceğini düşündüklerini göstermektedir. Oysa ki konu ile ilgili yapılan araştırmalar aile içi huzursuzluklarının da diğer çevresel kaynaklar gibi DEHB'nun esas nedeni değil hazırlayıcısı olabileceği yönündedir [71].

DEHB'nun diğer karakteristik özelliklerinden olan DEHB'da semptomlarının başlama zamanına ve hangi yaş grubundaki bireyler görülebileceğine, ergenlik ve yetişkinlikte görülme durumuna ilişkin yapılan tanımlamalara bakıldığında ise, genel toplamda çoğunluğun (%43,6) bu orana paralel olarak ta Boztepe ve Bilkent İ.O.'ların da ki çoğunluğun (%40,7-%47,7) DEHB'nun belirtilerinin küçük yaşlarda (3-6) başladığını, Bademlidere İ.O.'da ki ebeveynlerin ise bilmediklerini belirttikleri görülmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar DEHB'nun belirtileri küçük yaşlarda başladığını göstermektedir. Bu doğrultuda Bilkent ve Boztepe İ.O.'da ki ebeveynlerin çoğunluğunun beklenen cevabı verdikleri bulunmuştur. Çalışmamızda ebeveynlerin DEHB'nun tansının hangi yaş grubunda konulabileceğine ilişkin yaptıkları tanımlamalara baktığımızda; genel toplamda (%52,1) ve okullar bazında

Boztepe ve Bilkent İ.O.'larında (%54,2-%54,9) DEHB'nun sadece çocuklarda görülebileceğini belirttikleri, Bademlidere İ.O.'da ki ebeveynlerin ise %42,9'unun bilmediğini belirttiği bulunmuştur. Sonuçlardan da anlaşıldığı üzere, ebeveynlerin çoğunluğunun DEHB'nun sadece çocukluk döneminde görülebileceğini düşünmekte oldukları görülmektedir. Zaten devamında ebeveynlerin DEHB 'nun ergenlik ve yetişkinlikte görülme durumuna İlişkin görüşlerinin sorulduğu soru ve alınan cevaplarda genel toplamda ve okullar bazında çoğunluğun görüşünün, DEHB'nun yetişkinlik ve ergenlik döneminde görülmeceği yönünde olduğunu göstermektedir. Fakat literatürde konu ile ilgili çalışmalar; DEHB ile ilgili olarak en çok dikkat çekilmesi gereken hususlardan birisinin; hastalığa olan bakışı etkileyeceği ve hastalığın uzun dönemli etkileri ile ilgili farkındalığın sağlık hizmetlerine başvuruyu şekillendireceği düşüncesi ile DEHB'nun sadece çocukluk dönemine özgü bir hastalık olmadığı vurgulanması yönündedir [5,7, 61, 85]

Çalışmamızda DEHB'nun bir diğer karakteristik özelliklerinden olan "Ebeveynlerin, DEHB'nun tanısının konulabilmesi için çocuğun belirtileri nerelerde göstermesi gerektiğine ve bu tanıyı almış çocukların günlük yaşamlarında nasıl olduklarına ilişkin tanımlamalarına" baktığımızda; Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin %38,1'inin bu tanının konulabilmesi için çocuğun belirtileri uzun süre kaldığı her ortamda,%%33,3'ünün sadece okulda göstermesi gerektiğini belirttikleri, Boztepe İ.O.'daki ebeveynlerin ise %30,5'inin sadece evde göstermesi gerektiğini, Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin %28,1'inin her yerde ve %20,3'ünün sadece okulda göstermesi gerektiğini ifade ettikleri görülmektedir. Her üç okulda da ebeveynlerin verdikleri cevaplarda dikkat çeken nokta, bu tanıyı koyabilmek için yada çocuklarının DEHB'na sahip olduğundan şüphelenmeleri için çocukların hareketli olma potansiyeli yüksek olan ortamlarda (sadece ev yada sadece okul gibi) bu belirtileri göstermelerinin yeterli olduğunu düşünenlerin sayısının hiçde az olmamasıdır. Fakat konu ile ilgili yapılan çalışmalar ve tanı koyma kriterleri [2,3]; bir çocuğa bu tanın konulabilmesi ya da şüphelenilmesi için, çocuğun en az iki ortamda aynı şekilde bu belirtileri göstermesi gerektiği yönündedir [52,53,54, 84]. Fakat iki yada daha fazla ortamda göstermesi gerekli diyenlerin oranı (Her yerde, evde – okulda) Boztepe ve Bilkent İ.O.'larında Bademlidere İ.O.'na göre daha fazla bulunmuştur. DEHB tanısı almış çocukların günlük yaşamlarında nasıl olduklarına

ilişkin tanımlamalarına bakıldığında; genel toplamda ve her bir okul için en çok “hırçın ve yaramazdılar” tanımlamasının yapıldığı görülmekte; Bu tanımlamayı “uyumsuzurlar”, “başladıkları işleri bitiremezler”, “unutkan ve “sakardılar/kendilerine zarar verebilirler” tanımlamaları izlemektedir. Bulgularda, bu çocukların günlük yaşamda ki hallerini tanımlamak için “yaramaz” ifadesinin kullanımını dikkat çekmektedir. Fakat DEHB’nun bir çocuğun günlük yaşamını nasıl etkilediğine ilişkin üç okulda da ebeveynlerin yaptıkları tanımların çoğunluğu beklenen niteliktedir. DSM - IV [3] kriterleri bu tanıyı alan çocukların başka kişilere ve eşyalarına zarar verebileceğini, belirli kurallar içinde gerçekleştirilmesi gereken organizasyonlarda sıkıntı yaşayabileceklerini vurgulamaktadır. Weis ve arkadaşlarında [87] bu tanıyı almış çocukların diğer insanların ihtiyaçlarına duyarsız ve rahatsız edici kişiler olarak tanımlanabileceklerini belirtmişlerdir. Litaratürdeki bazı çalışmalarda bu çocukların özellikle okul gibi ortamlarda karşılaştıkları yönergeler ve kendilerini disipline etmeleri beklendiği için, problemleri davranışların bu dönemde daha ortaya çıktığını vurgulamakta [62], özellikle bu davranışları nedeniyle sınıf düzenini bozan ve oyun bozan olarak nitelendirilmeleri ise yaşadıkları iletişim sorununu ve karşılaştıkları stigma içeren davranışları artırdığını göstermektedir. Karabekiroğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında da [41] ebeveynlerin %39,5’i DEHB tanısı alan çocukların kendi çocuğu ile sıra arkadaşı olmasını istemediğini belirtirken, %30,3’ü ise bu çocukların farklı sınıflarda okutulmasının gerektiği yönünde fikir belirtmişlerdir.

DEHB’nun tedavisi ve bilinen tedavi yöntemleri ile ilgili ebeveynlerin tanımlamalarına baktığımızda; genel toplamda ebeveynlerin yarısından fazlasının (%51,3) DEHB tanısını almış çocukların tedaviye ihtiyaçlarının olmadığını düşünmekte oldukları görülmektedir. Okullar bazında bakıldığında ise Bademlidere ve Bilkent İ.O.’daki ebeveynlerin yarısından çoğunluğunun (%66,7-%54,8) tedaviye ihtiyaçları olmadığını belirttiklerini, Boztepe İ.O.’daki ebeveynlerin ise çoğunluğunun (%63,3) ihtiyacı olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Sonuçlardan da görüldüğü üzere çalışmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu DEHB ‘nun tedavi gerektiren bir durum olmadığını düşünmektedir. Böyle düşünmeleri üzerinde DEHB’nun gelip geçici bir durum gibi algılanmasının yanısıra, tedavi dendiğinde ilk seçenek olarak akıllarına ilaç tedavisinin gelmesinin etkili olduğu düşünülebilir.

Çünkü çalışma sırasında ebeveynlerin araştırmacıya “ *böyle bir durum için tedavi gerekmez ki, büyüyünce geçer*” şeklinde yansıttıkları görüşleri bu düşünceyi destekler niteliktedir. Dikkat çeken bir diğer nokta ise sosyoekonomik düzeyleri farklı olan okullar arasında tedaviye ilişkin görüşler açısından bulunan farkın anlamlı olmamasıdır ($p>0.05$). West ve arkadaşları’da [90] DEHB ile ilgili olarak ebeveynlerin en az tedavi konusunda doğru bilgilerinin olduğu sonucuna varmaları bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Devamında, ebeveynlerin bildikleri tedavi yöntemleri yer almaktadır, ebeveynlerin çoğunluğunun (%53,4) DEHB’na ilişkin bildikleri bir tedavi yöntemi olmadığını belirttikleri, sadece %12,8’inin ilaç tedavisi ile bilgileri olduğunu; DEHB’na ilişkin bilinen diğer tedavi yöntemlerinin ise; ailenin ilgili olması, spor yapmak, psikolog, bilişsel terapi, bitkisel ürünler vb. şeklinde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda ebeveynlerin DEHB ile ilgili olarak bildikleri tedavi yöntemlerinin genellikle ilaç dışı yöntemler olduğu görülmektedir. Karabekiroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında [40] ebeveynlerin %42,8’inin DEHB’ nun tedavisinde en uygun tedavinin özel eğitim, % 39, 9’unun ise ilaç tedavisi olduğunu belirttikleri bulunmuştur. Bussing ve arkadaşlarının [15] yaptıkları çalışmada ise ailelerin çoğunluğunun (%89) DEHB’nun tedavisinde ilaçların kullanılabileceğini belirttikleri bulunmuştur. Bizim çalışmamızın sonucunda elde ettiğimiz sonuç gibi McLeod ve Arkadaşları’nın [51] çalışmalarında ise, katılımcıların sadece %5’inin DEHB’nun tedavisinde yalnızca ilaç, %65’inin ise hem danışmanlık hemde ilaç yönteminin kullanılabileceğini belirttiği görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Farklı sosyoekonomik özelliklere sahip ebeveynlerin Dikkak eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklara ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi konulu çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- DEHB ile ilgili önceden bilgisi olan ebeveynlerin oranı genel toplamda %66,5'tir; Düşük sosyoekonomik seviyede yer alan Bademlidere İ.O. ve yüksek sosyoekonomik seviyede yer alan Bilkent İ.O.'da sonuç genel toplam ile benzer bulunurken, orta sosyoekonomik düzeyde yer alan Boztepe İ.O.'daki ebeveynlerin %73,3'ünün DEHB ile ilgili önceden bilgisinin olmadığı bulunmuştur.
- Önceden DEHB ile ilgili bilgilerinin olması yönünden okullar arasında bulunan fark ise istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve bu farkın Boztepe İ.Ö.O'dan kaynaklandığı belirlenmiştir.
- Genel toplam (%61,1) ve okullar bazında DEHB ile ilgili bilgiye ulaşmak için en çok kullanılan kaynağın; televizyon, internet ve gazeteler olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %33,5'inin çevrelerinde DEHB tanısı almış birileri olduğu belirlenmiş ve bu kişilerin yakınlık dereceleriniN büyük çoğunlukla tüm okullarda arkadaş yada komşu çocuğu olduğu belirlenmiştir.
- Ebeveynler, Bademlidere İ.O.'da %47,6, Boztepe İ.O.'da %45,7 olmak üzere DEHB'nu "çocukların yaramaz" olması olarak, Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin %45,7'si "çocukların dikkatlerini toplayamaması" olarak tanımladıkları bulunmuştur. Bu tanıyı almış çocukların fiziksel görünüşlerini ise genel toplamda ebeveynlerin %73,7'si ve tüm okullarda çoğunluğun "zayıf bir vucuda sahiptirler" olarak ifade ettikleri bulunmuştur.
- DEHB'nun nedeninin, genel toplamda ebeveynlerin %35,2'si genetik nedenlerden kaynaklandığını, okullar bazında ebeveynlerin; Bademlidere İ.O.'da %28,6'sı, Boztepe İ.O.'da %30,5'i "çevrenin etkisi (büyüklerin tutumu, arkadaşlar)," olarak ve Bilkent İ.O. ebeveynlerin %43,8'inin ise "genetik/beyin

fonksiyonlarından''kaynaklandığını belirttiği, yine genel toplamda (%63,5) ve okullar bazında çoğunluğun DEHB'nun aile içi huzursuzluklarla ilgili olduğunu belirttiği bulunmuştur. (Bkz Tablo 4.5)

- DEHB'nun karakteristik özelliklerine ilişkin olarak, Boztepe İ.O.'daki ebeveynlerin %49,7'sinin ve Bilkent İ.O.'daki ebeveynlerin %47,7'sinin de genel toplam ile aynı şekilde belirttiği, Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin %47,7'sinin bilmediğini belirttiği bulunmuştur. Bademlidere İ.O.'daki ebeveynlerin %33,3'ünün, Boztepe İ.O.'da %54,2'sinin , Bilkent İ.O.'da %54,9'unun DEHB tanısının sadece çocuklarda konulabileceğini belirttikleri ve aynı paralellikte yine hem genel toplamda hemde okullar bazında çoğunluğun DEHB'nun ergenlik ve yetişkinlik döneminde görülemeyeceğini belirttikleri bulunmuştur.
- Ebeveynlerin, Bademlidere İ.O.'da %38,1'i ve Bilkent İ.O.'da %28,1'i DEHB'nun bir diğer karakteristik özelliklerinden olan tanın konulabilmesi için çocuğun bu belirtileri birden fazla ortamda göstermesi gerektiğini, Boztepe İ.O.'daki ebeveynlerin %30,5'i sadece okulda göstermesi gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Ayrıca ebeveynlerin çoğunluğunun DEHB tanısı almış çocukları günlük yaşamlarında hırçın ve yaramaz olarak tanımadıkları bulunmuştur
- DEHB'nda tedaviye ilişkin olarak; genel toplamda ebeveynlerin %48,7'si bu çocukların tedaviye ihtiyaçları olduğunu, %51,3'ü ise tedaviye ihtiyaçları olmadığını belirtmişler, bu doğrultuda da %53,4'ü DEHB' ilişkin bildikleri herhangi bir tedavi yöntemi olmadığını ifade ederken ebeveynlerin geri kalanın bildikleri tedavi yöntemleri 'ailenin çocuğa ilgi göstermesi, spor yapmak, bitkisel ürünler kullanmak, psikolog ile görüşmek'' vb. şeklinde olduğu belirlenmiştir.

Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda aşağıda belirtilen önerilerin DEHB ile ilgili olarak birinci basamakta okul sağlığı kapsamında koruyucu ruh sağlığı ile ilgili

olarak bundan sonra yapılacak olan çalışmalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

- Birinci basamakta ve okul sağlığı kapsamında çalışan sağlık profesyonelleri, özellikle okul çağında çocuğu olan ebeveynlerin DEHB ile ilgili en çok bilgiye ulaştıkları televizyon, internet ve gazete gibi yaygın kullanılabilen fakat yanlış yönlendirme ve yanlış bilgilendirme potansiyeline sahip kaynaklar yerine; daha doğru, okullarda ve diğer birinci basamak hizmet veren merkezlerde ulaşabilecekleri bilgi kaynaklarının ve bilgilendirme araçlarının oluşturulması.
- Sosyoekonomik düzey farkı gözetmeksizin tüm okullarda ebeveynlerin psikososyal kapsamda bilgi gereksinimlerinin ve bu alandaki gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda sağlık eğitimlerinin planlanması,
- Çalışmamızın uygulanması aşamasında da gözleendiği üzere; DEHB ve DEHB gibi ruhsal sorunlara sahip çocukların ebeveynlerinin damgalanma korkusu nedeniyle yakın çevreleri hatta çocuklarının öğretmenleri ile bile paylaşmaya çekindikleri ruhsal bozukluklar ile ilgili okul temelli ve tüm okulu kapsayan eğitimlerin planlanması,
- Okul döneminin, DEHB'nu erken tanılamak için bir fırsat olduğu ve öğretmenlerinde bu süreçte ailelerle beraber önemli bir role sahip oldukları göz önüne alındığında aynı çalışmanın öğretmenlerle tekrarlanması
- Çalışmanın, yine örneklem grubunu ebeveynlerin oluşturacağı fakat daha büyük bir örneklem ile tekrarlanması önerilmektedir.
- Aile sağlığı merkezlerinde hizmet veren sağlık profesyonellerinin özellikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin sunumda etkin olabilmeleri konusunda farkındalık yaratılması
- Toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin okul sağlığı kapsamında yıllık olarak hazırladıkları programda okul temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmesi,

KAYNAKÇA

1. Aktepe, E., Demirci, K., Çalışkan, AM., Sönmez, Y. (2010). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 100-108. Erişim: 08.12.2012, <http://www.dusunenadamdergisi.org/tr/TMakaleDetay.aspx?MkID=124>
2. American Psychiatric Association (APA) (2013), Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM - 5), *changes from DSM- IV to DSM – 5*, Erişim: 17.07.2013, <http://www.psychiatry.org/dsm5>
3. American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn, Text Revision. APA, Washington DC.. Köroğlu E (Çev.)*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
4. Amiri, F., Fakhari, A., Mahari, M. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children of Tabriz, North-West Iran (İran'ın kuzey doğusu Tebrizde bir İlkokulunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite), *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24, 597–601.
5. Antoni, J., Quiroga, R., (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: Prevalence, disease awareness, and treatment guidelines, *Curr Med Res Opin*: 29(9), 1–12. Erişim:10.05.2013, <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1185/03007995.2013.812961>)
6. Arnold L.E., Jensen PS. (1995). Attention-Deficit disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, VI. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams and Wilkins*, 2295.
7. Asherson, P. (2012). ADHD Across the lifespan, *Psichiatric Disorders Medicine*, 40:11, 623-624. Erişim:02.01.2013, http://www.sciencedirect.com/science/job=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=76112386&

9. Ayaz, M., Ayaz, A., Başgöl, Ş., Karakaya, I., Gülen, Ş., Yar., A. ve arkadaşları. (2012). 3-5 Yaş Grubu Kurum Bakımındaki Çocuklarda Ruhsal Hastalık Sıklığı ve İlişkili Etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 82-88. Erişim: 05.04.2012, <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=tekMakale&gFPrkMakale=841>
10. Aysev, S.A., (2005). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesi ve Tanı Koyma, , *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü*,. Ankara, AÜTF Çocuk ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD,.
11. Bailey, S., (2009). *Producing ADHD: An ethnographic study of behavioural is courses of early childhood*, PhD tesis, Universty of Nottingham.
12. Barkley, R., Edwards, G. (2006). Diagnostic interview, behavior rating scales, and the medical examination. *Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*, 2.
13. Biederman J., Faraone S. V., (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*; 366, 237-248.
14. Biederman, J., Faraone, S.V., Weber, R.L., Rater, M. (1997). Correspondence Between DSM-III-R and DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder, *Child Adolesce Pschiatry*, 36(12), 1682-7, Erişim Tarihi. 4.08.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9401329>
15. Biederman, J., Monuteaux, M., Spencer, T., Wilens, T., MacPherson, H., Faraone, S. (2008). Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 597-603.
16. Bussing, R., Schoenberg, N., Perwien AR. (1998). Knowledge and Information About ADHD: Evidence of Cultural Differences Among African-American and White Parents (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Bilgi düzeyi: afrikan ve Amerikan Aileler Arasındaki Kültürel Farklılıklar),. 46(7), 919- 928. Erişim: 12.09.2012, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953697002190>
17. Bussing, R., Zima, B., Mason, D.M., Johanna, M., White, K., Cynthia, GW. (2012). ADHD Knowledge, Perceptions, and Information Sources:

- Perspectives From a Community Sample of Adolescents and Their Parents, *Journal of Adolescent Health*, 51; 593–600, Erişim: 09.10.2012, www.sciencedirect.com
18. Cantwell D.P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 978- 986.
 19. Corrigan, P.W., Watson, A.C, Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., Hall, LL. (2005). Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma, *Psychiatric Services*, 56(5), 551-556. Erişim Tarihi: 10.09.2012, <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=89988>
 20. Cortese , S. (2001). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know, *European Journal Of Pediatrics Neurology* 168, 422-433
 21. Çavuşoğlu, H. (2008).Gelişim Dönemleri. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt 1*. Genişletilmiş 9. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
 22. Danciu, E. L., (2011). Multidisciplinary approach of the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) between hope and reality, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15 2967–2971. Erişim: 03.12.2012, www.sciencedirect.com
 23. Dang M. T., Warrington D., Tung T., Baker D., Pan R.J., (2007). A School-Based Approach to Early Identification and Management of Students With ADHD, *Journal of School Nursing*, 23(1), 2-12. Erişim: 04.11.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253889>
 24. Durukan, İ., Karaman, D., Kara, K., Türker, T., (2011). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 113-120.
 25. Elena D., (2005). Problem Solving Capacity of Children with ADHD, *The Journal Of School Nursing*, 24 (4), 34-39.
 26. Ercan, E.S., Çetin, F.Ç., Mukaddes, N.M., Yazgan, Y., (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Atomoksetin, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16 (2). Erişim:10.12.2012 <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=32504>

27. Ercan, E.S., Köse, S., Kutlu, A., (2012). Treatment Duration is Associated with Functioning and Prognosis in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 22(2), 148-60. Erişim: 12.12.2012, <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=11797>
28. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (1998) Türkiye Ruh sağlığı Profili: ana rapor. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
29. Fabiano, G. A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M. (2008). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder, *Clinical Psychology Review* 29(2)129–140. Erişim: <http://www.sciencedirect.com/>
30. Faraone S.V., Biederman J., Mick E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*, 36, 159-165. Erişim: 15.03.2013, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322398002406
31. Faraone S.V., Graham. (2009). Diagnosis and Management of ADHD in children, young people and adults, *National Clinical Practice Guideline, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*, 72, 15-18.
32. Faraone SV., Biederman J., (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder, *Biological Psychiatry*, 44(10), 951-958. Erişim: 15.03.2013, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322398002406
33. Faraone, S., Wigal, SB., Hodgkins, P., (2007). Forecasting Three-Month Outcomes in a Laboratory School Comparison of Mixed Amphetamine Salts Extended Release (Adderall XR) and Atomoxetine (Strattera) in School-Aged Children With ADHD, *Journal of Attention Disorders* 11(1), 74-82. Erişim: 13.06.2013, <http://jad.sagepub.com/content/11/1/74>
34. Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2007). Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accident Analysis and Prevention*, 39(1), 94-105. Erişim: 10.09.2012, <http://ncys.ksu.edu.sa/sites/ncys.ksu.edu.sa/files/drift%203.pdf>

35. Gershon, J., (2002). A Meta-Analytic Review of Gender Differences in ADHD, *Journal Of Attention Disorders*, 5(3), 143-154, Erişim Tarihi: 02.06.2012, <http://jad.sagepub.com/content/5/3/143.short>
36. Ghanizadeh, A., Bahredar, MJ., Moeini, S. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers, *Patient education and conuseling*, 63, 84-88. Erişim: 02.011.2012, <http://ac.els-cdn.com/S0738399105002661/1-s2.0-S0738399105002661-main.pdf>
37. Görker, I., Korkmazlar, Ü., Durukan. M., Aydoğdu, A. (2004). Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı, *Klinik Psikiyatri*, 7, 103-110
38. Halmoy, A., Klungsoyr, K., Skjaerven, R., Haavik, J. (2012). Pre- and Perinatal Risk Factors in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Biol Psychiatry*, 71, 474-481. Erişim: 01.10.2012, <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.elsevier-3c5d7264-da84-3134-a8c8-45412b0a5e8b>
39. Hmaed, J.H., Taha, A., Sabra, A.A., Bella. (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Male Primary School Children in Dammam, Saudi Arabia: Prevalence and Associated Factors, *Journal of Egypt Public Association*, 83(3)Erişim: 12.12.2012, www.nmedicalbulletin.com/june_2008/Attention_deficit.pdf
40. Karabekiroğlu, K., Akbaş, S., Taşdemir, GN. (2009). Anne Sütü Alma Süresi Erken Çocukluk Dönemi Psikiyatrik Sorunları İçin Özgül Bir Risk Faktörü müdür?, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 3(3), 24-33. Erişim: 20.09.2012, www.tchdergisi.org/index.php/tchd/article/download/104/97
41. Karabekiroğlu, K., Memik, N., Ozcan, O., (2009). DEHB ve Otizm ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Damgalama: Sınıf Öğretmenleri ve Anababalarla Çok Merkezli Bir Çalışma, *Klinik Psikiyatri*, 12, 79-89
42. Kayıalp, L., (2008). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi etkinlikleri*, 62, 147-152. Erişim:13.01.2013, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/62/6213.pdf>

43. Kessler RC., Adler L., Barkley R., Biederman, J., Conners, K., Demler, O., ve arkadaşları. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163, 716-23. Erişim: 05.11.2012, <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=96525>
44. Knopf, H., Hölling, H., Huss, M., Schlack, R. (2012). Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany, Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS), *BMJ Open*, 2(6), 1-12. Erişim: 12.11.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3533105/pdf/bmjopen-2011->
45. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, ve arkadaşları. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10: 67. Erişim: 03.09.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20815868>
46. Kos, J., Richdale, A.L. Jackson, M. (2004). Knowledge About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Comparison Of In-Service and Preservice Teachers, *Psychology in the Schools*, 41(5), (517-526).
47. Kvist, AP., Nielsen, H., Simonsen, M. (2013). The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply, *Social Science & Medicine*, 88, 30-38 Erişim: 05.06.2013, <http://ac.els-cdn.com/S0277953613002128/1-s2.0-S0277953613002128-main.pdf>
48. Larson, K., Clark, A., Colborn, B., Perez, A., Engelke, M. Ve Hill, P., (2011). A School-Based Health Center–University Nursing Partnership: How We Filled in the GAPS. 27:6, 404 – 410, Erişim: 09.11.2012, <http://search.proquest.com/healthcomplete/docview/912482634/fulltextPDF>
49. Lin, M., Huang, XY, Hung, BJ., (2008). The experiences of primary caregivers raising school-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder, *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1693-1702.

50. Mannuzza S., Klein R.G., Abikoff H. ve diğeri. (2004). Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: A prospective follow-up study, *J Abnorm Child Psychol*, 32, 565-73. Erişim: 05.09.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967384/pdf/>
51. McLeod, J., Fettes, D., Jensen, P., Pescosolido, B., Martin, JK. (2008). Public Knowledge, Beliefs, and Treatment Preferences Concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, 58(5): 626–631. Erişim:28.10.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2365911/>
52. Morris, Scotti, (2000), The Development of The DSM. Erişim: 20.12.2012, http://kadi.myweb.uga.edu/The_Development_of_the_DSM.html
53. National Institute for Health and Clinical Excellence, (2009), Attention Deficit and Hyperactivity disorder: attention deficit and hyperactivity disorder. *National Clinical Practice Guideline, 72, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*, Erişim: 12.11.2012, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/adhdfullguideline.pdf>
54. National Institutes of Health (NIH). (2012). *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, U.S. Department of Health and Human Services, (Published no: 12-357). Erişim:12.10.2012, http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/adhd_booklet_cl508.pdf
55. Ohan, J., Visser T.A.W., Strain, M., Allen, L. (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label “ADHD”, *Journal of School Psychology*, 49, 81-105, Erişim: 9.9.2012 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2010.10.001>
56. Öç, Ö.Y., Karakaya, I., Şişmanlar, Ş., (2009). Epilepsi ve DEHB Tanılı Çocuklarda Güncel Tedavi Yaklaşımları, *New/Yeni Symposium Journal*, 471: 3. Erişim: 20.12.2012, www.yenisymposium.net.
57. Öktem, F., Kültür, E, Topçu, M., Yalnızoğlu, D. (2004). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 160-167

58. Öncü, B., & Şenol, S. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, 5, 111-119.
59. Öner, P., Öner, Ö., Aysev, A. (2003). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, *Sted (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)*, 12(3), 97-98. Erişim: 24.12.2012, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0303/dikkat.pdf>
60. Özcan, E., Eğri, M., Kutlu, NO., Yakıncı, C., Karabiber, H., Genç, M., (1998). Okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı: ön çalışma. *Turgut Özal Tıp Dergisi*, 5(2-3)
61. Özdemiroğlu, F., Yargıç, İ., Oflaz, S., (2010). Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı Ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48: 119-24.
62. Özdoğan, B., Ak, A., & Soyutürk, M. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Olan Çocukların Eğitiminde Öğretmen El Kitabı*. Ankara: MEB Devlet Kitapları Müdürlüğü.
63. Öztürk, M., Sayar, K., Tüzün, Ü, Tanrıöver, S. (2000). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 139-143.
64. Palmer E, Finger S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychol Psychiatry Rev* 6 :66–73
65. Patel, V., Kleinman, A. (2003). Poverty and Common Mental Disorders in developing Countries, *Bull World Health Organization*, 81(8), 609-615 .Erişim: 25.11.2012, http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_seria&pid=0042-6&lng=en&nrm=iso
66. Pelham, W. E., Foster, E. M., Robb, J. A. (2007). The economic impact of attention deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 121–131.Erişim: 13.05.2012, <http://www.ambulatorypediatrics.org/article/S1530-1567%2806%2900179-1/abstract>)
67. Pescosolido, B., Jensen, P., Martin, J.K., Perry, B., Olafsdottir, S., Fettes, D ve arkadaşları (2007). Public Knowledge and Assessment of Child Mental

- Health Problems: Findings From the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 339-349. Erişim: 18.11.2012, <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160e3a0>
68. Pliszka, S. R. (2006). Subtyping ADHD based on comorbidity. *The ADHD Report*, 14(6), 1-5. Erişim: 12.08.2012, <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/adhd.2006.14.6.1?journalCode=adhd>
69. Prudent N, Johnson P, Carroll J. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Presentation and Management in the Haitian American Child. *Primary Care Companion J Clinic Psychiatry*, 7(4), 190-197. Erişim: 19.12.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1192437>
70. Rodriguez, A., (2008). Impact of Prenatal risk factors in attention deficit and hyperactivity disorders: *Potential for Gene Environment Interactions, Genes and Environment*, 7:12, Erişim: 19.01.2013, www.elsevier.com
71. Sagvolden, T., Johansen, EB., Aase, H., Rusesel, VA., (2005). A Dynamic developmental theory of attention deficit and hyperactivity disorder predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes, *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 397- 468. ulaşım tarihi: 12.01.2013, ulaşım adresi
72. Schmitz, M., Cadore, L., Paczko, M., Kipper, L., (2002). Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD subtypes: an exploratory study with untreated adolescents. *Can J Psychiatry*, 47, 863-869.
73. Schubert R., (2005). Attention deficit disorder and epilepsy, *Pediatric Neurology*, 32: 1, 1-10, Erişim: 16.12.2012, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887899404003431>
74. Sciutto, MJ., Feldhamer, E., (2005). The knowledge of attention deficit and hyperactivity disorder scale (KADDS), Erişim: 12.07.2012, www.muhlenberg.edu
75. Semiz U. B, Basoglu C., Oner Ö, Munir K ve ark. (2008). Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42: 405-413

76. Shatell, MM., Barlett, R., Rowe, T. (2007). "I Have Always Felt Different": The Experience of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood, *Journal of Pediatric Nursing*, 23(1), 49-58. Erişim: 10.11.2012, <http://doi:10.1016/j.pedn.2007.07.010>
77. Shaw, M., Hodgkiins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, AG., Arnold, LE., (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non- treatment, *BMC Medicine*, 10, 99. Erişim: 15.12.2012, <http://www.biomedcentral.com>
78. Tahiroğlu, A.Y., Avcı, A., Fırat, S., Seydaoğlu, G. (2005). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun alt tipleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 5-10 Erişim: 14.02.2013, <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2005/5.pdf>
79. Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J. ve arkadaşları (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder—first upgrade. *European child & adolescent psychiatry*, 13(1), i7-i30.
80. Thapar, AK., Thapar, A., (2003). Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, *British Journal of General Practice*, 53, 227-232, Erişim Tarihi: 07.09.2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314550/>
81. Timimi, S., (2005). The rise and rise of ADHD. In C. Newnes & N. Radcliffe (Eds.), *Making and breaking children's lives*. Ross-on-Wye: PCCS Books. Erişim: 14.05.2012, <http://www.psychminded.co.uk/news/news2005/oct05/makingandbreakingchildren%27slives.pdf>
82. Tripp, G., Wickens, JR., (2009), Neurobiology of ADHD, *Neuropharmacology*, 57, 579 – 589 Erişim: 14.12.2012, www.elsevier.com
83. Tufan, A. E., Yaluğ, İ. (2009). Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Eş tanılar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 187-200.
84. Tuğlu, Ş., Şahin, ÖÖ. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler, *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2(1), 75-116

85. Valente, S., Kenedy, B. (2012). Recognizing and Treating Adult ADHD, *The Nurse Practitioner*, 37(3).
86. Vlam, SL. (2006), Attention deficit /hyperactivity disorder: Diagnostic assesment methods used by advanced practice registired nurses, *Pediatric nursing*, 32(1), 18-23. Erişim: 12.10.2012,
87. Weis, M.,Weis G., (2002). Attention deficit and Hyperactivity Disorder, Lewis M. (ed). *Child and Adolescent Pschiatry, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins*, 645-670
88. Wender, PH., (2001). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults, *Psychiatric Clinics of North America*, 21(4), 761–774, (Ulaşım tarihi:14.10.2012, ulaşım adresi: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X05700393>)
89. Weyandt, LL., Fulton, MK., Schepman, SB., Verdi, G., Wilson, KG., (2009). Assessment Of Teacher And School Psychologist Knowledge Of Attention-Efficit/Hyperactivity Disorder, *Psychology in the Schools*, 46(10)
90. West, J., Taylor, M., Houghton, S., Hudyma, S. (2005). A Comparison of Teachers' and Parents' Knowledge and Beliefs About Attention-eficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), *School Psychology International* 26: 192. Erişim: 14.11.2012, <http://spi.sagepub.com/content/26/2/192>
91. Wisdorf, T. M. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Knowledge and Perceptions of Elementary School Teachers. *University of Wyoming*, Erişim tarihi: 12.05.2013
92. Dünya akı Sağlığı Raporu (2007). Erişim Tarihi: <http://www.who.int/whr/previous/en/>
93. Yazgan Y. (2006). Hiperaktif çocuk büyüdüğünde, Erişkinlikte Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu., *Galenos; 121*: 135-143.
94. Yorbık, ., Kırmızıgül, P., Demirkan, S., Shmen, T., (2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda anne sütü alma süreleri, *ocuk Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 10, 115-120

95. Yiğit, R. (2009). *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme, Büyüme ve Gelişme ile İlgili Kavramlar*. Ankara: Sistem Ofset

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Farklı Sosyodemografik Özelliklere Sahip Olan Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

ANKET NO:

Değerli Katılımcı *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu* son zamanlarda oldukça önemli ve güncel bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle bu davranış bozuklununun erken dönem belirtilerinin, tanı ve tedavi olanaklarının bilinmesi çocuğun hem şu anki okul başarısı ve sosyal gelişimini hem de ilerleyen dönemlerdeki yaşantısını etkileyecek olan önemli bir fırsattır.

Bu anket siz velilerin “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik hazırlanmıştır ve iki bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanması önem taşımaktadır. Bu çalışmadan ele edilen bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak ve katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Araştırma Görevlisi Funda ASLAN

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1. Bölüm “Sosyodemografik Özellikler”

Sorular

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

a) Kadın

b) Erkek

3. Hane Halkı (Aynı çatı altında birlikte yaşayan kişi sayısı):

4. Okul çağındaki çocuk sayısı:
5. Anne ve baba:
 a) Birlikte yaşıyor () b) Ayrı ()
6. Çocuğun annesinin eğitim durumu
 a) Okuryazar () b) İlkokul Mezunu () c) Ortaokul
 Mezunu ()
 d) Lise Mezunu () e) Üniversite (Y. Lisans/Doktora) mezunu ()
7. Anne çalışıyor mu?
 a) Evet b) Hayır
8. Annenin mesleği
- 9.Çocuğun babasının eğitim durumu
 b) Okuryazar () b) İlkokul Mezunu () c) Ortaokul Mezunu ()
 d) Lise Mezunu () e) Üniversite (Y. Lisans/Doktora) mezunu ()
10. Baba çalışıyor mu?
 b) Evet b) Hayır
11. Babanın mesleği
12. Aile bireylerinin sağlık güvencesi
 a) Var () b) Yok ()
13. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite” olarak adlandırılan davranış bozuklupuna ilişkin daha önceden öğrendiğiniz bilgileriniz var mı?
 a) Hayır b) Evet
 (Kimden/nereden:.....)
14. Çevrenizde böyle çocuk/çocuklar var mı?
 a) Yok b) Var (Yakınlık
 dereceniz:.....)

2. Bölüm

Aşağıda “**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**” ile ilgili sorular bulunmaktadır. Her soru ile ilgili bildiğiniz bilgileri soruların altında kalan boşluğa yamanız yeterli olacaktır.

15. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” nedir?
16. Bu hastalığa sahip olan çocukları fiziksel olarak nasıl tanımlarsınız? (Nasıl görünürler, davranışları nasıldır? Dış görünüşleri hal ve hareketleri nasıldır?)
17. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu”nun nedeni nedir?
18. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu”nun etkin olmayan anne baba tutumları (*çocuğa karşı davranışları*) ve karmaşık aile yapısı (aile içindeki huzursuzluklar) ile ilgili olduğunu düşünüyor musunuz?
19. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” şüphesi için semptomların/belirtilerin ne zaman başlaması beklenir?
20. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” tanısı hangi yaş gurubundaki bireylere konulabilir?
21. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” olan çocuklar bu rahatsızlığın belirtilerini ergenlik ve yetişkinlik döneminde de gösterebilirler mi?
22. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu“ tanısının konulabilmesi için çocuğun bu belirtileri 24 saatlik bir gün içerisinde nerelerde göstermesi beklenir?

23. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar günlük yaşamlarında nasıldır?

24. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların tedaviye ihtiyacı var mıdır?

25. Bu konu ile ilgili duyduğunuz tedavi yöntemleri nelerdir?

Soruları cevaplandırdınız için teşekkür ederim.

Ek 2. Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı

21.05.2012
08 - 2026

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.0.06.20.01-60599/ 36897
Konu : Araştırma İzni
Funda ASLAN

16 /05/2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2012/13 nolu genelgesi.
b) Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesinin 07/05/2012 tarih ve 330 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Funda ASLAN' ın "Farklı sosyo-demografik özelliklere sahip ailelerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklara ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi" konulu tezi ile ilgili çalışma yapma isteği Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve araştırmanın yapılacağı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bilgi verilmiştir.

Mühürlü anketler (6 sayfadan oluşan) ekte gönderilmiş olup, uygulama yapılacak sayıda çoğaltılması ve çalışmanın bitiminde iki örneğinin (CD/disket) Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne gönderilmesini rica ederim.



İlhan KOC
Müdür a.
Şube Müdürü

EKLER :
Anket (6 sayfa)

Akademik Bölge

Ek 3. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0(312) 3051082-Faks:0(312) 3100580
E-posta:selmak@hacettepe.edu.tr

Sayı : B.30.2.HAC.0.20.05.04/ **S15**

04 Temmuz 2012

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 05 HAZİRAN 2012 SALI
Toplantı No : 2012/06
Proje No : LUT 12/38 (Değerlendirme Tarihi 05.06.2012)
Karar No : LUT 12/38 - 25

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof.Dr. Gülümser KUBİLAY'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş.Gör. Funda ASLAN'ın yüksek lisans tezi olan, LUT 12/38 kayıt numaralı ve "*Farklı Sosyo-Demografik Özelliklere Sahip Ailelerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|---|
| 1.Prof. Dr. Nurten Akarsu

(Başkan) | 9 Prof. Dr. Songül Vaizoğlu

(Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

(Üye) | 10. Prof. Dr. Melahat GÖRDÜYSUS

(Üye) |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Orer
KATILMADI

(Üye) | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül

(Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu

(Üye) | 12. Doç. Dr. Cansın Saçkesen

(Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer

(Üye) | 13 Doç. Dr. Ayşe Lale DOĞAN

(Üye) |
| 6. Prof. Dr. Meral Aksöy

(Üye) | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan

(Üye) |
| 7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay

(Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl
KATILMADI
(Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal

(Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu

(Üye) |