T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 6-11 YAŞ ÇOCUKLARDA PARENTS PLUS CHILDREN'S EBEVEYNLİK PROGRAMININ ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Dr. Bahadır TURAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Onur Burak DURSUN

Erzurum-2018

ONAY FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 05.07.2018 tarih ve E.1800202469 sayılı yazımız.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Arş.Gör.Dr. Bahadır TURAN'ın "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-11 Yaş Çocuklarda Parents Plus Children's Ebeveynlik Programının Etkinliğinin İncelenmesi" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğinizin ilgi yazımızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, 06.07.2018 tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

Doç. Dr. Onur Burak DURSUN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Vahdettin GÖRMEZ
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk ESİN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER…….....I
TABLOLAR DİZİNİ…….IV
ŞEKİLLER DİZİNİ……...…....V
KISALTMALAR DİZİNİ…….VI
TEŞEKKÜR……...…….VIII
ÖZET……..IX
ABSTRACT……...XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER..... 3
2.1. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu..... 3
2.1.1.Tanım 3
2.1.2. Tarihçe 3
2.1.3. Epidemiyoloji..... 5
2.1.4. Etiyoloji..... 5
2.1.4.1. Genetik Faktörler..... 5
2.1.4.2. Nörokimyasal Faktörler 6
2.1.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları 7
2.1.4.4. Nörofizyolojik ve Nöropsikolojik Çalışmalar..... 7
2.1.4.5. Diğer Faktörler..... 8
2.1.5. Tanısal Değerlendirme 8
2.1.6. Tanı Kriterleri..... 9
2.1.6.1. DEHB için DSM-V Tanı Ölçütleri..... 9
2.1.7. DEHB Alt Görünümleri 12
2.1.8. Klinik Özellikler..... 13
2.1.9. Eşlik Eden Tanılar 16
2.1.10. Tedavi, Tedavi Başarısı ve Rezidüel Bulgular..... 17
2.1.11. DEHB de Davranışsal Müdahale Bazlı Tedaviler..... 21
2.1.11.1. Bilişsel Davranışcı Tedaviler..... 22
2.1.11.2. Okul Bazlı Müdahaleler 22
2.2. Ebeveyn Eğitim Programları 23
2.2.1. Tanım ve Amaç..... 23
2.2.2. Tarihçe ve Politikalar 23
2.2.3. Sınıflandırma..... 25
2.2.4. DEHB ve Ebeveynlik Programları 25
2.2.5. Parents Plus (PP) Programları 27

2.2.5.1. Parents Plus Programlarının Diğer Programlara Göre Farkları 43
2.2.5.2. Parents Plus Programlarının Kuramsal Temeli 50
2.2.5.3. Parents Plus Children's Programı 50
2.2.5.3.1. Program Materyalleri 51
2.2.5.3.2. Program İçeriği 52
2.2.5.3.3. Programın Uygulanması 54
3. GEREÇ VE YÖNTEM **56**
3.1. Amaç 56
3.2. Hipotezler 56
3.3. Araştırmanın Tipi 56
3.4. Örneklem Grubunun Oluşturulması 56
3.4.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri 57
3.4.2. Çocukların Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri ... 58
3.5. Uygulama 58
3.6. Gereçler 60
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu 60
3.6.2. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi - Development and Well-Being Assessment (DAWBA) 60
3.6.3. Conners Aile Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-YU) 60
3.6.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) - Strenghts and Difficulties Questionarie (SDQ) 61
3.6.5. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) - Children's Global Assesment Scale (CGAS) 61
3.6.7. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) - Family Assessment Device (FAD) 62
3.6.6. Ebeveyn Stres Ölçeği – Parenting Stress Index (PSI) 62
3.6.8. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R): 63
3.7. İstatistiksel Değerlendirme 63
4. BULGULAR **64**
4.1. Psikiyatrik Tanı ve Komorbidite 64
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 65
4.2.1. Anneye İlişkin Demografik Bilgiler 65
4.2.2. Babaya İlişkin Demografik Bilgiler 66
4.2.3. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler 67
4.2.4. Ailelere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler 69

4.3. PPCP'nin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukğu, Yıkıcı Davranım Bozuklukları, Dürtü Denetim Sorunları Üzerine Olan Etkisine Dair Veriler 70
4.4. PPCP'nin Çocuklarda Davranışsal ve Duygusal Sorunlar Üzerine Etkilerine Dair Veriler 74
4.5. PPCP'nin Çocukların Genel İşlevine Etkisine Dair Veriler 77
4.6. Aile İşlevleri ve PPCP'nin Aile İşlevine Etkisine Dair Veriler 79
4.7. PPCP'nin Ebeveynlik Stresine Etkisine Dair Veriler 83
4.8. PPCP'den Faydalanımı Yordayan Faktörlerin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi 87
5. TARTIŞMA 90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 99
7. KAYNAKLAR 100
8. EKLER 116
Ek-1: Sosyodemografik Veri Fromu 116
Ek-2: Aile Değerlendirme Ölçeği 118
Ek-3: Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form 127
Ek-4: Ebeveyn Stres Ölçeği- Uzun Form 131
Ek-5: Güçler ve Güçlükler Anketi 139
Ek-6: Etik Kurul Onay Formu 141

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Çocukluktan Erişkinliğe DEHB Semptomlarının Değişimi **(137)** .. 21
Tablo 2: Parents Plus Çalışmaları (146) 36
Tablo 3:Parents Plus Programları (146) 49
Tablo 4: PPCP Seans Yapısı (6) 55
Tablo 5: PPCP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Tanıları 64
Tablo 6: PPCP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Komorbid Hastalıkları 65
Tablo 7: Anneye İlişkin Demografik Bilgiler 66
Tablo 8: Babaya İlişkin Demografik Bilgiler 67
Tablo 9: Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler 69
Tablo 10: Ailelere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler..... 70
Tablo 11: Conners Derecelendirme Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler 74
Tablo 12: Güçler ve Güçlükler Anketine İlişkin İstatistiksel Veriler 76
Tablo 13: Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler 78
Tablo 14: Aile Değerlendirme Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler 82
Tablo 15: Ebeveyn Stres Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler 86
Tablo 16: Aile Değerlendirme Ölçeği- İşlevsellik Alt ölçeğinin Arkadaş İlişkisi ile İlişkisi 87
Tablo 17: CGAS Puanlarının Aile Tipi ile İlişkisi..... 88
Tablo 18: Conners "DSM-IV Semptomları Alt Ölçeğinin Aile İçi Sorun Düzeyi ile İlişkisi 88
Tablo 19: SDQ Total Güçlük Puanının Anne Eğitim Yılı ve Aile Gelir Düzeyi ile İlişkisi 89

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: PP, IY ve Triple P Etki Büyüklükleri 45

Şekil 2: Parents Plus Children's Programı Seans Konuları 53

Şekil 3: PPCP Grubu Conners İlk ve Son Hafta Değerlendirmeler 71

Şekil 4: Kontrol Grubu Conners İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri 71

Şekil 5: Conners İlk ve Son Hafta Değerlendirme Arası Farklar 72

Şekil 6: PPCP Grubu SDQ İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri 75

Şekil 7: Kontrol Grubu SDQ İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri 75

Şekil 8: SDQ İlk ve Son Hafta Değerlendirme Arası Farklar 77

Şekil 9: Olgu ve Kontrol Grupları CGAS İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri 77

Şekil 10: PPCP Grubu ADÖ İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri 80

Şekil 11: Kontrol Grubu ADÖ İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri 80

Şekil 12: ADÖ İlk ve Son Hafta Değerlendirme Arası Farklar 81

Şekil 13: PPCP Grubu PSI İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri 83

Şekil 14: Kontrol Grubu PSI İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri 83

Şekil 15: PSI İlk ve Son Değerlendirme Arası Farklar 85

KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

PPEP: Parents Plus Ebeveynlik Programları

PPCP: Parents Plus Cihldren Program

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

ICD: International Clasification of Diseases-(Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

KOKGB: Karşıt Olma ve Karşıt Gelme Bozukluğu

DB: Davranım Bozukluğu

YDB: Yıkıcı Davranım Bozuklukları

DRD4: Dopamin D4 reseptör geni

DRD5: Dopamin D5 reseptör geni

DAT 1: Dopamin Transporter 1

DBH: Dopamin Beta Hidroksilaz enzimi

COMT: Katekolamin N-Metil Transferaz

NET: Norepinefrin Transporter

5-HTT: Serotonin Tranporter Enzim

BDNF: Beyin Türevli Nörotrofik Faktör

DEHB- DE: Dikkatsizliğin Önde Geldiği Alt Tip

DEHB- HA: Hiperaktivitenin Önde Geldiği Alt Tip

DEHB- B: Bileşik Alt Tip

DA: Dopamin

NE: Norepinefrin

PECT: Tek Foton Emisyon Tomografi

DTG: Diffüzyon Tensör Görüntüleme

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

fMRG: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

DLPFC: Dorsolateral Prefrontal Korteks

IFC: İnferior Frontal Korteks

ACC: Anterior Singulat Korteks

SMA: Supplemanter Motor Alan

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

DGKJP: Duetsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie

BAP: British Association of Psychopharmacology

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

CSC: Hastalık Kontrol Merkezi

WISC-R: Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği Puanı

DAWBA: Development and Well-Being Assessment

ÇDGÖ/CGAS: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği

CADÖ: Conners Aile Derecelendirme Ölçeği

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

PSI: Anne Baba Stres Ölçeği

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı eğitimim süresince bilgi, beceri ve deneyimleri ile bana yol gösteren, mesleki gelişimimi ufuk açıcı yaklaşımıyla içtenlikle destekleyen AD başkanımız ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Onur Burak DURSUN'a,

Uzmanlık eğitimime katkıları ve tez çalışmam sırasında gösterdiği destek ve yardımları için, sayın Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk ESİN'e,

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları asistanlık sürecimde yeni bakış açıları kazanmamı sağlayarak eğitimime katkılarından dolayı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki tüm hocalarıma, değerli asistan arkadaşlarıma,

Asistanlık eğitimim sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Atatürk Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına ve Çocuk Nöroloji rotasyonumda desteğini ve bilgilerini esirgemeyen Prof. Dr. Hüseyin TAN'a

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım arkadaşlarım Dr. Semiha Arslan, Dr. Ali Karayağmurlu, Dr. Esra İbiş, Dr. Hakan Öğütlü, Dr. Hüseyin Aktaş, Dr. Esen Demirdöğen, Dr. Gülsüm Yitik, Dr. Mehmet Akif Akıncı, Dr. İbrahim Tiryaki, Dr. Elif Abanoz, Dr. Merve Durgunlu, Dr. Ali Çakır'a, çok değerli psikoloğumuz Munise Turan ve Recep Şenbahçe'ye güler yüzleri ile çalışma ortamımızı daha kolay kılan Kerim Aydın, Meral Orgun, Göknur Yıldız, Merve Keleş, Esra Laçin, Selda Arslan, Fatih Dursun ve Nazlı Tizgili 'ye,

Tez çalışmama katılan tüm Çocuklar ve Ailelerine,

Desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem, babam ve bana yaşama sevinci veren canım kardeşlerime çok teşekkür ederim.

Dr. Bahadır TURAN

2018

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-11 Yaş Çocuklarda Parents Plus Children's Ebeveynlik Programının Etkinliğinin İncelenmesi

Giriş: Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan ve etkin dozda en az 2 ay ilaç tedavisi almış olmasına karşın rezidüel bulguları devam eden olan 6-11 yaş arası çocuklarda Parents Plus Children's Programının çocuklardaki DEHB belirtileri üzerine etkisini değerlendirmektir. Bu değerlendirmeye ek olarak anne-babaların Parents Plus Children's Programını almış olmalarının, aile ve çocukların işlevselliği, ebeveynlik becerileri, stresi ve yine çocuklardaki davranışsal ve duygusal sorunlar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Tek kör randomize kontrollü olarak planlanan çalışmamızın olgu grubu 25 çocuk ve ebeveyninden, kontrol grubu ise 25 çocuk ve ebeveyninden oluşturulmuştur. Sosyo-demografik Veri Toplama Formu, Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi -(DAWBA) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) klinisyen tarafından değerlendirilmiş; Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Conners Aile Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-YU), Ebeveyn Stres Ölçeği ise ailelere verilerek doldurulması sağlanmıştır. Olgu grubuna 9 hafta süren Parents Plus Children's Programı uygulanmıştır. Veriler program başlamadan önceki hafta ve eğitimden hemen sonraki hafta toplanmıştır. Veriler, Mann Whitney-U testi, Willcoxon işaretli sıralar testi, ki-kare analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan olguların yaş ortalaması 8.37 ± 1.48, katılanların 13 tanesi kız (%28,2), 33 tanesi erkek (%71,7), annelerin yaş ortalaması 36.21 ± 5.31, babaların yaş ortalaması 40.48 ± 6.74 olarak saptanmıştır. Parents Plus Children's Programının olgu grubu içinde program öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında; ÇGDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış, ADÖ alt ölçeklerinden problem çözme, iletişim, aile içi roller, affektif duyarlılık, afektif bağlılık, davranış kontrolü ve genel işlevsellik alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma; Conners alt değişkenlerinden Karşı Gelme, Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik, Hiperaktivite, Kaygı-Utangaçlık, Mükemmeliyetcilik, Sosyal Problemler, DEHB İndeksi, Conners Global İndeks – Huzursuzluk-

İmpulsivite, Conners Global İndeks – Duygusal Değişkenlik, Conner Global İndeks – Toplam, DSM IV Semptomları Alt Ölçeği Dikkatsizlik, DSM IV Semptomları Alt Ölçeği Hiperaktivite-Dürtüsellik, DSM IV Semptomları Alt Ölçeği Toplam puanlarında anlamlı istatistiksel düşüş; Ebeveyn Stres Ölçeğine ait Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite (DEH), Desteklenen Ebeveyn(DE), Duygu Durum(DU), Kabul Edilebilirlik(KE), Uyumluluk(UY), Talepkârlık, Yeterlik(YE), Bağlanma(BA), Rolün Kısıtlanması(RO), Depresyon(DEP), Eş İlişkisi(EŞ), İzolasyon(İZ), Sağlık (SA) ve ebeveyn, çocuk ve total skorlarda anlamlı azalma; GGA alt ölçeklerinden ise duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, akran sorunları toplam güçlük ve etkilenme puanlarında anlamlı düşüş, sosyal davranış skorlarında anlamlı artış saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız Parents Plus Children's Ebeveynlik Programının DEHB belirtileri, aile işlevselliği, ebeveyn stresi ve duygusal ve davranışlar sorunlar üzerine ciddi olumlu etkilerinin olduğunu göstermekle birlikte DEHB'li ve medikal tedavi alan daha geniş popülasyonlarda uygulanması ve etkinliğinin araştırılması önerilir. Ayrıca DEHB'li gruba spesifik olması, ilaca yanıt alınan olgularda rezidüel semptomları hedef alması, tek kör randomize kontrollü olmasıyla bu alanda yapılmış ilk klinik çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Parents Plus Programları, Ebeveynlik Programları

ABSTRACT

Investigation of the Effectiveness of the Parents Plus Children's Parenting Program in Children of Ages 6-11 who have ADHD

Introduction: The aim of this study is to evaluate the effect of the Parents Plus Children's program on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms in children of ages 6-11 who received a diagnosis of ADHD and have residual symptoms despite having received medications at an effective dose for at least 2 months. In addition to this evaluation, it aims to assess the effects of the parents' participation in the Parents Plus Children's Program on the functioning of the children, on parenting skills and stress, and again on the children's behavioral and emotional problems in children of ages 6-11 who have ADHD.

Method: The case group of our study, which was planned as a single-blind randomized controlled trial, was constituted by 25 children and their parents, and the control group consisted of 25 children and their parents. The Sociodemographic Data Collection Form, Development and Well-Being Assessment (DAWBA), and Children's Global Assessment Scale (CGAS) were evaluated by a clinician; whereas the Family Assessment Device (FAD), Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Conner's Parent Rating Scale –Revised: Long (CPRS–R:L), and the Parenting Stress Index were distributed to the parents and requested to be completed. The case group received the 9-week-long Parents Plus Children's Program. Data were collected the week before the start of the program and the week following its completion. The data was evaluated using the Mann Whitney-U test, Wilcoxon Signed Ranks test, and chi-square analysis.

Results: The mean age of cases who participated in the study was determined as 8.37 ± 1.48 with 13 female (28.2%) and 33 male (71.7%) participants; the mean age of the mothers was determined as 36.21 ± 5.31 and the mean age of the fathers as 40.48 ± 6.74. When the case group of the Parents Plus Children's Program was evaluated with regards to their data before and after the program, a statistically significant increase in CGAS scores; a statistically significant decrease in the scores obtained from the problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, behavior control, and general functioning subscales of FAD; a statistically significant decrease in the scores

obtained from the Oppositional, Cognitive Problems/Inattention, Hyperactivity, Anxious-Shy, Perfectionism, Social Problems, ADHD Index, Conners Global Index – Restless Impulsive, Conners Global Index – Emotional Lability, Conners Global Index – Total, DSM IV Symptoms Subscale: Inattentive, DSM IV Symptoms Subscale: Hyperactive-Impulsive, and DSM IV Symptoms Subscale: Total subscales of the Conner's Scale; a significant reduction in the scores obtained from the Distractibility/ Hyperactivity (DI), Reinforces Parent (RE), Mood (MO), Acceptability (AC), Adaptability (AD), Demandingness (DE), Competence (CO), Attachment (AT), Role Restriction (RO), Depression (DP), Spouse/Parenting Partner Relationship (SP), Isolation (IS), and Health (HE) subscales of the Parenting Stress Index with a significant decrease in parent, child, and total scores; a significant decrease in the scores obtained from the emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems subscales of the Strength and Difficulties Questionnaire with a significant increase in prosocial behavior scores were determined.

Conclusion: While our study demonstrates that the Parents Plus Children's Parenting Program has considerable positive effects on ADHD symptoms, family functioning, parenting stress, and emotional and behavioral problems; it is recommended to conduct further investigations of its effectiveness by administering it to larger populations who have ADHD and have been using medication. In addition, that study specific to ADHD is the first clinical trial in this area with single-blind randomized control to target residual symptoms in response to medication.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Parents Plus Programmes, Parenting Programmes

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında en sık görülen nörogelişimsel bozukluktur. (1) Ortalama prevalansı %5,29 (2) ve %5,9-7,1 (3) olan bozukluk, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterizedir. DEHB nin tedavisinde ilaç tedavisi ve ebeveyn eğitimleri ilk basamak tedaviler olarak gösterilmekte; ebeveynlik becerileri eğitimleri, okula yönelik müdahaleler ve çeşitli davranışçı yöntemlerin hastalığın belirtilerinin azaltılması ve bağlı gelişen davranım problemleri ile başa çıkmada faydalı olduğu belirtilmektedir. (4)

Ebeveynlik programlarının çocuklardaki sorun davranışı üzerine etkisi konusunda yapılan çalışmalar neticesinde mevcut aile terapileri ve bilişsel-davranışsal terapilerinde dâhil olduğu çeşitli tamamlayıcı yöntemlere göre daha fazla araştırıldığı ve daha etkili bulunduğu gösterilmiştir (5). Böylelikle ebeveynlik programları sadece DEHB'li olgularda değil genel olarak çocuklarda birçok sorunla baş etmede ve beceri geliştirmede etkili olabilecek tamamlayıcı bir yöntem olarak dikkat çekmektedir.

Parents Plus Ebeveynlik Programı Dublin'de Mater Hospital Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Servisi destek gruplarına katılan ebeveynler ve çocukların işbirliği ile John Sharry ve Carol Fitzpatrick tarafından hazırlanmıştır (6). DEHB, duygusal ve davranışsal problemler, hafif bulguları olan otizmli çocuklar, konuşma bozuklukları ve öğrenme güçlüğü gibi geniş bir yelpazede kullanılabilecek şekilde hazırlanmış bu program aynı zamanda sadece ek destek isteyen ebeveynlere de yönelik olabilmektedir. Ebeveyn güçlüklerini belirleme ve kaynak oluşturma üzerine odaklanan çözüm-odaklı ve güç-temelli bir yapısı olan bu program 6-11 yaş arası çocuklarda kullanılan modeli olan Parents Plus Children's dışında 0-16 arası diğer yaş gruplarında da uygulanabilen çeşitli alt programlara sahiptir (6).

Bu çalışmada amacımız Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatri polikliniğine başvuran Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan, etkin dozda ve en az 2 ay metilfenidat ilaç tedavisi almasına rağmen rezidüel problemleri olan 6-11 yaş arası çocuklarda Parents Plus Children's Ebeveynlik

Programının (PPCP) hastalık belirtileri, ebeveynlik becerileri ve ek sorunlar üzerine etkilerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1.Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) temel belirtileri dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik olan; erken çocukluk döneminde başlayıp sıklıkla ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde de bulguları devam eden bir nörogelişimsel bir bozukluktur (7). Eğitim ve iş alanlarında işlevselliğin bozulmasına ve çeşitli psikososyal problemlere hem çocukluk çağında hem de erişkin dönemde yol açabilen bu bozukluğun genetik geçişi gösterilmiştir (8).

2.1.2. Tarihçe

Yazında DEHB'ye ilişkin ilk kaynak, 1844 yılında Alman hekim Heinrich Hoffman tarafından kaleme alınan, hareketli ve dürtüsel bir çocuğun anlatıldığı "Huzursuz Philip'in Öyküsü (the story of fidgety Philip)" adlı çocuk şiiridir (9). DEHB'ye ilişkin terminoloji yıllar içerisinde belirgin değişiklikler göstermekle birlikte tıp yazınında ilk veriler 19. yüzyıla dayanmaktadır. Literatür incelendiğinde DEHB'in George Still adındaki bir İngiliz doktor tarafından tanımlandığı görülmektedir. Still; Bu çocukların kıpır kıpır, dürtüsel, dikkat sorunları ve duygudurum belirtilerinin olduğu, bazı fiziksel kusurları ve özel öğrenme güçlüklerinin bulunduğunu bildirilmiştir. Dr Still bu bulgulara sahip çocuklar için "ahlaki kurallara uymada güçlük yaşama" (Defect of Moral Control) terimini kullanmıştır (10).

1965'de ICD-9 ve 1968'de DSM-II ile hastalığı bilimsel sınıflandırma çabaları başlamış, hastalığın adı "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu" olarak değiştirilmiştir. Eğer "Davranım Bozukluğu" ile birlikte ise "Hiperkinetik Davranım Bozukluğu" olarak kullanılmıştır. DEHB 1900'ların son çeyreğine gelindiğinde bazı değişikliklere uğramıştır (11).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın üçüncü baskısında (DSM-III) DEHB, "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" şeklinde isimlendirilmiştir. DSM-III'te temel belirtiler DSM-II'de olduğu gibi aşırı hareketlilik, dikkat süresinde kısalık ve uyarılma eşiğini düşük olması olarak kullanılmaya devam edilmiştir. DSM-III'de (1980) alt gruplara ayrılarak, "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin Eşlik

Etmediği Dikkat Eksikliği" olarak adlandırılmıştır. DSM-III'de tanı ölçütlerinde değişiklik yapılarak, hastalığın ana belirtileri "dikkat eksikliği", "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak belirlenmiştir (12).

Öğretmen ve ailelerle yapılan çalışmalarda dürtüselliğin, hiperaktivite ile yüksek birliktelik gösterdiği görülmüş ve DSM-IV'de tek başına tanımlanması sonlandırılmıştır. DSM-IV'te (1994) bozukluğun adı değiştirilmemiş fakat DSM-III-R'ye ek önemli açıklamalar yapılmıştır. DEHB'nin de dâhil edildiği "Yıkıcı Davranış Bozuklukları (YDB)" başlığı altında, "Davranım Bozukluğu, (DB)" ve "Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, (KOKGB)"na da yer verilmiş ama bu durumlar yüksek birlikteliklerine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik boyutları düşünülerek DEHB'nin üç alt tipi tanımlanmıştır: I. Dikkatsizliğin önde geldiği alt tip (DEHB-DE), II. Hiperaktivitenin önde geldiği alt tip (DEHB-HA), III. Bileşik alt tip (DEHB-B) (13, 14).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın dördüncü baskısının gözden geçirilmiş halinde (DSM-IV-R)'de DEHB ilk kez 'Bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar' başlığı altında ele alınmıştır. DSM-IV'te var olan tanı kriterleri ve sınıflandırmaya aynen devam edilmiştir. ICD -9'da olduğu gibi ICD -10'da "Hiperkinetik Bozukluk" olarak adlandırılmaya devam edilmiştir. DEHB ICD -10'da DSM-IV'ten farklı olarak bulguların 7 yaş yerine 5 yaşından önce başlaması gerektiği, ayrıca ICD-10'da ek olarak sıklıkla motor ve dil gelişiminin gecikmesinin olduğu bildirilmiştir (14).

Günümüzde DSM V'de bazı radikal değişiklikler yapılmıştır. Örneğin semptomların sebep olduğu işlevsellikteki bozulmanın günlük hayatta kendini nasıl gösterdiği örnekler ile açıklanmıştır. DSM-IV'te var olan bulguların çıkış yaşının 7 yaş öncesi yerine 12 yaş öncesinde semptomların görülmesi olarak değiştirilmiştir. DSM-IV'te var olan yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmadığı vurgusu kaldırılmış ve mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz sözüne yer verilmemiştir. DEHB, DSM-IV-TR'de 'Bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar' başlığı altında yer alırken, DSM-V'de 'Nörogelişimsel bozukluklar' başlığı altında yer almaktadır (7).

2.1.3. Epidemiyoloji

(15) DEHB okul çağı çocuklarının %2-7'sinde görülmektedir (16). Dünya genelinde yapılan çalışmalar %1 ile %20 arasında değişen farklı oranlar bildirmiştir. Bu duruma neden olarak tüm yönleriyle tıptaki en iyi araştırılmış bozukluklardan biri olmasına rağmen çalışmalarda kullanılan yöntemlerin farklı olması gösterilmektedir (2). 1978 ve 2005 yılları arasında tüm dünya bölgelerinde yapılan DEHB epidemiyoloji çalışmalarının sistematik derleme ve meta-regresyon analizi, DEHB dünya geneli birleştirilmiş prevelansını %5,29 olarak belirlemiştir. Son yıllarda yine yapılan kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında ise %5,9-%7,1 olduğu gösterilmiştir (2, 3, 17). Ayrıca yapılan çalışmalar DEHB'nin erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğünü göstermiştir. Toplum tabanlı çalışmalar erkek: kız oranının 1:1 ile 3:1 aralığında değiştiğini, klinik tabanlı çalışmalar ise bu oranın 9:1'e kadar yükseldiğini göstermiştir (17, 18). Ülkemizde yapılan çalışmalarda dünyadakilere benzer oran aralıkları söz konusudur. İlköğretim öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda DEHB sıklığı %3-10 oranında değiştiği görülmektedir (19). Ercan ve ark. tarafından 1500 ilkokul öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada öğrenciler 4 yıl boyunca takip edilmiştir. DEHB sıklığının ilk yılda %13.38, ikinci yıl için %12.53, üçüncü yıl için %12.22, dördüncü yıl için %12.91 olarak belirlenmiş; ortalama sıklık değerlendirilmesi neticesinde ise DEHB sıklığının %12,7 olduğu tespit edilmiştir (20).

2.1.4. Etiyoloji

DEHB etiyolojisinin multifaktöriyel olduğu düşünülmekte olup etiyolojik çalışmalar genetik, beyin görüntüleme, nörokimyasal değişiklikler ve psikososyal sebepler şeklinde dört temel başlık şeklinde ele alınabilir (21, 22). DEHB etiyolojisine yönelik araştırmalar genetik, nörokimyasal, nörogörüntüleme, nörofizyolojik, nöropsikolojik ve diğer başlıklar altında incelenecektir.

2.1.4.1. Genetik Faktörler

DEHB etiyopatogenezinde genetik faktörlerin etkilerine dair kanıtlar her geçen gün artmaktadır. Yapılan çalışmalar DEHB'li çocukların kardeşlerinde ve ebeveynlerinde DEHB görülme sıklığının, normal popülasyona göre 2-8 kat daha yüksek olduğunu bildirmektedir (23). Üzerinde çalışılan genetik temelli aile çalışmalarının, çevresel faktörlerden etkilenme derecesini belirlemek için ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmıştır. Yapılan 20 ikiz çalışmasının

değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında ortalama kalıtılabilirlik 0,76 olarak saptanmıştır (24). Evlat edinilen çocuklarda yapılan çalışmalarda; DEHB tanılı çocukların biyolojik anne babalarının evlat edinen ailelere kıyasla daha sık DEHB tanısı aldığı saptanmıştır (25).

DEHB üzerine yapılan Moleküler genetik çalışmaları 100'den fazla gen bölgesi ile bozukluk arasında ilişki olduğunu göstermekle olup; bu konu üzerine yapılan çalışmalar daha çok dopaminerjik ve noradrenerjik sistemin işlev bozukluğuna dikkat çekmektedir (26). Bu alanda en çok üzerinde durulan genler, Dopamin D4 reseptör geni (DRD4), Dopamin D5 reseptör geni (DRD5), Dopamin Transporter 1 (DAT 1), Dopamin Beta Hidroksilaz enzimi (DBH) ve Katekolamin N-Metil Transferaz (COMT) gibi dopaminerjik; Norepinefrin Transporter (NET) gibi norepinefrijenik; Serotonin Tranporter Enzim (5-HTT) ve Serotonerjik Reseptör (HTR 1B ve 2A) gibi serotonerjik; CHRNA4 gibi kolinerjik ve SNAP 25 ve Beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF) gibi santral sinir sistemi gelişim yolak genleridir (27-29).

Aday genler arasında DRD4 ve DAT1 başta olmak üzere dopaminerjik genlerin en yüksek etki boyutuna sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak pek çok çalışmada DEHB'nin oluşumunda tek bir genin sorumlu olamayacağı, çok sayıda küçük, ama önemli genin çevresel faktörlerle etkileşiminin önemli olduğu bildirilmiştir (30).

2.1.4.2. Nörokimyasal Faktörler

DEHB nörobiyolojisi tamamen anlaşılabilmiş değildir. Dopamin (DA) ve Norepinefrin (NE)'nin parçası olduğu katekolaminerjik sistem işlev bozukluğunun DEHB etiyopatogenezi konusundaki çalışmalar son yıllarda dikkat çekmektedir.

Bu nörotransmitterlerin prefrontal kortekste normal düzeyde olması, yürütücü işlevler için gereklidir Kortikal-striatal-talamik-kortikal bölgeler DA konsantrasyonunun yüksek olduğu bölgelerden olup DA seviyesindeki bozulmaların ise hiperaktivite, dikkat sorunu, diskinezi, tikler ve kendine zarar verme davranışını ortaya çıkardığı bilinmektedir (31-33). Tek Foton Emisyon Tomografi (SPECT) çalışmalarında DEHB bulunan çocukların bazal ganglionlarında bir dopaminerjik sistem bozukluğu olduğu bildirilmiştir (34).

Bir diğer çalışılan alan DEHB'nin ortaya çıkışında dopamin hidroksilaz ve

monoaminoksidaz genlerinin de rolü olabileceğini ileri süren çalışmalar üzerine olmuştur (33). Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda ise Glutamat üzerine dikkat çekilmiş olup DEHB'li hastalarda anterior singulat korteks, prefrontal korteks ve striatum'da glutamat düzeylerinin sağlıklı bireylere kıyasla artmış olduğu ve psikostimulan tedavisi ile glutamat düzeylerinde azalma olduğu gösterilmiştir (35, 36).

2.1.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları

DEHB'li bireylerde yapılan çalışmalar sağlıklı kontrollere kıyasla, DEHB'li bireylerde total beyin hacminin %3-5 oranında daha az olduğunu göstermiştir. Bu hacim azalışının eşit oranda olduğunu gösteren çalışmalar yanında dağılımının farklı olabileceğini gösteren yayınlarda bulunmaktadır (37-40).

Uzun süreli manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları özellikle frontal lob, serebellum, korpus kallozumun bazı bölümleri ve bazal gangliyonların hacimsel olarak DEHB'li olmayan bireylerden küçük olduğunu ve bu durumun pubertede aynen devam ettiğini ortaya koymuştur (41).

Diffüzyon Tensör Görüntüleme (DTG) çalışmalarında, DEHB'li olgularda beyaz cevher mikroyapısında atipik gelişimler gözlendiği ve bu durumun spesifik bir beyin bölgesinden çok, fronto-striatal, fronto-paryetal ve fronto-serebellar döngü başta olmak üzere tüm beyinde yaygın olarak gözlendiği belirtilmiştir (42).

Fonksiyonel MRG (fMRI) kullanılarak yapılan çalışmalarda ise; bilişsel kontrol gerektiren görevler sırasında fronto-striatal, fronto-paryetal ve frontoserebellar bölgelerde azalmış aktivasyon olduğu gösterilmiştir. Çocuk ve ergenlerle yapılan bir metaanalizde fMRI'da bilateral ventral dikkat ağında, dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC), inferior frontal korteks (IFC), bazal ganglia, talamus, anterior singulat korteks (ACC) ve supplemanter motor alanın (SMA) da içinde bulunduğu sağ fronto-temporo-pariyetal ağda aktivasyon azalması olduğu gösterilmiştir (30). Yirmi bir adet fMRI çalışmasını içeren başka bir metaanalizde de benzer şekilde; motor yanıt inhibisyonunda rol oynadığı bilinen sağ IFC, SMA, ACC, sol striatum ve sağ talamusta azalmış aktivasyon saptanmıştır (43).

2.1.4.4. Nörofizyolojik ve Nöropsikolojik Çalışmalar

DEHB tanılı çocuklarda yapılan Elektroensefalografik (EEG) çalışmalarda kontrol gurbunda EEG bozukluğu %3,5, DEHB grubunda ise %6,1 olarak

bildirilmiştir (44). Görülen bu epileptiform aktivitenin nöron gelişimini ve fonksiyonunu bozarak geçici ya da kalıcı davranışsal, kognitif bozukluklara yol açabileceği üzerine odaklanılmıştır (45).

Yürütücü işlevler olarak bilinen inhibisyon kontrolü, dikkat düzenlenmesi, bir konudan diğerine geçiş yapabilme, çeldiricilere karşı koyabilme ve çalışma belleği ile ilgili fonksiyonlarda bozukluk olduğu gösterilmiş olup bu bozukluğa sahip bireylerde ayrıca yanıt inhibisyonu, vijilans, çalışma belleği ve planlamada da bozukluk olduğu bildirilmektedir (37, 46).

2.1.4.5. Diğer Faktörler

Psikososyal etkenlerin, DEHB gelişiminde temel bir etkenden çok, hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı etkileri olduğu düşünülmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda, parçalanmış veya kaotik aile yapısının, ebeveynde sürekli bir psikiyatrik bozukluğun mevcudiyetinin, tek ya da ilk çocuk olma oranlarının bozukluğu olan grupta kontrollerden daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yetiştirme yurdundaki çocukların aşırı hareketli ve dikkat sürelerinin kısa olduğu gözlenmiş; bunun uzun süren duygusal yoksunlukla ilişkili olabileceği ileri sürülmüş olup sosyoekonomik düzeyin ise DEHB gelişiminde önemi bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (47-49).

Genç ve ileri anne yaşı, yetersiz anne eğitimi, ailede DEHB öyküsü, gebelikte sigara ve alkol kullanımı, enfeksiyon geçirme öyküsü, annede depresyon, stres ve kaygı, düşük folik asit düzeyi, erken doğum, doğum komplikasyonları ve neonatal komplikasyonlar, düşük doğum tartısı, malnutrisyon, eser element ve poliansature yağ asitlerinin eksiklikleri DEHB ile ilişkili diğer çevresel risk faktörleridir (50-54). Her ne kadar boya maddeleri ve koruyucular gibi gıda katkı maddelerinin, şekerlerin ya da yüksek düzeyde kurşunun DEHB'ye neden olabileceği öne sürülse de bunlarla ilgili bilimsel kanıt yoktur (55-58).

2.1.5. Tanısal Değerlendirme

DEHB diğer psikiyatrik hastalıklar gibi klinik bir tanıdır ve tanı için özgül bir test aracı bulunmamaktadır. DEHB'de komorbid durumlar sıklıkla eşlik ettiğinden tanı koymak daha da zor bir hale gelebilmektedir (59). DEHB tanısı konulurken anne baba ve çocukla görüşme, öğretmen ve okulun rehberlik birimi, spor hocası, çocuğu yakından tanıyan akrabalar gibi gerekli görülen diğer kaynaklardan bilgi alınması, anne, baba ve öğretmen tarafından çeşitli test ve ölçeklerin doldurulması

uygulanan işlemlerdir. (59) Ölçeklerden sık kullanılanlardan bazıları "Conners Anne Baba ve Öğretmen Değerlendirme Ölçekleri" (60) ve Turgay Yıkıcı Davranım Bozukluğu için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'dir (61). Aile ve öğretmenden alınan bilgiler çocukta ki çeşitli davranım problemlerinin tespiti ve takibinde genellikle yeterlidir. Bazen iki kaynaktan alınan bilgiler arasında uyumsuzluk olabilir. Bunun nedeni her bilginin elde edildiği, gözlemlerin yapıldığı yerlerin farklı olmasıdır. Bu bağlamda öğretmenden alınan bilgiler tanı ve tedavinin her aşamasında önemlidir. Çünkü DEHB belirtilerinin klinik özelliklerinin sınıf ve okul ortamında, çocuğun bireysel olarak değerlendirildiği ortamlara oranla çok daha belirginleştiği bilinmektedir (59, 62).

DEHB tanısında en önemli ilk aşamalar öykü ve fizik muayenedir. Öykü alınırken hastalığın ana belirtileri; dikkat süresi, yaşıtlarına göre farklı ortamlarda hareketlilik, dürtüsellik, duygulanım ile ilgili farklılıklar (üzüntü, kaygı) ve davranım sorunları ayrıntılı olarak sorgulanır. Okul başarısı sorgulanırken, el yazısı, okuma hızı ve niteliği, ev ödevleri, sınavlar, ders başarısı ve notlar, sınıf geçmekte zorlanıp zorlanmadığı öğrenilir. Sosyal becerilerini anlamak amacıyla arkadaşlık kurma ve sürdürme becerileri, arkadaş grup ve etkinlikleri, hobiler, spor ve diğer etkinlikler sorgulanır. Ayrıntılı gelişim öyküsü önemlidir. Çocukla görüşme esnasında çocuğun yaşına, beceri düzeyine ve işbirliğine girip girmemesine de bağlı olarak çocuğun genel görünümü, gelişimi ve davranışları gözlemlenir (59).

İlk görüşmede çocuk soruları doğru yanıtlamayabilir ya da genel davranış özelliklerini görüşme esnasında sergilemeyebilir. Çünkü pek çok çocuk, ailesi tarafından bir çocuk ruh sağlığı uzmanına getirildiğinin farkındadır. Küçük çocuklarla, çocuğun gelişimini, dikkat ve hareketliliğini anlamak için oyunlar oynanabilir. Daha büyük çocuklarda ise algı, dikkat, planlama ve organizasyon yeteneklerini değerlendirmeye yönelik oyunlar seçilir (59).

2.1.6. Tanı Kriterleri

2.1.6.1. DEHB için DSM-V Tanı Ölçütleri

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

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla ve/veya işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

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

a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde) iste ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden kaçırır ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).

b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).

d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).

f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkandır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevularına uymakta).

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

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

a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.

b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerini sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e. Çoğu kez, 'her an hareket halindedir, 'kıçına bir motor takılmış' gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).

i. Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

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

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

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

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma 'ağır olmayan' la 'ağır' arasında orta bir yerdedir.

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

2.1.7. DEHB Alt Görünümleri

Son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak DEHB alt görünüm ayrımı yapılır. Çocuklarda hareketlilik belirtileri ağırlıktayken yaşla birlikte azalarak yerini dikkat eksikliği belirtilerine bıraktığı için (63), yaş grubuna göre DEHB alt görünüm oranlarını belirlemek daha anlamlı olacaktır. Çocuklarda en sık görülen alt görünüm DEHB-B (%43- 79) iken bunu sırasıyla DEHB-DE (%8-37) ve DEHB-HA (%5-29) alt görünümleri izlemektedir (64-66). Ergenlerde yapılan çalışmalarda DEHB-DE % 64-78, DEHB-B % 17-28, DEHB-HA alt görünümü ise % 5-11 oranlarında bulunmuştur (65). Ancak çocuk ve ergenlerde genel anlamda en sık bileşik alt görünümün bulunduğu bildirilmiştir (63, 67). Dikkat eksikliği alt görünümü kızlarda en sık görülen alt tipken erkeklerde kızlara göre her üç alt görünümde de daha sıktır (18).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm:

Ana belirtilerin üçü de aynı zamanda vardır. DEHB tanısı alanların çoğu bu grupta yer alır. Sıklıkla erişkin yaşama kadar devam eder. Bu çocuklar hem okul hem ev yaşamında güçlükler yaşarlar.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Görünüm:

Hiperaktivite ve impulsivite belirtileri yoktur veya altıdan azdır. En az altı aydır süren dikkatsizlik belirtileri vardır. Araştırmalar bu çocukların bilişsel olarak uyku halinde, uyuşuk, sürekli hayal kuran, kafası karışmış ve sosyal olarak geri çekilmiş olarak uyuşmuş bilişsel tempoya (sluggish cognitive tempo) sahip olduğunu göstermiştir. Dikkat eksikliği bozukluğu olan çocuklar okulda hiperaktivite ve dürtüsellikleri olmamasından dolayı ve dikkatin odaklanması, sürdürülmesi ve organizasyonuyla ilgili güçlükler yaşamaları sebebiyle esas olarak uyum sorunundan ziyade öğrenmeyle ilgili problem yaşarlar. Geç kalmak, organize olamamak, ödevleri tamamlayamamak, unutkan ve sürekli hayal dünyasında olarak tanımlanırlar ve genellikle de ilkokul döneminde tanı alırlar.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Görünüm:

Dikkatsizlik belirtileri altının altındadır. Hiperaktivite-İmpulsivite belirtilerinin altısı karşılanıyordur. Bu grup Dikkat Eksikliği alt görünümünden hiperaktivite nedeniyle erken tanı alırlar. Okulda ve evde sosyal ortamlarda uyum sorunları yaşarlar. Öğrenme güçlüğü yaşamayabilirler. Aşırı hareketliliğin önde olduğu görünüm okul öncesi dönemde yaygındır. Bu çocukların ne kadarının sonraki dönemde dikkat eksikliği ölçütlerini de karşılayacağı açık değildir. Çünkü dikkat sorunları genellikle kendini okulda belli eder.

2.1.8. Klinik Özellikler

DEHB tanısı almış bireylerde yaş dönemine bağlı klinik bulgular değişebilmektedir:

Okul öncesi dönemde aşırı hareketlilik en bariz ve en sıkıntı oluşturan belirtidir. DEHB'li çocukların bebeklikteki nöro-davranışsal profilinde huzursuzluk, çok ağlama, kolik, uyku bozukluğu, beslenme sorunları, kolay yatıştırılamama da sıkça yer alabilmektedir. Gelişim basamaklarına bakıldığında yürür yürümez koşmaya başlama, ince ve kaba motor beceri ve koordinasyonda, dil gelişimi ve dili kullanmada sorunlar görülebilmektedir. Bu çocuklar sessiz olunması gereken yerlerde huzursuz, yaramaz ve gürültücü olup, bu özellikler hem sınıf gibi yapılandırılmış, hem de çocuk parkı gibi yapılandırılmamış ortamlarda izlenir. Uzun süre oyun ve etkinlik sürdüremez ve çabuk sıkılırlar. Grup oyunlarında uyumlu ve başarılı değillerdir (68).

İlkokul dönemi DEHB'nin klinik özelliklerinin net olarak fark edilip görülmeye başlandığı ve genellikle de tanının ilk konulduğu dönem olması açısından büyük önem taşıyan bir yaş dönemidir. Okul çağında DEHB tanılı çocukların olmayanlara göre akademik işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, okul başarılarının daha düşük olduğu ve daha fazla olasılıkla sınıf tekrarı yapmış oldukları bildirilmektedir (69). DEHB semptomları ile işlevsellikteki bozulma arasındaki ilişkiye bakıldığında; dikkat eksikliği ile okul işlevselliğindeki bozulma arasındaki ilişkinin en güçlü olduğu bildirilmektedir (70). Okul başarısı açısından yerinde sessizce oturabilme, dikkatini sürdürebilme, dürtüsel davranışları durdurabilme, plan yapabilme ve yönergeleri takip edebilme kadar diğer çocuklarla

uygun şekilde etkileşime girebilme becerisi de önem taşımaktadır (71). DEHB, okul yıllarında ciddi akademik, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açabilir. Arkadaşları ya da erişkinler tarafından reddedilme, olumsuz tutumlarla karşı karşıya kalma ve buna bağlı olarak sosyal izolasyon, özgüvende azalma ile birlikte kaygı, suçluluk duyguları ve depresif durumlar yaşayabilirler. Dikkat eksikliği ve dürtüselliğe bağlı olarak kaza ve yaralanmalar da bu çocuklarda daha fazla görülür (72-74).

Ergenlik döneminde dikkat eksikliği ile ilişkili olarak en sık yaşanan sorunlar; ders çalışmama, ev ödevlerini yapmama, işlerini iyi organize edememe, başlanan işi zamanında bitirmede güçlük, basit ve dikkatsiz hatalar yapma, eşya kaybetme ve unutkanlık, konuşulanları, okuduklarını ve gündelik işlerini akılda tutmada güçlüktür. DEHB'ye bağlı hiperaktivite ile ilişkili olarak ergenlik döneminde motor aşırı hareketlilik yerini genellikle gerginlik, sinirlilik, etkinlikleri sürdürememe (oturarak kitap okuma, film izleme vb.) ve içsel bir huzursuzluk hissine bırakır (68). Ergenlik döneminde dürtüsel davranışlarda artış gözlenmektedir (75).

DEHB'nin sosyal, emosyonel ve akademik işlevsellikte bozulmaya neden olduğu, ayını zamanda anne-babaların ebeveynlik becerileri ve çocukların akademik performansını önemli ölçüde etkileyebilecek çeşitli sağlık problemleri ile ilişkili olduğu yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir (76-78).

(i). Sosyal İşlevsellik

DEHB olan çocuk ve ergenlerin DEHB'si olmayan çocuk ve ergenlere göre daha zayıf sosyal ve iletişim becerilerine sahip oldukları bilinmektedir (79). Bu becerilerin yetersiz olması sonucunda aile içi ilişkiler ve faaliyetler bozulabilir (77, 80) ve hatta bazı durumlarda tamamen kopabilir, bu da ek sosyal ve maddi zorluklar doğurabilir (81). DEHB'li çocuklarda iletişim becerilerinde yetersizlik ve sosyal işlevsellikte bozulma komorbid durumlardan bağımsız olarak bu çocukların depresif hissetmesine veya karşıt ya da saldırgan davranış göstermesine neden olur (82).

(ii). Emosyonel İşlevsellik

Güçler ve güçlükler anketi kullanılarak yapılan bir çalışma, DEHB olan çocuk ve ergenlerin, DEHB'si olmayan çocuk ve ergenlere göre, daha fazla emosyonel problem yaşadıklarını açıkça göstermiştir (83, 84). DEHB'li

çocukların emosyonel işlevselliklerinde bozulma, özellikle öfke ve saldırganlık gibi duyguların self-regülasyonunda yetersizlik, hayal kırıklıkları ile başa çıkamama ve azalmış empati ile ilişkilidir.(85) Aslında DEHB sadece etkilenen çocuğun emosyonel işlevselliği üzerinde olumsuz bir etkiye sahip değildir, aynı zamanda aileyi bir bütün olarak etkiler (85). DEHB'li bir çocuk aile işlevselliği ve evliliğin işleyişinde de bozulmaya yol açmaktadır (81).

DEHB'li çocuklarda özellikle majör depresyonda bir risk faktörü olan zayıf benlik saygısının görüldüğü bilinmektedir (76-78, 86-89). Benlik saygısı kişinin kendine karşı olumlu ya da olumsuz bir tavrı olarak tanımlanabilir (90) ve psikolojik kuramlarda " kendi kendine yetebilme " ve "kendini beğenme" gibi alanları olan merkezi bir yapı olarak kabul edilir, (91) (92). DEHB olan çocuk ve ergenlerin benlik algısının daha zayıf olduğu söylenir (79). Benlik saygısının genetik ve çevresel belirleyicileri araştırılmıştır (93, 94) fakat spesifik belirleyicileri tam olarak gösterilmemiştir. Yapılan bir çalışmada özellikle kızlarda benlik saygısının çevresel belirleyicilerinin (ailelerin çocukları yetiştirme tarzları ve çocukların kişiler arası ilişki biçimleri) genetik belirteçlerden daha baskın olduğu bulunmuştur (94).

(iii). Ebeveyn Stresi ve Aile İşlevi

DEHB'li çocuklar ve ebeveynleri arasındaki ebeveyn-çocuk çatışması ve ebeveynlik stresi DEHB'den etkilenmeyen ailelere göre çok daha fazladır (80, 85). Bozuklukla ilişkili belirtiler anne-baba, çocuk ve kardeş ilişkileri üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Anne-babalar yüksek düzeyde stres altındadır ve özellikle DEHB'li çocukların anneleri depresif bozukluklar açısından risk taşımaktadır (95). Oluşan ebeveynlik stresine sekonder olarak, aileler fazla korumacı ve disiplinli bir yaklaşım benimsediklerinde DEHB'li çocuklar bu duruma daha az duyarlı olmakta, daha düşmanca davranmakta ve ebeveynlerine karşı daha fazla kaçınma davranışı göstermektedirler (96). Mevcut bu çatışma, çocuklarda akran ilişkilerinde bozulmaya, risk davranışlarının artmasına, boş zaman aktiviteleri ve yatma zamanı gibi rutinlerde bozulmaya neden olmaktadır. Ayrıca DEHB'nin neden olduğu bu problemler DEHB'li çocukların akran ilişkilerinde yaşadığı sorunların bir diğer nedeni olan paylaşma, işbirliği yapma, sıra bekleme gibi becerileri kazanamamasına neden olmaktadır (85).

Bazı araştırmacılar, DEHB'li çocukların anne-babalarının ebeveynlikten daha az tatmin olduğunu, çocuklarına karşı daha duyarsız olduklarını ve onların öğrenme yeteneklerini daha az anlayabildiğini göstermiştir (81, 97, 98). DEHB'si olmayan çocuklarda aile içerisinde duygu dışavurumu, uyum ve örgütlenmenin daha etkili olması ve bu özelliklerin davranış regülasyonu (hiperaktivite, saldırganlık vb.) ile pozitif korelasyonunun olması; etkin aile birliği ve organizasyonunun, daha güçlü metabilişsel yetenekler (dikkat, impulsivite, hafıza vb.) ile ilişkisi olduğunu kanıtlar niteliktedir (99, 100).

(iv). Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, iyilik halinin fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerini yansıtan, hastalık semptomlarından ve işlevsellikteki bozulmadan ayrı olarak kişinin kendini algılama biçimi olarak tanımlanmaktadır (101). DEHB'nin, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi temel belirtilerinin ötesinde psikososyal işlevsellikte önemli bir bozulmaya neden olması konusunda çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (77, 102). Örneğin Dancekaerts ve ark. DEHB'li çocukların duygusal ve davranışsal problemleri nedeniyle okul ve günlük hayatlarında kayıplar yaşadığını göstermiştir (103). Sonuç olarak diğer psikiyatrik bozukluklar veya fiziksel bozukluklar gibi DEHB'nin de yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi bulunmaktadır (103).

2.1.9. Eşlik Eden Tanılar

Yapılan çalışmalar, DEHB tanısı alan çocukların %54-84'ü karşıt olma/karşıt gelme ve davranım bozukluğu kriterlerini de karşıladığını, %25-35 oranında öğrenme güçlüğü ile birliktelik görülebildiğiini, anksiyete bozuklukları ise DEHB tanısı alan olguların 1/3'üne eşlik ettiğini göstermektedir (104). Obsesif-kompulsif bozukluk tanılı çocukların %30'u komorbid DEHB tanısı almaktadır, DEHB'li çocuklarda ise obsesif-kompulsif bozukluk görülme oranı %16'dir (105). Bunlar dışında öğrenme güçlüğü olan çocukların sınıf içerisinde ve belli durumlarda gösterdikleri dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk, DEHB ile ayırt edilmelidir, ayrıca DEHB tanısı alan çocukların da okul başarısının düşük olması tanıyı güçleştirmektedir (106). DEHB tanısı alan olgularda Tourette Sendromu görülme oranı %25'tir ve Tourette Sendromu olan olgularda DEHB görülme oranı %60-70'tir (107). DEHB'li adolesanlar arasında sigaraya erken yaşta başlama ve

madde kullanım oranı, DEHB tanısı almayanlara göre anlamlı oranda fazladır (108). DEHB tanısı alan çocuklarda depresif bozukluk eşlik etme oranı %29 ‘dur (106). Bipolar bozukluk tanısı almış olan çocukların yaklaşık %11-75’i hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğu tanısı almaktadır, yine hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğu tanısı almış olan çocukların da yaklaşık %7-23’ü bipolar bozukluk tanısı almaktadır (109, 110).

2.1.11. DEHB ‘ye Bağlı Maddi Kayıplar

DEHB'nin çocuklar, aileler ve toplum için ciddi ekonomik etkileri olabilir (111). Tıbbi maliyet çalışmalarının sonuçları, DEHB tanılı çocukların yüksek medikal harcamalara neden olduğunu göstermektedir. Birnbaum ve ark. ABD nüfusu genelinde DEHB ve maddi kayıpları hakkında yaptıkları çalışmada DEHB-ilişkili tedavi maliyetlerinin kızlarda 0.53 milyar dolar ve erkekler için 1.06 milyar dolar olarak; genel sağlık harcamaları açısından ise kızlar için 0,80 milyar dolar ve erkekler için 2 milyar dolar olarak tespit etmişlerdir (112).

Swensen ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışma, çocuklukta DEHB'nin ebeveynlere ve diğer aile bireylerine ekonomik bir yük getirdiğini ileri sürmektedir. Şöyle ki, DEHB tanısı konan bir bireyin aile fertlerinin toplam sağlık harcamaları, DEHB tanısı olmayan bir aileye göre 1,6 kat daha fazladır. Yıllık doğrudan hasta başına düşen tıbbi maliyetler, DEHB tanılı kişinin aile fertleri için 2.740 $ iken DEHB tanılı olmayan bir ailenin fertlerinden (1,365 $) yaklaşık iki kat daha fazladır (113).

2.1.10. Tedavi, Tedavi Başarısı ve Rezidüel Bulgular

Günümüzde DEHB tedavisinde ilaç tedavileri, etkinliği en çok kanıtlanan tedavi yöntemi olmakla beraber; psikoeğitim, psikososyal girişimler, davranışçı yöntemler, eğitim ile ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeler de çok eksenli tedavinin ana hatlarındandır (114). DEHB tedavisinde en çok kullanılan ilaçlar Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından 6 yaş ve üzeri için kullanım onayı olan metilfenidat ve atomoksetin; 3 yaş ve üzeri için onaylanan, ancak Türkiye’de bulunmayan dekstroamfetamindir (115-117). DEHB kılavuzlarında tedavi önerileri incelendiğinde, psikostimülanlar ilk sıra tedavi seçeneğidir. Ancak atomoksetin kullanımına dair kılavuzlar uyum içerisinde değildirler. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), AACAP (American

Academy of Child and Adolescent Psychiatry), DGKJP (Duetsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie) ve BAP (British Association of Psychopharmacology) kılavuzlarında atomoksetin DEHB'de ilk sıra tedavi seçeneği olarak geçmektedir (118).

DEHB erken ve doğru tedavi edildiğinde başarı oranı en yüksek bozukluklardan biridir. Psikostimulanlar, DEHB tedavisinde yıllardır kullanılmaktadır ve birçok ülkede bu amaç için lisans almıştır. Bu ilaçların etkinliği ve güvenilirliği, çok sayıda klinik denemede olduğu kadar sistematik derlemeler ve meta analizlerde de kapsamlı bir şekilde incelenmiştir (119, 120). Psikostimulanların DEHB'nin çekirdek semptomlarına (dikkatsizlik, hiperaktivite, impulsivite) plasebodan daha etkili olduğu, etki büyüklüklerinin 0.8 ila 1.1 arasında değiştiği ve vakaların yaklaşık % 70'inde pozitif erken yanıt gösterdiği tespit edilmiştir. (120). Non stimulan olan Atomoksetin için ise bu oran 0.8'dir (121, 122). Ancak medikal tedavilerin bu başarısı bulgularında anlamlı oranda düzelme olan ancak tam tedavi sağlanamayan geniş bir hasta grubu için 'kalan sorunların göz ardı edilmesi' riskini beraberinde getirmektedir (123). Bilimsel yazında sadece medikal tedavi alan çocuk ve ergenlerde DEHB ile ilişkili yaşam kalitesinde düşüklük, planlama/organizasyon becerilerinde yetersizlik, okul veya iş ile ilgili görevlerde zorlanma, çok konuşma gibi rezidü problemler devam edebildiği, hatta alevlenmeler ve işlevsel bozulma ile sonuçlanabileceği gösterilmiştir (123, 124). Aynı zamanda motor aktivite genellikle geç çocukluk veya erken erişkinlik döneminde iyileşmesine rağmen orta şiddetli veya şiddetli rezidüel DEHB belirtileri (huzursuzluk, yerinde duramama, kıpırdanma) bazı erişkinlerde görülmeye devam edilebilir (125).

Bu nedenle Farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerin bir arada kullanılmasının DEHB'nin gidişini daha olumlu katkı yapabileceği düşünülmektedir (126). DEHB'li olgularla yapılan en kapsamlı araştırmalardan biri olan MTA çalışmasının sonuçları göstermiştir ki ilaç tedavisi veya eşlik eden bozukluğu olanlarda bütünleyici tedavi almama veya tedaviye geç başlanması DEHB'nin gidişini olumsuz etkileyen özellikler arasında yer almaktadır (127). Mannuza ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada ise çocukluk çağında DEHB tedavisine başlanmamasının veya geç başlanmasının, özellikle erişkinlikte madde

kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gelişme riskini artırdığı saptanmıştır (128).

DEHB'de medikal tedavi almama, tedaviye geç başlama, komorbid durumlarda ek müdahalelerin uzun dönem sonuçları ile ilgili yeterli çalışma olmasına karşın komorbidite eşlik etmeyen DEHB'lilerde ilaç tedavisine kısmi yanıt sonrası kalan çekirdek veya rezidüel bulgular üzerine çalışmalar henüz yeterli değildir. Fakat her ne kadar ilaca yanıt alınan ancak tam düzelme sağlanamayan olguların işlevselliği, yaşam kalitesi ve kişiler arası ilişkileri üzerine dair bilgilerimiz az olsa da özellikle depresyon hastalarında yapılan çalışmalar çoğu zaman hekimlerce tam düzelmiş gibi kabul edilen bu hastaların ne kadar ciddi yaşam kayıplarının olabileceğini göstermektedir. İlaç tedavisi ile tam remisyona girmeyen depresyon hastalarında en yaygın rezidü belirtiler insomnia, ağrılı fiziksel şikayetler, dikkat problemleri ve ilgi ve motivasyon eksikliği iken en az görülen kalıntı belirtiler ise depresif duygudurum, intihar düşüncesi ve psikomotor retardasyondur (129). Bu rezidü semptomlara hekimler tarafından müdahale edilmemesi ile hastalarda görülen yeni atak riski arasındaki güçlü ilişki uzman gruplar tarafından oluşturulan klavuzlarda belirtilmiştir (130). Öyle ki depresif atakların tekrarlamasında rezidü semptomların, hastanın geçirdiği önceki atak sayılarından daha güçlü bir yordayıcı olduğu son yıllarda üzerinde durulan konulardan biridir (130). Bu bağlamda rezidüel semptomların, kognitif yıkım ve ciddi yaşam kayıpları üzerine olan etkisinin geçirilen atak sayısından hem bağımsız hem de daha ağır olduğunu görmekteyiz. Hem rezidüel bulguların kendisi hem de neden olacağı yeni ataklara bağlı kognitif bozulma, kişilerde sağlık, iş yaşamı, sosyal hayat ve aile hayatı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (131). Örneğin hastalarda hem işe devam edememe hem de işgörmezlik (işyerinde bulunmasına rağmen üretkenlik kaybı) gibi nedenlere bağlı mesleki kayıplar hem bireye hem de topluma bir yük oluşturmaktadır (132). Annelerde kısmi remisyona bağlı kognitif defisitlerin ve buna bağlı artmış atak sıklığının etkisinden bahsedildiği bir çalışmada ise mevcut durumun çocuklarının gelişimi ve aile dinamikleri üzerine zararlı etkilerinin olabileceğinden bahsedilmektedir (133). Depresyon hastalarında rezidü semtomlara yönelik müdahaleler aslında DEHB'de de olduğu gibi psikoterapotik ve farmakolojik yaklaşımların kombine

kullanılmasına dayanır. Fakat bu alanda artık özellikle rezidual semptomu spesifik olarak hedefleyen ek yaklaşımlar üzerinede çalışılmaktadır (134).

Hiç şüphesiz Major depresyona benzer şekilde DEHB'de medikal tedavilere tam yanıt alınamaması sadece farmakokinetik veya farmakodinamik nedenlere atfedilemez. Bilimsel yazında DEHB'de tedaviyle bulgularda tam düzelme sağlanamamasının çeşitli sebepleri olduğu belirtilmektedir. Başlanan medikal tedavi düşük doğum ağırlığı, perinatal faktörler, DAT1 ve DRD4 genlerinde polimorfizm, COMT geninin valin-valin genotipinin bulunması, IQ, agresyon düzeyi, düşük engellenme eşiği ve DEHB şiddeti gibi kişisel özellikler; akran ilişkileri (arkadaşları tarafından kabul edilmeme), erişkinlerle ilişkiler, okul başarısı gibi sosyal-akademik parametreler; ailede psikopatoloji, sosyoekonomik düzey, evdeki duygusal ortam ve çocuk yetiştirme tutumları (olumsuz ebeveyn tutumları) gibi ailesel özellikler nedeniyle etkin olmamakta veya sekteye uğrayabilmekte, bu da klinik seyri olumsuz etkilemektedir (124, 135-138).

Sadece tedavi çalışmaları değil, hastalığın seyrini inceleyen doğal izlem çalışmaları da benzer sonuçlar vermektedir. Yapılan bir çalışmada DEHB'nin doğal seyrinde hastaların en az %60'ında hastalığın önemli belirtilerinin -özellikle de eskiden ortadan kalktığı düşünülen dikkat eksikliğinin- ortadan kalmadığı, ayrıca rezidüel bulgular nedeniyle gençlik ve erişkinlik dönemlerinde hastalığın olumsuz etkilerinin sürdüğü gösterilmiştir (125). Tablo 1'de DEHB semptomlarının okul öncesi dönemden erişkin döneme doğru değişimi özetlenmiştir (139).

Gerek bozukluğun doğal seyrinde bulguların bir düzeyde devam etmesi gerekse tedavi başarısını azaltan faktörlerin çeşitliliği nedeniyle DEHB de multimodal tedavi stratejilerinin kullanılmasının gerekli olduğu söylenebilir. (126). Tek yönlü tedavi seçeneklerinin benimsenmesi halinde rezidü semptomların devam etmesi ve doğrudan veya dolaylı olarak bilişsel ve davranışsal ek sorunlara yol açması sürpriz sayılmamalıdır. Farmakoterapi çoğu çocuk için etkilidir. Ek müdahaleler ise, mevcut koşulların doğasına, terapötik olarak hedeflenen sonuçlara ve aile koşullarına bağlı olarak, birincil tedavi veya birçok çocuk için ek tedavi olarak değerlidir.

Tablo 1: Çocukluktan Erişkinliğe DEHB Semptomlarının Değişimi ***(137)***

	Okul Öncesi	Okul Dönemi	Adolesan Dönem	Erişkin Dönem
Dikkatsizlik	*Kısa oyun dizileri (<3 dk) *Aktiviteleri tamamlamadan terketme *Dinlememe	*Kısa süreli ,,aktiviteler (<10 dk) *Aktiviteleri n çabuk değişmesi *Unutkan; Organize olamama; Dağınık ortam	*Görevlere akranlarından daha kısa süreli devamlılık gösterme (<30 dk) *Görevlerin detaylarına odaklanma eksikliği *Planlama becerisinde yetersizlik	*Tamamlanma mış detaylar *Unutulan randevular *Öngörü eksikliği
Hiperaktivite	*"Hızlı çocuk"	*Sakin kalması beklenirken huzursuzluk	*Yerinde duramama	*Öznel huzursuzluk duyguları
İmpulsivite	*Dinlemek istememe *Tehlike duygusunun olmaması (Karşıt olmadan zor ayrılır)	*Sırasını beklememek; diğer çocukları rahatsız etmek ve karışık cevap vermek *Kurallara uymama *Akranlarına izinsiz müdahale	*Zayıf self-kontrol *Özensiz risk alma	*Kazalar *Erken ve özensiz karar alma *Sabırsız olma

2.1.11. DEHB de Davranışsal Müdahale Bazlı Tedaviler

Davranışsal müdahaleler, DEHB veya DEHB ile ilişkili davranışları hedefleyen öğrenme prensiplerini kullanan terapiler olarak tanımlanabilir (140). Davranış odaklı tedaviler terapistler, ebeveynler veya diğer "uygulayıcılar" (örneğin öğretmenler) tarafından sağlanabilir. Uygulayıcılara, davranışın pozitif (örneğin övgü) ve negatif (örn. uygunsuz davranışları görmezden gelme) yaklaşımlar ile modifiye edilmesi gibi temel işleyiş ilkeleri öğretilir.

Davranışçı yaklaşımın temel ilkeleri;

1. İlk aşama, sorun davranışını ortaya çıkaran koşulların tespiti ve bir an önce değiştirilmesinin hedeflenmesidir. Bu konuda ebeveyne mümkün olduğunca "net" ve "somut" mesajlar verilmelidir.

2. İkinci aşama, ebeveynin çocuk ile yaptığı anlaşmalara çocuğun uyumunun değerlendirilmesidir.

3. Üçüncü aşama, olayların sonucunu tanımlamaktır. Olumlu sonuçlar görülünce çocuğu ödüllendirmek gerekir. Ödül çocuğu çok motive eden bir ödül olmalıdır. Bazen sosyal ödüller örneğin ebeveynin göstereceği sıcaklık, kucaklama veya oyun oynama, bazen puan sistemi, bazen de para ödülleri söz konusu olabilir.

4. Dördüncü aşama, davranış sonuçlarını, etkin ve etkin olmayan yöntemleri ortaya koymaktır. Hangi ortamların ve davranışların bu çocuklarda olumsuz sonuçlara yol açtığı tespit edilerek çocukta o olumsuz davranışa yol açan durumlar önlenmelidir (140).

2.1.11.1. Bilişsel Davranışcı Tedaviler

Ergen DEHB'lilerde BDT'nin etkinliğine dair Antshel ve ark. tarafından yayınlanan bir çalışma 68 DEHB tanılı ergende BDT uygulaması ile ilgilidir. Bu program motivasyonel görüşme, pratik yapma, gözden geçirme ve öğrenilen becerileri tekrarlamadan oluşmaktadır. Çalışma tedavi öncesi ve sonrasını karşılaştırarak, pek çok alanda anlamlı düzeyde olumlu gelişme bildirmiştir. En çok kaygı ve depresyonun eşlik ettiği DEHB, sonra pür DEHB ve en son KOKGB eşlik ettiği olgularda etkin bulunmuştur. Bu grupta daha az ilaç dozuyla, günlük yaşamda, okulda işlevselliğinin devam ettirmekle birlikte belli düzeyde işlev bozuklukları devam etmiştir (141).

2.1.11.2. Okul Bazlı Müdahaleler

Okul temelli tedavilerin tümü, özellikle DEHB belirtilerini azaltmayı amaçlamamaktadır, bazıları DEHB olan çocukların yaygın olarak gösterdiği akademik sorunları ele almaya çalışmaktadır.

Okullarda yapılması gerekenler:

1. Ebeveyn günlük/haftalık karneler ile okul davranışlarının takip edilmesi

2. Sınav süresinin bu çocuklar için artırılması

3. Ev ödev miktarının azaltılması

4. DEHB'li çocuğun sınıfta ön sıralarda oturtulması önerilmektedir.

Bunlar dışında DEHB semptomlarına yönelik okul ortamın yapılabilecek farklı müdahaleler tanımlanmıştır. Müdahalelerin büyük bir kısmı, sınıftaki öğretmenler tarafından gerçekleştirilmiştir ancak çoğu zaman ruh sağlığı çalışanları dâhil edilmiştir. Bunlar akademik beceri eğitimi, duygusal beceri eğitimi, öz-düzenleme, biyo-geri bildirim, günlük rapor kartı, sosyal beceri eğitimi, bilişsel beceri eğitimi, öğrenme ortamına uyum, müzik terapisi, psikoeğitim, oyun terapisi ve masaj olup DEHB'de etkinlikleri ebeveyn-gözlem formlarına göre düşük düzeydedir (142).

2.2. Ebeveyn Eğitim Programları

2.2.1. Tanım ve Amaç

Ebeveynlik kalitesi çocuklardaki davranım problemlerinin gelişiminde bir neden olarak görülmektedir (143). Bu nedenle, ebeveyn eğitimi yaklaşımları, çocuklarda davranışsal sorunların ele alınmasında yaygın olarak kullanılmaktadır (144).

Ebeveyn eğitiminin temel amacı ebeveynlerin özgüvenini güçlendirerek, çocuklarının fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimi için anne-babalık becerilerini geliştirecek şekilde anne babalara rehberlik etmektir. Uygulanmakta olan programların bir kısmı doğrudan çocuğu da kapsamakta, bir kısmı direk olarak anne babaya hizmet götürmeyi amaçlamaktadır. Ebeveynlik programlarının amaçları, çocukta sorunlu ve saldırgan tutumları azaltmak, ebeveyn – çocuk ilişkisini geliştirmek, aile bireylerinin ruhsal durumunu desteklemek, ebeveynlere çocuklarının davranışlarının nedenleri konusunda farkındalık kazandırmak, ebeveynlerin sıcaklığını ve uygun yaklaşımlarını, tutarlı disiplin yaklaşımlarını, denetim ve danışılan olmasını, benlik saygısını, yeterlilik ve kendine güven duygusunu, problem çözme ve baş etme becerilerini ve iletişim becerilerini arttırmak olarak belirtilebilir (145, 146).

2.2.2. Tarihçe ve Politikalar

Popüler inanışların aksine eğitim evde başlar (147). Bu nedenle ebeveynlere yönelik müdahaleler her zaman üzerinde çalışılan alanlardan biri olmuştur. Parson (1959) çocukların primer sosyalizasyon süreçlerinin erişkin yaşamları ile

doğrudan bağlantılı olduğunu ve ayrılmayacak bir ikili olduğunu belirterek bu alanlara yapılacak çalışmalara bir pencere açmıştır (147, 148). Zamanla bu alanda yapılan çalışmalar popülerlik kazanmaya balamıştır. İlk kanıta dayalı bulgular veren ebeveynlik programı olan Incredible Years, yaklaşık 30 yıllık bir geçmişe sahip olup, Carolyn Webster-Stratton tarafından geliştirilmiştir (149). 1999 yılında Sanders tarafından geliştrilen Avusturalya kökenli bir ebeveynlik proramı olan Triple P ise üzerinde en çok çalışma yapılan ebeveynlik programlarından biridir (150). Parents Plus Programlarının ilk verileri ise 1998 yılında "çocuklarda disiplin sorunlarının yönetimi ve çözümü için pratik ve pozitif video-temelli dersler" şeklinde başlamış, sonrasında bu derslerin standardize edilmesiyle programın temelleri atılmıştır (6).

Ebeveynlik programları, çocuklarda yıkıcı davranışların ve diğer kötü sonuçların önlenmesi konusunda çok önemli halk sağlığı stratejileri oluşturabilir (151). Örneğin yetersiz ebeveynlik becerileri, gençlerin yıkıcı davranışını güçlü bir şekilde öngörücüsüdür (152, 153) ve çocukların bu yıkıcı davranışlarının bir halk sağlığı sorunu olması ve bunun mali yükünün getirileri nedeniyle erken önleyici müdahaleler açısından mükemmel bir fırsat oluşmaktadır. Yetişkinlikteki ciddi ve yıkıcı davranım problemleri hemen hemen her zaman çocuklukta, özellikle de erken çocukluk döneminde başlar: dirençli vakaların yalnızca <% 10'unda yıkıcı davranım bozuklukları 18 yaşından sonra başlamaktadır (154). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ve Cochrane tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmalar ebeveynlik müdahalelerinin, çocukların yıkıcı davranış problemlerini önleme, ebeveyn ve çocuk ruh sağlığını geliştirme konularında etkin rolünün olduğunu açıkça göstermektedir (155-157). Dünya çapında birçok politika organı bunu kabul etmiştir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (158), Birleşmiş Milletler Uyuşturucular ve Suç Ofisi (159) ve ABD Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) (160), Ulusal Araştırma Konseyi ve Tıp Enstitüsü (161), ruh sağlığı bozukluklarının nasıl engellenebileceği konusunda yeni keşifler için erken önleyici müdahale çalışmalarına güçlü destek vermeye karar vermiş olup bu çağrılar Birleşik Krallık politikasında da yankılanmıştır. Bu bağlamda sağlık bakanlığı 2011 yılında kanıta dayalı ebeveynlik programlarının geliştirilmesine ihtiyaç duyduğunu raporlarında bildirmeye başlamıştır (162, 163). NICE, ebeveynlik müdahalelerinin kritik olduğunu düşünüp ciddi derecede

önermekte olup (157) yapılan meta-analizlerde, 3 ila 8 yaş aralığında sorunlu davranışlarda 0,6 standart sapma (SD) etki büyüklüğünde ve uzun vadede iyi sonuçlar alınmıştır. Bu, halk sağlığı açısından çok önemli sonuçlar doğurmaktaydı.

2.2.3. Sınıflandırma

İlişki temelli ve davranışsal temelli şeklinde sınıflandırılan ebeveyn eğitim programları temelde dinamik, hümanistik ve aile sistem teorileri ile sosyal öğrenme kuramını kullanmaktadır (164, 165). Programın odağını çocuğun oluşturduğu ilişki temelli ebeveyn eğitim programları arasında Etkili Ebeveyn Eğitimi (Parent Effectiveness Training-PET), Adlerian Programı (Adlerian Program), Sistematik Ebeveyn Eğitimi Programı (STEP-Systematic Training for Effective Parenting), Aktif Ebeveynlik (Active Parenting), Hoşgörülü Ebeveynlik (Mellow Parenting), Şiddetsiz İletişim (Nonviolent Communication-N.V.C.), Gençlerle Konuşma Sanatı (How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk) programları yer almaktadır. Amacı çocukların problemli davranışlarının altında yatan duygu ve düşünceleri anlamak, onların düşünce tarzlarını öğrenmek ve ebeveynlerin çocuğa olan yanıtını değerlendirmektir (164-167).

Odağını ebeveynlerin oluşturduğu davranışsal yaklaşım temelli ebeveyn eğitimi programları ise Parents Plus Ebeveynlik Programı (PPEP), İnanılmaz Yıllar (Incredible Years), Suç Önleme Programı (Delinquency Prevention Program), Triple P (Positive Parenting Programme), Uyumsuz Çocuklara Yardım Programı (Helping Noncompliant Child Program), Çocuk Programlı Hayat (Living with Children Program) olarak belirtilmektedir. Bu programların temelinde ebeveynlerin çocuk ve ergenin davranışlarını şekillendirmesi, diğer yandan çocuk ve ergenler de aktif biçimde ebeveyn davranışlarını etkilemesi sonucunda çocuk ve ergenler bir davranışı seçmeden önce ebeveynlerinin o davranışa gösterecekleri tepkileri tahmin etmeyi öğrenme yatmaktadır (168-172).

2.2.4. DEHB ve Ebeveynlik Programları

Birçok davranışsal müdahalenin, bozukluğun doğası hakkında bilgi veren psikoeğitimsel bir bileşeni vardır (173). Psikoeğitimin farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilere uyumu artırmada önemli bir etken olduğu bilinmektedir (174). Ebeveyn eğitim programlarının amaçlarından biri

ebeveynlerin DEHB'nin doğası, olası nedenleri, genel seyri ve bozukluğun tedavi seçenekleri hakkındaki bilgilerinin arttırılmasıdır. Bu tek başına bir hedefte olabilir, aynı zamanda sonraki terapötik müdahale için gerekli bir temelde olabilir. Bu tür davranışsal müdahalelerin ebeveynlerin DEHB hakkında bilgileri üzerindeki etkilerine dair yapılmış bir meta-analiz yoktur. Fakat psikoeğitim üzerine yapılmış bir derlemede ebeveyn eğitim programlarının yararlı etkileri gösterilmiş olmakla birlikte metodolojik sınırlılıkların altı çizilmiştir (173).

DEHB için ebeveyn eğitim programları sıklıkla DEHB semptomlarından ziyade birlikte görülen sorunları ve işlevsellikte bozulmaları azaltmaya odaklanmaktadır (175). Ailelerin başvuru nedenleri genellikle beraberinde görülen bu sorunlar olup birçok tedavi modalitesinin ana hedefi aslında bu sorunlara yöneliktir. DEHB tanılı bireylere yapılan ebeveyn eğitimi temelli davranışsal müdahaleler, bu çocuklarda çok yaygın olan bu davranışsal sorunların azaltılmasına odaklanmaya çalışmaktadır (175). Meta-analizler, davranışsal müdahalelerin DEHB olan çocuklarda davranış sorunlarını azalttığını doğrulamaktadır (176, 177).

Bazı çalışmalarda ise ebeveyn eğitimlerinide kapsayan çeşitli davranışsal müdahalelerin çekirdek DEHB belirtilerini azalttığı gösterilmiştir (123). Bununla birlikte ebeveyn eğitiminin bireysel ve tek kör uygulandığında DEHB semptomlarını anlamlı olarak azaltmadığı bu nedenle çekirdek DEHB belirtilerini azaltmada önerilmediğini belirten çalışmalarda mevcuttur. Fakat bu çalışmalar, ebeveyn programlarının çocuğun davranışlarına ilişkin ebeveyn algılarını değiştirdiğini ve bu nedenle gerçekte çekirdek DEHB bulgularını azaltmasa bile aslında bu programların etki güçlerinin yüksek olduğunu desteklemektedir (140, 176-179).

Daha semptomatik ve komorbiditeli DEHB vakaları, uygulanan ebeveyn programlarını daha az etkili hale getirebilir. MTA çalışmasında semptom şiddetinin psikososyal tedavi sonucuna etkisi hakkında bir kanıt bulunamamıştır (180). Aksine, Hautmann ve ark. (2008), en ağır derecede semptomları olan çocukların davranışsal müdahalelerden en fazla yarar sağladığını belirtmişlerdir (181). Bir metaanaliz, komorbid davranım bozukluğu varlığının, DEHB üzerindeki davranışsal müdahalelerin etkisini azalttığını bulmuştur (182). MTA

çalışmasında, DEHB'nin anksiyete bozukluğu ile komorbiditesi, DEHB üzerine davranışsal müdahaleler için daha iyi sonuçlarla ilişkili bulunmuştur (180). Yakın zamanda yapılmış bir çalışma DEHB ye spesifik bir müdahale ile daha genel ebeveynlik becerilerini geliştirme ve sorun davranışını tedavi etmeye yönelik iki programı karşılaştırmış; komorbid DEHB ve karşı olma karşı gelme bozukluğu olgularında ikinci programı daha etkili bulmuştur (183).

Sonuç olarak ebeveynlik programlarını kapsayan davranışsal müdahaleler, semptomların şiddeti ne olursa olsun DEHB'li çocuklar için kullanılabilir. Komorbidite bu davranışsal müdahalelerin etkilerini değiştirebilir, ancak bu programlar komorbiditesi olan çocuklar için yine de önerilmektedir.

2.2.5. Parents Plus (PP) Programları

PP Programları, davranışsal sorunları azaltma, öğrenmeyi ve olumlu ebeveyn-çocuk ilişkilerini teşvik etme gibi spesifik amaçlar için ebeveynler ve çocuklar ile ortaklaşa geliştirilen video temelli bir ebeveyn eğitim programıdır (146). Bu programlar, grup tartışmaları, role play ve ev ödevlerini kullanarak olumlu ve olumsuz ebeveyn-çocuk etkileşimleri gibi ebeveynlik ilkelerini göstermede hem gerçek ebeveynleri hem de aktörleri kullanır. Programlar hem klinik servis hem de toplum temelli ortamlarında küçük ebeveyn gruplarına yapılabilmektedir.

Orijinal PP Programı, 4 ila 11 yaş arasındaki çocukları hedef alan geniş tabanlı bir müdahale iken (6) şu anda beş ayrı program şeklinde genişletilmiştir (Tablo 3) :

i. ***Parents Plus Early Years Programı***: 1 ila 6 yaşlarındaki küçük çocuklarda özgüven, öğrenme ve olumlu davranışları destekleyen kanıta dayalı bir ebeveynlik programdır (184).
ii. ***Parents Plus Children's Programı (PPCP)***: 6 ila 11 yaş arası çocuklarda özgüven, öğrenme ve olumlu davranışları destekleyen kanıta dayalı bir ebeveynlik programıdır. İlkokul çağındaki çocukların ihtiyaçlarını hedefleyen Parents Plus Children's Programı, ailelere etkili sosyal becerileri teşvik etmenin yollarını gösteren ve davranış sorunları ile mücadele etmede araştırılmış yöntemleri göstermeyi amaçlamaktadır (185).

iii. ***Parents Plus Adolesan Programı***: 11-16 yaş arası ergen çocukları olan ailelere etkili iletişim ve olumlu ilişkileri teşvik etmek için geliştiren kanıta dayalı bir ebeveynlik programıdır (186).

iv. ***Parents Plus Ebeveyn Programı-When Separated***: Ayrılma veya boşanma için hazırlanan, o süreçten geçiyor olan veya boşanma süreci tamamlanan ebeveynler için pratik ve olumlu kanıta dayalı bir ebeveynlik programıdır (187).

v. ***Parents Plus Working Things Out Programı:*** 11-16 yaş arası ergenler için ruh sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunulan ve başa çıkma becerilerini geliştiren kanıta dayalı bir davranışçı temelli programdır (188).

1000'i aşkın aileyi kapsayan 17 değerlendirme çalışmasının gözden geçirilmesi, PP programlarının çocukta davranım sorunları, ebeveyn memnuniyeti, ebeveyn stresini azaltma ve terapötik hedeflere ulaşma üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (146) . Bu programlar yıkıcı davranış bozuklukları, duygusal bozukluklar ve gelişimsel problemler dahil olmak üzere, klinik açıdan anlamlı tüm çocuk odaklı problemleri olan ailelerin tedavisinde etkilidir. Ayrıca toplum temelli olarak subklinik davranış problemleri olan çocukların ailelerinde etkinliği kanıtlanmıştır (146). Tablo 2, Parents Plus'ın kullanıldığı kanıt çalışmalarının tümünü özetlemektedir.

Tablo 2: Parents Plus Çalışmaları (146)

Yazar	Tarih	Çalışma Dizaynı	Takip	Kişi Sayısı (Grup Başına)	Çocuk Yaşı	Tanı	Bulgular
1. Behan ve ark. (PPP)	2001	Randomize Kontrollü Çalışma	5.5 ay	PP:26 Kontrol (Mevcut Tedavisini Alan Grup) : 14	3-12 yaş	KOKGB, DB, DEHB	• Olgu grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında SDQ Toplam Güçlük, Davranım Problemleri ve Hiperaktivite Alt ölçeklerinde anlamlı düzelme ($p<0.09$), CBCL, PSI (Parent Stress Index) ve Amaç Ölçeği (GS) Skorlarında anlamlı iyileşme tespit edilmiştir ($p<0.05$). • SDQ Toplam Güçlük Puanlarında olgu grubunun %31'i, kontrol grubunun ise %14'ü klinik olarak anlamlı düzelme göstermiştir. • Kontrol grubunda olgu grubuna göre istatistiksel anlamlı daha yüksek CBCL anksiyete ve depresyon puanları, PSI'da daha fazla ebeveyn stresi ve MSPSS'de (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) daha az aile içi sosyal destek tespit edilmiştir. • Ebeveyn tarafından doldurulmuş SDQ toplam güçlük puanlarında tedaviden sonra edinilen kazanımlar ve CBCL externalizasyon davranış sorunları ölçeğindeki değişim 5.5 aylık takipte korunmuştur.
2. Quinn ve ark. (PPP)	2005 2007	Randomize Olmayan Kontrollü Çalışma	10 ay	PP:22 Kontrol (Mevcut Tedavisini Alan Grup) : 19	4-7 yaş	OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu, KOKGB, DB, DEHB	• Bu klinik çalışmada olgu grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında SDQ toplam güçlük puanlarında anlamlı düzelme gözlenmiştir. • Ebeveyn tarafından doldurulmuş SDQ toplam güçlük puanlarında tedaviden sonra edinilen kazanımlar 10 aylık takip sürecinde korunmuştur. • Olgu grubu için, GS'de tespit edilen amaç edinme alanında tedavi sonrasında anlamlı iyileşme gözlenmiştir. • Olgu grubunda tedavi sonrasında ve 10 aylık takip süresince SDQ davranım problemleri alanı, KPS (Kansas Ebeveyn Ölçeği) Ebeveyn tatmin alanı ve Questionnaire

							on Resources and Stress (QRS) ebeveyn stres alanında anlamlı düzelme tespit edilmiştir.
3. Quinn ve ark. (PPP)	2005 2006	Randomize Olmayan Kontrollü Çalışma	10 ay	KOKGB, DB, DEHB: 17 OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu: 22	4-7 yaş	OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu, KOKGB, DB, DEHB	• Bu klinik çalışmada her iki grupta da SDQ toplam güçlük, davranış problemleri, duygusal problemler ve sosyal davranış alanlarında ve CBCL agresif davranış alanında tedavi sonrasında anlamlı düzelme tespit edilmiş, 10 aylık takipte korunmuştur. • Her iki grup KPS'de ebeveyn tatmini, PSI'da ebeveyn stresi, QRS ve Family Inventory of Life Events (FILE) ölçeklerinde anlamlı düzelme göstermiş ve 10 aylık takipte bu düzelmeyi korumuştur. • Vakaların %75'inden fazlası SDQ toplam güçlük ölçeğinde klinik olarak anlamlı iyileşme göstermiştir. • Her iki gruptaki ebeveynler programla ilgili yüksek düzeyde memnuniyet bildirdiler. • SDQ total güçlük skorlarında KOKGB, DB, DEHB grubu, OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu grubuna göre anlamlı ölçüde daha fazla iyileşme göstermiştir. • Takip süresi boyunca OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu grubu PSI ebeveyn stresi alanında minimal bir değişim gösterirken KOKGB, DB, DEHB grubunda ebeveyn stresinde istatistiksel anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir.
4. Sharry ve ark. (PP-EYP)	2005	Tek Grup Çalışmaları	5 ay	PP: 24	2-5 yaş	OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu, KOKGB, DB, DEHB	• Bu klinik çalışmada olgu gurubu tedavi sonrasında SDQ toplam güçlük, davranış problemleri ve hiperaktivite skorlarında; ebeveyn stresinde, amaç edinmede anlamlı derecede iyileşme göstermiştir. • SDQ ve PSS (Parent Stress Scale) Ebeveyn Stresi skorları 5 aylık takip süresince korunmuştur. • Niteliksel veriler, ebeveynlerin çocuklarının davranışlarını ve iletişimini PP programının ardından geliştirmiş olarak algıladıklarını göstermiştir; daha olumlu

							ebeveynlik stratejileri kullandıklarını belirtmişler ve ebeveyn-çocuk ilişkininin daha kaliteli hale geldiğini ifade etmişlerdir.
5. Griffin ve ark. (PP-EYP)	2010 2006	Randomize Olmayan Kontrollü Çalışma	5 ay	PP: 46 Kontrol (Mevcut Tedavisini Alan Grup) : 35	3-6 yaş	OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu, KOKGB, DB, DEHB	• Bu klinik çalışma olgu grubunun SDQ toplam güçlük ve hiperaktivite skorlarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha anlamlı derecede iyileşme gösterdiğini tespit etmiştir. • Tedaviden sonra tüm ölçümlerde yapılan kazanımlar 5 aylık takipte sürdürülmüştür. • Olgu grubu, pozitif ebeveyn-çocuk etkileşimi puanlarında belirgin iyileşme göstermiştir. • Sorun davranışı olan çocuklar ve gelişimsel bozukluğu olan çocukların aileleri tedaviye eşit derecede iyi cevap vermiştir. • 43 ebeveynle yapılan nitel görüşmelerde, ebeveynlerin % 47'si grup şeklinde eğitimi almanın destek ve yeni beceriler öğrenme konusunda PP'nin en önemli yönü olduğunu belirtmiştir.
6. Kilroy ve ark. (PP-EYP)	2011	Tek Grup Çalışmaları	0	PP: 29	1-9 yaş	Sorun Davranışları (Grubun %45'inin SDQ Total Güçlük Puanı Sınırda veya Klinik aralıkta)	• Tedavi öncesi ve sonrasının değerlendirildiği bu toplum temelli çalışmada olgu grubu SDQ toplam güçlük, davranış problemleri ve hiperaktivite skorlarında ve GS amaç edinme skorlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme göstermiştir. • SDQ ve GS'nin anlamlı iyileşme gösterdiği aralık SDQ total güçlük puanı sınırda veya klinik aralıkta olan %45'lik kısımda görülmüştür. • Tüm grup için GS'de tedavi sonrası gözlenen amaç edinme skorları haftalık seans değerlendirme formu ile körele bulunmuştur.
7. Gerber ve ark. (PP-EYP)	2015	Tek Grup Çalışmaları	0	212	6ay- 7 yaş	Sorun Davranışları (Grubun	• Tedavi öncesi ve sonrasının değerlendirildiği bu toplum temelli çalışmada olgu grubu SDQ toplam güçlük, davranış problemleri, hiperaktivite, duygusal problem ve

						%40'ının SDQ Total Güçlük Puanı Sınırda veya Klinik aralıkta)	akran ilişki skorlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme göstermiştir. • Ayrıca, PSS ebeveyn stresinde, KPS'de anne-baba memnuniyeti ve GS'de hedefe ulaşmada yine anlamlı iyileşme göstermişlerdir. • SDQ toplam güçlük skorunun anlamlı iyileşme gösterdiği aralık SDQ total güçlük puanı sınırda veya klinik aralıkta olan %40'lı kısımda görülmüştür.
8. Lonergan ve ark. (PP-EYP)	2015	Randomize Olmayan Kontrollü Çalışma	0	PP: 89 PP-EYP Müfredatına dayalı yarım günlük çalıştay almış grup: 32	1-7 yaş	Yok	• Bu toplum temelli çalışmada, 7 haftalık PPEYP ve yarım günlük PPEYP çalıştayını tamamlayan katılımcılar, KPS'de anne-baba memnuniyeti ve SDQ toplam güçlük skorlarında anlamlı iyileşme göstermiştir. • 7 haftalık PPEYP grubunda diğer gruba göre daha anlamlı iyileşme tespit edilmiştir. • Ayrıca 7 haftalık PPEYP grubu, PSS ebeveyn stresi ve SDQ sosyal davranış skorlarında anlamlı iyileşme göstermiştir.
9. Hayes ve ark. (PP-EYP)	2013	Randomize Kontrollü Çalışma	2 yıl	PP:113 Kontrol (Mevcut Tedavisini Alan Grup) : 166	2.5-4 yaş	Sorun Davranışları (Grubun %34'ünün SDQ Total Güçlük Puanı Sınırda veya Klinik aralıkta)	• Bu toplum temelli araştırmada, daha fazla PP oturumuna katılan ebeveynler Home Learning Environment Index (HLEI) ölçeğinde daha iyi ev içi öğrenme ortamları yarattılar ve çocuklarını aktif olarak oyun oynama ve öğrenme etkinliklerine dahil ettiler. • Hiçbir grup SDQ, PSS veya HLEI skorlarında anlamlı farklılık göstermemiştir.
10. Coughlan ve ark. (PPCP)	2009	Randomize Olmayan Kontrollü Çalışma	5 ay	PP: 42 Kontrol (Mevcut Tedavisini	6-11 yaş	OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu,	• Yapılan bu klinik çalışmada olgu grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında olgu grubunda SDQ toplam güçlük ve davranış problemleri skorlarında tedavi sonrası istatistiksel olarak anlamlı iyileşme tespit edilmiştir.

				Alan Grup) : 32		KOKGB, DB, DEHB	• Ayrıca olgu gurubu PSS ebeveyn stresi, GS amaç edinme ve ebeveyn özgüveni skorlarında anlamlı düzelme göstermiştir. • Tedavi sonrası elde edilen kazanımlar 5 aylık takipte korunmuştur. • OSB, Anlıksal Yetiyitimi ve Konuşma Bozukluğunun herhangi birinin KOKGB, DB veya DEHB ile komorbid olduğu grup sadece KOKGB, DB veya DEHB olan gruba göre programdan daha az faydalanım sağlamıştır. Özellikle SDQ toplam güçlük ve akran sorunları skorları daha düşüktür. • 21 ebeveynle yapılan nitel görüşmeler, ailelerin PPCP'nin çocuklarının daha sakin olmasına, duyguların daha iyi düzenlenmesine ve daha açık bir şekilde iletişim kurmasına neden olduğunu düşündüğünü göstermiştir. • Ebeveynler, PPCP'de grup desteğinin anahtar rol oynadığını ifade etmişlerdir. • Ebeveynler, PPCP'de kapsanan en yararlı becerilerin, çocukları "anlama, uyum sağlama", onlarla oyun oynama, disiplinde planlı yaptırımları kullanma ve çatışma durumlarında geri adım atabilme olduğunu belirtmişlerdir.
11. Hand, NíRaghallaigh ve ark. (PPCP)	2013	Randomize Kontrollü Çalışma	0	PP: 16 Kontrol (Bekleme Listesinde): 13	6-11 yaş	OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu	• Yapılan bu klinik çalışmada olgu grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında olgu grubunda SDQ toplam güçlük, hiperaktivite ve davranış problemleri skorlarında tedavi sonrası istatistiksel olarak anlamlı iyileşme tespit edilmiştir. • Ayrıca olgu grubu, PSI ebeveyn stresinde, KPS'de anne-baba memnuniyeti ve GS'de hedefe ulaşmada yine anlamlı iyileşme göstermişlerdir.
12. Hand, McDonnell ve ark. (PPCP)	2013	Randomize Kontrollü Çalışma	6 ay	PP: 36 Kontrol (Bekleme	6-11 yaş	Yok	• Yapılan bu toplum temelli çalışmada olgu grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında olgu grubunda SDQ toplam

				Listesinde): 27			güçlük ve hiperaktivite skorlarında eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı iyileşme tespit edilmiştir. • Ayrıca olgu grubu, PSI ebeveyn stresinde, KPS'de anne-baba memnuniyeti ve GS'de hedefe ulaşmada yine anlamlı iyileşme göstermişlerdir. • Program sonrası kazanılan iyileşmeler 6 aylık takipte korunmuştur.
13. Beattie ve ark. (PPAP)	2011	Randomize Olmayan Kontrollü Çalışma	6 ay	PP: 37 Kontrol (Mevcut Tedavisini Alan Grup) : 16	10-17 yaş	OSB, Anlıksal Yetiyitimi, Konuşma Bozukluğu, KOKGB, DB, DEHB, Anksiyete Bzk., Depresif Bzk.	• Yapılan bu klinik çalışmada olgu grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında olgu grubunda SDQ toplam güçlük ve akran problemleri skorlarında tedavi sonrası istatistiksel olarak anlamlı iyileşme tespit edilmiştir. • Tedavi sonrası edinilen kazanımlar 5 aylık takipte korunmuştur.
14. Nitsch ve ark. (PPAP)	2015	Randomize Kontrollü Çalışma	6 ay	PP: 39 Kontrol (Bekleme Listesinde): 70	11-16 yaş	Yok	• Yapılan bu toplum temelli çalışmada olgu grubu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında olgu grubunda SDQ toplam güçlük, davranış problemleri, duygusal problemler, akran problemleri ve sosyal davranış skorlarında program sonrası istatistiksel olarak anlamlı iyileşme tespit edilmiştir. • Ayrıca olgu grubu, PSI ve PSS ebeveyn stresinde, KPS'de anne-baba memnuniyeti ve GS'de hedefe ulaşmada yine anlamlı iyileşme göstermişlerdir. • Kazanımlar 6 aylık takipte korunmuştur.
15. Wynne ve ark. (PPAP)	2016	Tek Grup Çalışmaları	0	PPAP+ PPWTO): 162	11-17 yaş	KOKGB, DB, DEHB,	• Bu klinik çalışmada hem ebeveyn hem de ergen üzerinde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Ebeveyn ve ergenin beraber doldurduğu SDQ duygusal sorunlar, FAD (Aile

						Anksiyete Bzk., Depresif Bzk.	Değerlendirme Ölçeği) genel işlevsellik ve GS hedefe ulaşma skorlarında anlamlı iyileşme gözlenmiştir. • Ayrıca ebeveyn tarafından doldurulmuş SDQ toplam güçlük, davranış problemleri, hiperaktivite ve akran problemleri skorlarında, KPS'de anne-baba memnuniyeti skorlarında ve PSS'de ebeveyn stres skorlarında anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir.
16. Rickard ve ark. (PPAP)	2015	Tek Grup Çalışmaları	5 ay	PPAP+ PPWTO): 32	11-17 yaş	Sorun Davranışları (Grubun %53'ünün SDQ Total Güçlük Puanı Sınırda veya Klinik aralıkta)	• Toplum temelli bu araştırmada ebeveyn tarafından doldurulan SDQ toplam güçlük ve davranış problemleri skorlarında; ergen tarafından doldurulan SDQ duygusal problemler skorlarında anlamlı iyileşme gözlenmiştir. • Ebeveynin ve ergenin doldurduğu GS'de amaç edinme skorlarında anlamlı iyileşme tespit edilmiştir. • Ayrıca KPS anne-baba memnuniyeti skorlarında ve PSS ebeveyn stres skorlarında anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir. • Tedavi sonrası ebeveyn tarafından doldurulan SDQ toplam güçlük ve KPS anne baba memnuniyeti skorları 5 ay boyunca korunmuştur.
17. Keating ve ark. (PPWSP)	2016	Randomize Kontrollü Çalışma		PP: 82 Kontrol (Bekleme Listesinde): 79	2-16 yaş	Yok	• Toplum temelli bu çalışmada kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, olgu grubunda SDQ toplam güçlük skorlarında, MHI-5 (Mental Health Inventory-5) ebeveyn uyum problemleri skorlarında ve QCCS (Quality of Co-parental Communications Scale) ebeveynler arası çatışma skorlarında anlamlı iyileşme tespit edilmiştir. • Olgu gurubunda ayrıca GS amaç edinme ve KPS anne baba memnuniyeti skorlarında da anlamlı iyileşme tespit edilmiştir.

2.2.5.1. Parents Plus Programlarının Diğer Programlara Göre Farkları

Parents Plus Programları, Incredible Years ve Triple P gibi diğer grup temelli ebeveyn eğitimi müdahaleleriyle ortak uygulamaları paylaşmaktadır. Örneğin, grup seansları esnasında ebeveynlerin birbirlerine olan desteğinin hem ebeveyn-çocuk ilişkilerini geliştirme hem de disiplin sorunlarının yönetilmesine yardımcı olması bu ortak uygulamalar arasında sayılabilir. Fakat bazı özellikler PP programlarını diğer grup ebeveyn eğitim müdahalelerinden ayırmaktadır.

1. Çözüm Odaklı Uygulamalar

PP programları, aile ile çalışan profesyoneller için özellikle daha etkili olabilecek sistemik ve çözüm odaklı uygulamaları içerir. Aile terapileri esnasında, çocuk odaklı problemler için kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış çözüm odaklı teknikler PP'nin temelini oluşturan yöntemlerden biridir (189, 190). Örneğin Parents Plus'ın diğer programlara göre kolay uygulanabilir ve etkili olmasını, kültürel olarak kolay adapte edilebilir olmasını sağlayan en önemli çözüm odaklı işlevlerinden biri temel felsefesini "denge" üzerine kurmuş olmasıdır. Olumlu ebeveynlik ve olumlu disiplin şeklinde her seansta iki konu üzerine odaklanılması, ebeveynlere uygulayabilecekleri fikirler konusunda pratik, çözüm-odaklı bir yol göstermektedir (6).

2. Pratik Uygulamalar

Parents Plus Programları klinik uygulamalarda ailelere tüm üyeleri ile beraber katılabilecekleri ek oturumlar sunmaktadır. Diğer ebeveynlik programlarından farklı olarak bu oturumlarda belirli tedavi hedeflerine ulaşmak için grup oturumlarında öğrenilen bilgilerin pratiği yaptırılır. Örneğin PPEY programında aileler ebeveynlik uygulamalarını tanımlamak ve iyileştirmek için grup seansları dışında küçük gruplar veya birebir olarak video kayıtlarını gözden geçirirler (146).

3. Sorun Davranışlarını Erken Ele Alma

PP seansları, özellikle olumlu ebeveynlik üzerine daha çok odaklanan Triple P gibi programlardan farklı olarak ebeveynlerin endişe ettiği davranış sorunlarını "olumlu disiplin" konularıyla daha erken ele alarak hem pozitif ebeveynlik hem

de disiplinize edici ebeveynlik sisteminin etkili kullanım ihtiyacını karşılamaktadır (185, 191).

4. Parents Plus Kalite Protokolü

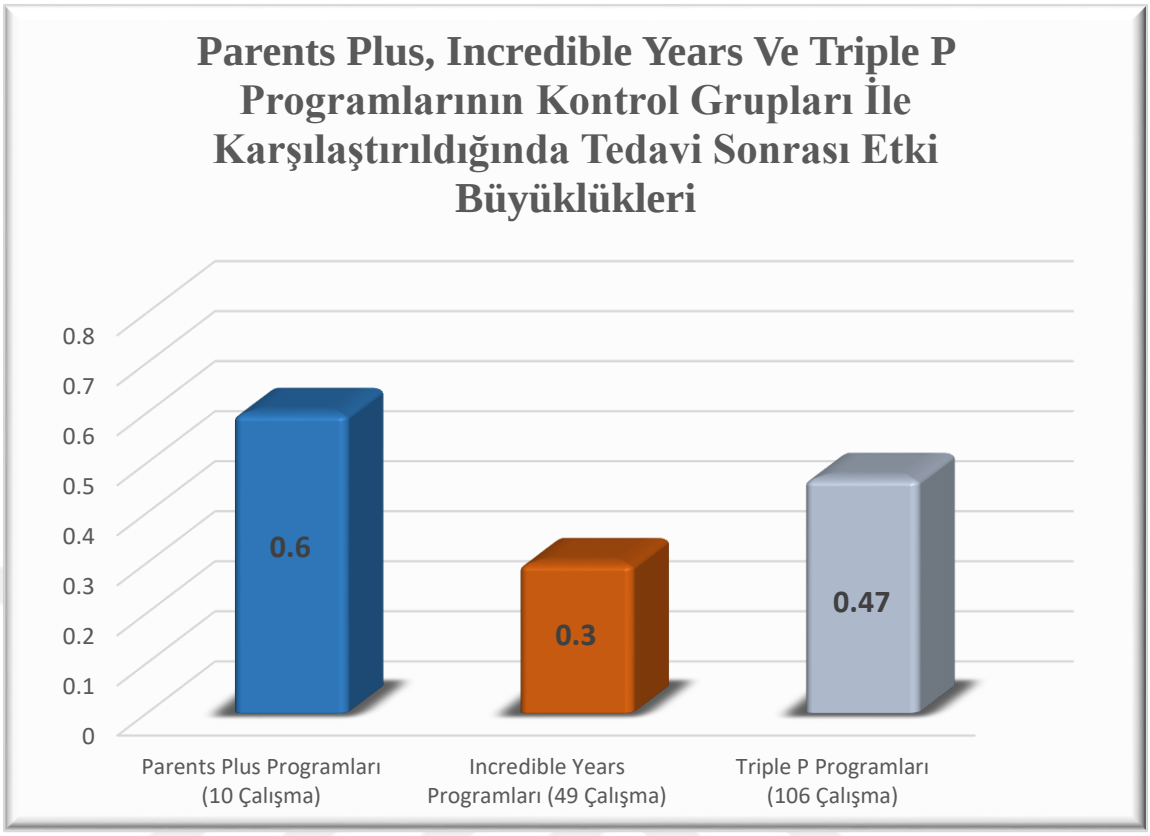
PP uygulayıcılarının, her oturumdan sonra ailelerin geri bildirimlerini topladığı (örneğin, o gün hangi konuda çalışıldığını ve daha fazla neye ihtiyaç duyabilecekleri hakkında) ve program içeriğini bunlara göre uyarlayabildiği işbirlikçi bir kalite protokolünü izlemesi gerekmektedir.

5. Etki Büyüklüğü

Sorun davranışı olan çocuklara uygulanan PP Programlarının kontrollü çalışmalarının metaanalizlerinden elde edilen 0.6 etki büyüklüğü, Incredible Years metaanalizinin (0.3) ve Triple P metaanalizlerinin (0.47) etki büyüklüğüne göre oldukça yüksek olması, Parents Plus Programlarının dikkat çekici bir başka farkıdır (Tablo 3).

Diğer yandan Parents Plus Programlarının metodolojik olarak sınırlılıkları bulunmaktadır. 17 çalışmadan sadece 6 tanesi randomize kontrollü çalışmadır. PP programları için kanıt temelinin daha da sağlamlaştırılması konusunda bir sonraki adım, hem program geliştiricileri hem de bağımsız araştırmacılar tarafından yürütülecek olan, ekonomik ve klinik sonuçları da içeren, geniş, çok aşamalı, metodolojik olarak sağlam randomize kontrollü değerlendirmelerdir.

Şekil 1: PP, IY ve Triple P Etki Büyüklükleri



	Orijinal Parents Plus Programı PPP	Parents Plus Early Years Programı PPEYP	Parents Plus Children's Program PPCP	Parents Plus Adolesan Programı PPAP	Working Things Out WTO	Parents Plus Ebeveyn Programı- When Separated PPPWS
Yaş Aralığı	**4-11 yaş**	**0-6 yaş**	**6-11 yaş**	**11-16 yaş**	**11-16 yaş**	**0-16 yaş**
Seans Numarası	**6-8 grup seansı**	**6-9 grup seansı**	**8-9 grup seansı**	**8 grup seansı**	**8 grup seansı**	**6 grup seansı**
1. Seans	*Davranış değişikliği için ebeveyn ilgisinden faydalanmak	*Giriş: Çocuğunuzu anlama *Sorunlu Davranışlara karşılık verirken duraklama düğmesine basma	*Olumlu ilgi ihtiyacını karşılama *Sorunlu Davranışlara karşılık verirken duraklama düğmesine basma	*Ergenlere ebeveynlik *Olumlu iletişim kurma	*Başlamak	*Giriş: Ebeveyne ve çocuğa üstesinden gelme konusunda yardımcı olma *Ayrılığın ebeveynlere etkisi *Ayrılığın çocuklara etkisi
2. Seans	*Çocuklarla oyun zamanı ve özel zaman geçirme	*Çocuk merkezli oyun ve iletişim *Çocukla birlikte yönetmek	*Oyun zamanı ve özel zaman ayırma *'Yapma' yerine 'yap' demeyi tercih etme	*Ergeni tanıma *Kurallar oluşturma	*Düşündüklerimiz, hissettiklerimiz ve yaptıklarımızı etkiler	*Ebeveynlik konusunda yardımlaşma: Çocuğun diğer ebeveyniyle görev ilişkisi geliştirme *Etkili iletişim

3. Seans	*Teşvik ve övgü	*Çocuk merkezli oyun ve iletişim *Ödül ve çizelgeleri kullanarak rutin oluşturma	*Çocuk merkezli oyun *Rutin oluşturma	*Ergenle iletişim kurma *Kuralları olumlu şekilde bildirme	*Duyguyu yönetmek	*Çocuklarınız a başa çıkma konusunda yardım etme *Çocukların farklı yaşlardaki farklı ihtiyaçları
4. Seans	*Ödüllendirmeyi etkili bir şekilde kullanma *Kuralları belirleme ve hatalı davranışlarla baş edebilme	*Çocuğunuzu teşvik etme ve destekleme *'Övme- Yok sayma' Prensibi	*Teşvik etme ve ödüllendirme *Sonuçları kullanma	*Ergeni teşvik etme *Kuralları olumlu şekilde bildirme	*Yeni düşünme yöntemleri	*Çocukla birlikte veya çocuktan uzakta yaşayan ebeveyn olmak *Çocukla birlikte veya çocuktan ayrı yaşamanın etkisi
5. Seans	*Kural koyma ve çocukların kurallara uymasını sağlama	*Teşvik etmenin işe yararlılığından emin olun *Sonuçlardan yola çıkarak hatalı davranışlarla baş etme	*Ödev yapma ve öğrenmeye teşvik etme *Yaptırım kullanma	*Ergeni dinleme *Disiplin kurma	*Dur ve düşün. Problem çözmenin anahtar kuralı	*Fikir ayrılığı yönetimi, dengeli düşünme, zor durumlarda sakinliği koruyabilme *Diğer ebeveynle olan fikir ayrılığını yönetebilme

6. Seans	*Hatalı davranışları azaltmak için görmezden gelebilme	*Oyun ve kitap okuma sayesinde çocuğun öğrenmesine yardımcı olma *Adım adım disiplin	*Önleme planları. *Olumlu ebeveynlik ve saygısızlıkla baş edebilme	*Ergenleri güçlendirme *Çatışma ve agresyonla baş edebilme	*Öfke ve çatışmayla baş edebilme	*Uzun vadede baş etme *Uzun vadede kişisel başa çıkma *Yeni ilişkiler ve çocuklar üzerindeki etkilerini yönetme
7. Seans	*Mola ve diğer yaptırımları kullanma	*Çocuklara yeni görevler öğretme *Çocuklara, iyi davranma becerileri öğretme	*Çocuklarla birlikte problem çözme *Adım adım disiplin	*Problem çözme *Özel konularla baş etme	*İyi iletişim kurma ve iletişim kurabilme	
8. Seans	*Çocukla birlikte çözüm üretme	*Yaratıcı oyun etkinlikleri *Spesifik problem ve konularda çözüm üretme	*Aktif dinleme ve problem çözme *Özel ihtiyaçlarla baş edebilme	*Spesifik sorunlarla baş edebilme *Kapanış ve kurs değerlendirme	*Gelecek için planlama ve olumlu seçimler yapma	
9. Seans		*Kitapları kullanarak yeni beceriler öğretmek *Ebeveynlerin kendilerine özen göstermesi	*Aile dinleme ve problem çözme *Ebeveyn öz bakımı			
Ek Seanslar		*Klinik ortamda ebeveynler grup derslerinde ortaya çıkmayan beceriler ve belirli hedeflere ulaşmaya odaklanmak için 5 özel ders alırlar. *Ebeveyn-çocuk etkileşimi videoya alındı ve işbirliği içinde gözden geçirildi ve ebeveynlere güçlü yönleri geri bildirildi.	*Klinik ortamda ebeveynler grup derslerinde ortaya çıkmayan beceriler ve belirli hedeflere ulaşmaya odaklanmak için 2 özel ders alırlar. (Tüm aile bireylerini içeren formatta) *İhtiyacı olan ebeveynler için telefon desteği önerilebilir.	*Klinik ortamda spesifik ebeveyn-ergen problemleri ve sonuçlarına odaklanmak için aile bireylerini içeren seanslar, 3. Ve 6. Seanstan sonra olmak üzere 2 kere yapılabilir. *İdeal olarak WTO programı PP-AP programı ile beraber çalışılır.	*Klinik ortamda spesifik ebeveyn-ergen problemleri ve sonuçlarına odaklanmak için aile bireylerini içeren seanslar, 3. Ve 6. Seanstan sonra olmak üzere 2 kere yapılabilir. *İdeal olarak WTO programı PP-AP programı ile beraber çalışılır.	

Özellikler ve Uyarlamalar		*Toplulukla Birlikte Ebeyevnlik kursu; önde gelen uzmanlar tarafından iki günlük eğitimle verilmek üzere tasarlanmış, PP-EYP'nin 6 haftalık önleyici versiyonudur (192).	*Program, PPEY'den Özel Eğitim gereksinimi olan çocukları içeren bazı videolar kullanılarak entelektüel yetersizliği olan çocukların anne babalarının gereksinimlerini karşılayacak şekilde uyarlanmış ve materyalleri basitleştirilmiş ve hafif zihinsel engelli ebeveynler için resim sembolleri kullanılmıştır (193).		*WTO DVD'si depresyon, zorbalık, kendine zarar verme davranışı, DEHB ve öfke gibi sorunlarla baş etmeye çalışan 15 ergenin kişisel öykülerine dayanan grafikler, animasyon ve müziklerden oluşan kısa filmler içerir.	

Tablo 3:Parents Plus Programları (146)

2.2.5.2. Parents Plus Programlarının Kuramsal Temeli

PP programları, çözüm odaklı sistemik terapi, sosyal öğrenme teorisi, ebeveyn eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, çatışma yönetimi/müzakere teorisi ve gelişimsel psikoloji ile temellendirilmiştir (146). Geniş kapsamlı bu programların temel uygulama çerçevesi sistemik ve çözüm odaklıdır.

Sistemik terapiler temel alındığında, ailedeki her bir bireyin hem olumlu hem de olumsuz davranışları ve deneyimleri aile ilişkilerinin önemli bir belirleyicisi olarak görülmektedir (194). Çözüm odaklı sistemik terapiler gibi, tüm PP Programları işbirliğine dayalı olarak danışan odaklı hedeflere yönelik hazırlanmıştır. Bu hedefler, danışan veya ailesinin mevcut becerileri, kaynakları ve güçlükleri üzerine çalışılarak gerçekleştirilir ve böylelikle danışan esnekliği artırılmış olur (195). Eğitimli uygulayıcılar tarafından gerçekleştirilen çözüm odaklı grup terapi modelleri; grup üyelerinin birbirlerini desteklemesi, fikir ve stratejileri paylaşması, böylece grup bilgisini geliştirmesini teşvik etmelidir (196). Bu bağlamda, işbirlikçi bir terapötik süreç oluşturulur ve ebeveynlerin, amaçlarının karşılandığından emin olmak için programda aktif rol almalarına izin verilmektedir.

Ebeveyn eğitiminden (197), bilişsel davranışcı terapilerden (198) ve çatışma yönetimi ve müzakere teorilerinden (199) ele alınan becerilere sahip PP programlarında kullanılan sosyal öğrenme teorisi, olumlu ve olumsuz alışkanlıkların ve yeni becerilerin gelişiminin kavramsallaştırılmasını temel almaktadır (200). Çünkü sorun davranışının ve uyarlanabilir becerilerin, bilişsel öğrenme süreçleri (ör. modelleme), edimsel ve klasik koşullandırma yoluyla öğrenildiği varsayılmaktadır. Bu nedenle kullanılan video modellemede, anne babaların ebeveynlik sorunlarına çözüm üretme yöntemlerini öğrenmelerine yardımcı olma amacıyla kullanılmaktadır. Ebeveynlik sorunlarına yönelik bu çözümler, hem bilişsel öğrenme hem de koşullandırma ilkelerine dayanan stratejiler içerir.

2.2.5.3. Parents Plus Children's Programı

Parents Plus Children's Programı (PPCP), ebeveynlerin çocuklarıyla olumlu bir ilişki kurmalarına yardımcı olmayı, anne babalara pozitif sosyal davranışları teşvik etme becerileri kazandırmayı, disiplin konusunda zorlayıcı olmayan

yaklaşımları öğretmeyi ve çocuklarının öğrenme becerilerini geliştirmeyi amaçlayan pozitif ve pratik bir video-modelleme yardımlı grup tabanlı bir programdır. Programda genellikle bir videoda gösterilen ilkeler etrafında bir grup tartışması yapılması sağlanarak, ebeveynlerin oturum sırasında pozitif ebeveynlik tekniklerini öğrenmesi ve evde nasıl uygulanabileceği üzerine düşünmelerini sağlamaktadır (191). PPCP'nin temel amaçları:

- Ebeveynlik sorunlarını, çocukları da dâhil ederek olumlu bir şekilde çözmek,
- Sorunlu davranışlar ve disiplin problemlerini yönetebilme becerisi kazandırma,
- Çocukların daha işbirlikçi olmasına ve kuralları öğrenmelerine yardımcı olmak
- Çocuklarının öğrenmesine yardımcı olmak ve okulda tam potansiyellerine erişmelerini sağlamaktır.

PPCP, Dublin Mater Hastanesi çocuk ergen ruh sağlığı servisi destek gruplarına katılan ebeveynler ve çocukların işbirliği ile John Sharry ve Carol Fitzpatrick tarafından 1998-2001 yılları arasında yaklaşık 4 yıllık bir süreç içinde geliştirilmiştir. DEHB, duygusal ve davranışsal problemler, hafif bulguları olan otizmli çocuklar, konuşma bozuklukları ve öğrenme güçlüğü gibi geniş bir yelpazede kullanılabilecek şekilde hazırlanmış bu program aynı zamanda sadece ek destek isteyen ebeveynlere de yönelik olabilmektedir (191).

2.2.5.3.1. Program Materyalleri

Program materyali, 2,5 saatlik çekim içeren iki DVD, bir uygulayıcı kitabı ve ebeveynler için olan bir kitap içermektedir. Uygulayıcı kitabı, programı yürütme, seans planları, grup egzersizleri ve ebeveynler için kullanılacak broşürler ile ilgili talimatları içerir. Video, ebeveynlerin çocuklarıyla hem olumlu hem de olumsuz etkileşimleri konusunda bilgilendirici, sorunlu davranışlarla baş etme yolları konusunda örnekler içeren sahneler içermektedir. Sahneler, davranışsal bir duruma tepki vermede "doğru ve yanlış" çift halinde yani mevcut sorun davranışına tepki vermenin önce "yanlış yolu" ve sonra "doğru yolu" şeklinde sunulmaktadır. Gerçek ailelerin yaşanmış görüntüleri, evde yaşanan "olası" koşullarda (ödev, problem çözme ve oyun gibi) ebeveynlik ilkelerinin incelikli ve karmaşık konularının bazılarını göstermek için kullanılır. Bu görüntüler,

ebeveynlik programına daha önce katılan ailelerden toplanmıştır. Video girişinde, ebeveynlik uygulamaları ve sorun davranışı yaşayan çocukların olumlu/olumsuz yorum ve hikâyelerinden bahsedilmiş olup bu olayların gerçek hayatta nasıl uyarlanabileceğini göstermek için kısa örnekler sunulmaktadır (191).

2.2.5.3.2. Program İçeriği

Her grup seansının temel felsefesi "denge" üzerine kuruludur. Amaç, her hafta, olumlu bir ebeveynlik konusu (örneğin, oyun, özel zaman, teşvik, dinleme) ve bir disiplin / davranış yönetimi konusunu (örneğin net talimatlar, rutinler, sonuçlar, tutarlı ebeveynlik, vb.) tanıtmaktır. Bu, ailelere her hafta düşünecekleri ve uygulayabilecekleri iki yeni fikir verir (Şekil 2).

PPCP eklektik yaklaşımlı bir program olmayı hedeflemektedir. Temel odağı, ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerine odaklanmak olup ebeveynlerin çocuklarına olumlu bir şekilde iletişim kurmaları ve bu bağlamda kullanabilecekleri oyun, özel zaman, birbirlerini dinleme vb. yollarıyla çocuklarıyla pozitif ilişkiler kurmaları teşvik edilir. Programın davranış yönetimi bölümü ebeveynlerin olumlu davranışları nasıl teşvik ettiği ve sorunlu davranışları azaltmanın bir yolu olarak "sonuçlara katlanma" ve "tercihleri" kullanmaya odaklanarak temelde bilişsel-davranışçı ve sosyal öğrenme ilkelerine dayanır. Program boyunca ebeveynler, özellikle sorunlu davranış esnasında daha etkili disiplin seçimleri yapabilmek için "durdur" u kullanmaya ve çocuklarına karşı cevaplarının bilincinde olmaya davet edilmektedir. Yaklaşan sorunlarda ise, ebeveynler hem bir disiplin planına (sorunlu davranışın gerçekleştiği zaman uygulayabilecekleri bir eylem planı) ve bir önleme planına (en başta sorunun olmasını engellemek için bir plan hazırlamaya) davet edilir.



Şekil 2: Parents Plus Children's Programı Seans Konuları

2.2.5.3.3. Programın Uygulanması

PPCP hem tanı konulan güçlükler (davranışsal veya öğrenme sorunları gibi) nedeniyle çocukların sevk edildiği çocuk ruh sağlığı servisleri, hem de okullar gibi birincil koruma sağlayan önleyici nitelikte öncü toplum temelli kuruluşlara göre sunulmak üzere tasarlanmıştır. Toplum temelli kuruluşlarda uygulama daha kısa sürmekte - altı ila sekiz grup seansı- çocuk ruh sağlığı servisleri gibi uzman kuruluşlarda ise daha uzun süre - sekiz ila on grup seansı ve bazı aileler için ayrı ayrı seanslar- içermektedir. Grubun gereksinimlerine bağlı olarak içeriğin bir miktar esnekliği bulunmaktadır (birçok video sahnesi veya manuel çalışmalar) ve uygulayıcıların her seansı aktif olarak planlamaları ve gözden geçirmeleri önerilmektedir. Yaşanan güçlüklere odaklı, işbirliği kullanılarak süreci kolaylaştırma stili programın merkezinde yer almaktadır. Uygulayıcılar, ebeveynlerin güçlü yönlerini, başarılarını ve neyi doğru yaptıkları üzerine kurulu bir stil oluşturmaya (ve böylece cesaretlendirici bir ebeveynlik modelini oluşturulur) sonrasında bunlar üzerine odaklanmak için grup içeriğini ebeveynlerin hedefleri ve ihtiyaçları üzerine tasarlamaya teşvik edilir (191).

1. Grup Seansları

Grup programı, her biri 2 saatlik haftalık oturumlar içermektedir. Seansın yapısı şu şekildedir:

Giriş	3 dakika
Geçen Haftanın Özeti	35 dakika
Seans Planını Gözden Geçirme	3 dakika
Pozitif Ebeveynlik Konusu: ➢ **Giriş** ➢ **Video Gösterimi** ➢ **Beceri Eğitimi**	 5 dakika 5 dakika 15 dakika
Ara	15 dakika
Pozitif Disiplin Konusu:	

➢ **Giriş** ➢ **Video Gösterimi** ➢ **Beceri Eğitimi**	5 dakika 15 dakika 15 dakika
Spesifik Konular	15 dakika
Gelecek Haftanın Planlanması	5 dakika
Değerlendirme ve Geri Bildirim	4 dakika
Total Seans Zamanı	2 saat 30 dakika

Tablo 4: PPCP Seans Yapısı (6)

2. Birebir Seanslar

Ekstra destek sağlama ve evde talimatları uygulama konusunda anne babalara yardımcı olmak için bir veya iki oturum düzenlenmektedir. Hassas yapıda veya seans materyallerini kullanmakta zorluk yaşayan ebeveynlerin özellikle bu oturumları alması önerilmektedir. Ailelerin ihtiyaçlarına bağlı olarak, rutinleri (çizelge kullanarak) etkili kurması, kurallar koyması, sorun çözme ve bir terapistin desteği ile çocuk merkezli oynamaya vakit ayırma gibi alanlara odaklanabilmek için seanslar çocuklar ile birlikte olabilmektedir. Bazı birebir seanslar, özellikle disiplin sistemi konusunda extra desteğe ihtiyacı olan veya nasıl gittiği konusunda fikir isteyen ebeveynlere, yalnızca ebeveynler olacak şekilde sunulabilmektedir. Bunların dışında ebeveynlere haftalık telefon görüşmeleri şeklinde bireysel destek sağlanabilir (185, 191).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Amaç

Bu çalışmadaki amacımız DEHB tanılı olup en az 2 ay etkin doz metilfenidat tedavisi almasina rağmen bulguları kısmen devam eden 6-11 yaş arası çocuklara ve ebeveynlerine uygulanan PPCP'nin:

1. Çocuklardaki DEHB belirti düzeyleri,
2. Çocuklardaki genel işlevsellik,
3. Ebeveynlik becerileri, ebeveyn stresi ve aile işlevi üzerine etkisini değerlendirmek,

ayrıca,

4. PCPP den faydalanımı etkileyen sosyodemografik faktörlerin tespit edilmesidir.

3.2. Hipotezler

Parents Plus Children's Programı uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtilerinin, program öncesi ve program uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarına göre azalacağı varsayılmıştır. Yine olgu grubundaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal güçlükleri, ebeveynlerin stres düzeyi ve yetersizlik düşüncelerinin, program öncesine ve program uygulanmayan gruba göre azalacağı varsayılmıştır. Ayrıca PPCP uygulanan gruptaki çocukların hem kendi hem de aile işlevselliğinin program öncesine ve program uygulanmayan gruba göre daha iyi olacağı varsayılmıştır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma; tek merkezli, tek kör, randomize kontrollü olgu-kontrol çalışması olarak planlanmış olup çalışmaya başlanmadan önce Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Komisyonundan etik onay alınmıştır. Bütün ebeveynlerden çalışmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam ve çocuklardan da sözlü onam alınmıştır. Etik onay formları tez sonunda sunulmuştur (Ek-6).

3.4. Örneklem Grubunun Oluşturulması

Araştırma Ekim 2017 – Mart 2018 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızın örneklemi DEHB tanısı ile takipli en az 2 ay ve etkin dozda ilaç tedavisi (metilfenidat) alan, ilaca yanıt veren fakat rezidüel bulguları olan 6-11 yaş arasındaki 60 çocuk ve ebeveynlerinden oluşmaktadır.

Etkin doza çıkarken ESCAP ve APA klavuzları baz alınılmıştır (116, 201). Buna göre çocuklara 0.2 mg/kg/gün ile düşük dozda metilfenidat tedavisi başlanmış, belirtilerinde anlamlı düzelme ve belirgin yan etkiler görülene kadar 1-3 haftada bir ilacın dozu artırılmış, üst doz 1.2/mg/kg/gün kabul edilerek ve bu doz aşılmadan maksimum yarar ve minimum yan etki profilinde kalınarak mevcut dozda en az 2 ay ilaç tedavisi (metilfenidat) verilmiştir.

Yanıt (response) (7): İlaç başlanmadan önce ve etkin dozda 2 ay tedavi sonrası Conners skorlarında en az %50 düzelmenin olması yanıt olarak kabul edilmiştir.

Kısmi Düzelme (7): Başlangıç noktasında tüm tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, etkin dozda 2 ay tedavi sonrası tüm tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün içinde toplumsal okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. Bunun niceliksel tespitinde tarafımızca klinik değerlendirme ve Conners skorlarında %50'den fazla %100'ten az düzelmenin olması kabul edilmiştir.

Tam Düzelme (7): Son 2 ay içinde, bozukluğun belirgin belirti ve bulgularının olmamasıdır.

3.4.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri

Dâhil olma ölçütleri:

- DSM V'e göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan 6-11 yaş arası çocukların ebeveynleri olma,
- Çocukları ile birlikte yaşıyor olma (anne ve baba),
- Boşanmamış ve/veya ayrı yaşamayan ebeveyn olma,
- Anne baba eğitimine ilişkin daha önce herhangi bir ruhsal ve/veya eğitsel yardım almamış olma,
- Çalışmada yer almak için verilecek bilgilendirilmiş onam formunu okuyup yazılı olarak onaylayarak çalışmaya katılmaya gönüllü olma,

Dışlama Ölçütleri:

- Ebeveynlerin bu çalışmaya katılacak olan çocuklarında Davranım Bozukluğu, Mental Retardasyon, Psikotik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yaygın Gelişimsel Bozukluk eş tanı(lar)sı olması;
- Çalışmaya katılacak olan ebeveynlerin, anne baba eğitimine ilişkin herhangi bir ruhsal ve/veya eğitsel yardım almış olması,
- Ebeveynlerin son iki yıl içinde boşanmış veya ayrı yaşıyor olmaları,
- Ebeveynlerin çocuğu ile birlikte yaşamıyor olmaları,
- Ebeveynlerin Erzurum il merkezi dışında yaşıyor olması,

3.4.2. Çocukların Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri

Dâhil olma ölçütleri:

- DSM V'e göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan, en az 2 aydır etkin doz metilfenidat tedavisi almasına rağmen rezidüel bulguları olan 6-11 yaş arası çocuklar,
- Normal bilişsel gelişime sahip olan çocuklar (Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği Puanı (WISC-R) 80'in üstünde),

Dışlama Ölçütleri:

- Davranım Bozukluğu, Mental Retardasyon, Psikotik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yaygın Gelişimsel Bozukluğu olan çocuklar,
- WISC-R ölçeğinde zekâ bölümü skorunun 80'nin altında olanl çocuklar
- Erzurum il merkezı dışında yaşayan çocuklar,

3.5. Uygulama

Atatürk Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde 6-11 yaş arası DEHB tanısı ile takip edilen etkin dozda en az 2 ay ilaç tedavisi (metilfenidat) alan, ilaç tedavisine yanıt veren fakat reziduel bulguları bulunan çocuklara ve çalışmaya alınma ölçütlerini taşıyan ailelerine çalışmayla ilgili bilgi verilmiştir.

Çalışmaya dâhil olmayı kabul eden 50 olgu ve ailesi çalışmaya alınmıştır. Her çocuk ve ailesine yapılandırılmış bir tanılama paketi olan Gelişim ve Ruhsal

Sağlık Değerlendirmesi (Development and Well-Being Assessment- DAWBA) uygulanmış, uygulama sonucunda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı teyid edilmiştir. Çalışma ölçütlerini karşılayan 50 olgu, olgu ve kontrol grubu olarak randomize edilmiştir. Parents Plus Children's Programı başlangıcında, 25 olgunun ebeveynleri olgu grubu kalan 25 olgunun ebeveyni ise kontrol grubu olarak bölünmüştür. Tüm katılımcılar ile görüşmeler yaparken olgu veya kontrol gruplarından hangisine seçildikleri söylenmemiş yalnızca bir uygulama olacağı söylenmiştir. Dolayısıyla kendilerine hangi yöntemin uygulandığını bilmemekte, fakat araştırmacı olgu ve kontrol gruplarına seçilen hastaların hangi olgulara hangi yöntemin uygulandığını/uygulanmadığını bilmekteydi. Çalışmamız bu nedenle tek kör bir araştırmadır.

Çalışmaya dâhil olma aşamasında klinisyen tarafından DAWBA dışında çocuklara; tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu doldurtulmuş; ayrıca yine klinisyen tarafından Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği-(ÇGDÖ) (Children's Global Assesment Scale CGAS) uygulanmıştır. Çalışmaya dâhil edilen çocukların anne-babaları da "Conners Aile Derecelendirme Ölçeği (CADÖ)", "Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)", "Anne Baba Stres Ölçeği (Parent Stress Index (PSI)" ve "Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family Assessment Device (FAD)" formunu doldurmuştur. Parents Plus Children's Programı Kasım-Aralık 2017 tarihleri arasında ebeveynlere her biri 2 saatlik haftalık oturumlar şeklinde uygulanmıştır. Bir haftasonu ve bir haftaiçi grubu oluşturulmuş, bu gruplara haftalık PPCP uygulanırken Parents Plus Kalite Protokolü gereği her hafta için amaç ve geri bildirim formları verilmiştir. Ekstra destek sağlama ve evde talimatları uygulama konusunda anne babalara yardımcı olmak için bir veya iki oturum düzenlenmiştir. Hassas yapıda veya seans materyallerini kullanmakta zorluk yaşayan ebeveynlerin özellikle bu oturumları alması desteklenmiştir.

Kontrol grubuna ise araştırmanın sonuna kadar sadece mevcut ilaç tedavisi (metilfenidat) devam ettirilmiş olup ilaç tedavisi ve haftalık hekim kontrolleri dışında herhangi bir başka tedavi uygulanmamıştır. Olgu ve kontrol grubunun araştırma boyunca ilaç dozunda değişiklik yapılmamıştır. Program sonrasında hem olgu hem de kontrol grubuna DAWBA hariç yukarıda belirtilen ölçekler bir

kez daha uygulanmıştır. Araştırma sonunda Parents Plus Children's Programı etik kurallar gereği olgu grubu ile aynı şekilde kontrol grubuna da uygulanmıştır.

3.6. Gereçler

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu olgu ve kontrol grubundaki katılımcıların ailesel özellikleri (anne-baba birlikteliği, evde kimlerin yaşadığı, aylık geliri vs.), ebeveyn özellikleri (yaş, meslek, hastalık, eğitim düzeyi), çocuğun prenatal ve postnatal gelişim öyküsü (planlı gebelik olup olmadığı, gebelikte tıbbi/psikiyatrik bir hastalık olup olmadığı, akran ilişkisi vb.) ile ilgili bilgileri içermektedir. Aile gelir değişkenleri TUİK verilerine göre hazırlanmış olup 2000TL altı düşük, 2000-5000 TL arası orta ve 5000 TL üzeri yüksel gelirli aile olarak belirtilmiştir (202). (Ek:1)

3.6.2. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi - Development and Well-Being Assessment (DAWBA)

DAWBA, hem ICD-10 hem de DSM-IV baz alınarak oluşturulmuş, 5-17 yaş arası çocuk ve gençlerde sık görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesine olanak sağlayan yapılandırılmış bir görüşme paketidir. Hem epidemiyolojik çalışmalarda hem de klinik çalışmalarda kullanılabilen DAWBA'nın Türkçe formu Dursun ve ark tarafından hazırlanmıştır (203). DAWBA "Yapılandırılmış Ebeveyn Görüşmesi", Öğretmen Görüşmesi" ve 11-17 yaş gençler için "Yapılandırılmış Görüşme" olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Görüşmeler, yazılı görüşme metni veya bilgisayar uygulaması yoluyla bir görüşmeci tarafından uygulanabileceği gibi, görüşmeciye ihtiyaç duymaksızın bilgisayar üzerinden ebeveynler, gençler ve öğretmenlerin kendileri tarafından da uygulanabilir (204).

3.6.3. Conners Aile Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-YU)

Conners tarafından geliştirme çalışmaları 1960'lı yıllara dayanan bu form anne babalar tarafından dörtlü likert skalası üzerinde yanıtlanan ve "hiçbir zaman", "nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçeneklerinin sırasıyla; "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlandığı bir aile derecelendirme ölçeğidir (60). Gözlenen yıkıcı davranışlara göre ebeveynlerin doldurması istenmektedir. Karşı Gelme,

Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik, Hiperaktivite, Kaygı-Utangaçlık, Mükemmeliyetcilik, Sosyal Problemler, Psikosomatik, DEHB İndeksi, Conners Global İndeks – Huzursuzluk-İmpulsivite, Conners Global İndeks – Duygusal Değişkienlik, Conner Global İndeks – Toplam, DSM IV Semptomları Alt Ölçeği Dikkatsizlik, DSM IV Semptomları Alt Ölçeği Hiperaktivite-Dürtüsellik, DSM IV Semptomları Alt Ölçeği Toplam şeklinde 14 alt gruptan oluşmaktadır Ölçeğin 80 maddelik uzun hali kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerliliği bulunmaktadır (205). (Ek:3)

3.6.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) - Strenghts and Difficulties Questionarie (SDQ)

1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strenghts and Difficulties Questionaire-SDQ)'nin günümüzde 40'ın üzerinde farklı dile çevirisi bulunmaktadır. Ayrıca anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn ve okul formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Olumlu ve olumsuz olabilecek davranış özelliklerini sorgulayan GGA, 25 soru içermektedir. Sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) davranış sorunları, (2) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (3) duygusal sorunlar, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı ' toplam güçlük puanını vermektedir (206). Sosyal davranışlar alt ölçeğinin dışında yüksek puan o alan için bir sorunu gösterir. GGA'nın geniş formu psikiyatrik belirtileri sorgulayan maddelerin yanı sıra belirtilerden etkilenme düzeyini sorgulayan maddeler de içermektedir (207). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (208). (Ek:5)

3.6.5. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) - Children's Global Assesment Scale (CGAS)

İşlevselliğin genel perspektifte değerlendirildiği ÇDGÖ erişkinler için hazırlanan ve psikiyatrik bozukluğun şiddetini ölçmeye yarayan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık-Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergenlere uyarlanmış halidir. 10 bölümden oluşan ve 1'den 100'e kadar puanlanan bu ölçek klinisyenin tahminine yöneliktir. İşlevsellik en bozuk halinden en sağlıklı hale doğru puanlanmakta olup bölümlerin her birinde bulunan örnekler esas alınarak belirtilen puan aralıklarında bir puan verilmektedir (209).

3.6.7. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) - Family Assessment Device (FAD)

Epstein ve ark tarafından geliştirilen bu ölçek ailelerin gerekliliklerini ve işlevlerini hangi alanda yerine getirdiği veya getirmediğini kendilerinin algılarına göre değerlendiren bir self-report ölçeği olup 7 kısım, toplam 60 maddeden oluşmaktadır. 4 lü likert tarzı hazırlanmış bu ölçek "aynen katılıyorum", "büyük ölçüde katılıyorum", "biraz katılıyorum" ve "hiç katılmıyorum" şeklinde işaretlenebilmekte olup problem çözme becerileri, aile içi iletişim, aile içindeki roller, afektif duyarlılık, aile bireylerinin duygusal ilişkileri, davranış kontörlü ve ailedeki genel işlevsellik gibi alt başlıklar değerlendirilmektedir (210). Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır ve her bir aile üyesi için yedi alt ölçek puanı elde edilmiş olur. Ölçeğin, ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği Bulut tarafından (1990) yapılmıştır (211). (Ek:2)

3.6.6. Ebeveyn Stres Ölçeği – Parenting Stress Index (PSI)

Ebeveynlik stresi anne-baba olmayla ilişkili, çocuk sahibi olmanın gerektirdiği görevlere karşı uyum sağlamaya dönük yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik tepkilerden oluşan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (212). Bir başka tanımlamada ise; ebeveynlik stresi, ebeveynliklerine destek olarak onlara uygun kaynaklardan yararlanmada ebeveynleri cesaretlendiren ve enerji veren motivasyonel bir değişken olarak ele alınmaktadır (213). Abidin (1995), Ebeveynlik stresi için üç önemli kaynak tanımlamıştır: Bunlar (i) Çocuğun özellikleri, (ii) Ebeveynlik özellikleri, (iii) Durumsal-Demografik Yaşam Stresidir. Örneğin çocuğun özellikleri, çocuğun uyumu, gelişimsel problemleri, hiperaktivite düzeyi gibi faktörleri; ebeveynlik özellikleri, anne ya da babanın depresyon düzeyi, çocuğa bağlanma, bir ebeveyn olmaya ilişkin yetersizlik hissi ve eş ile olan ilişkiyi içermektedir. Tüm bu özelliklerin sağlıklı aile işleyişi üzerinde önemli bir unsur olduğu söylenebilir (214).

Ebeveyn (Anne Baba) Stres Ölçeği 2012 yılında Abidin tarafından geliştirilmiş olup Çocuk ve Ebeveyn olmak üzere iki alandan oluşmaktadır. Çocuk Alanı'nın (ÇA) alt boyutları Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite (DEH), Desteklenen Ebeveyn(DE), Duygu Durum(DU), Kabul Edilebilirlik(KE), Uyumluluk(UY) ve Talepkarlık' tır (TA). Ebeveyn Alanı' nın (EA) alt boyutları ise Yeterlik(YE), Bağlanma(BA), Rolün Kısıtlanması(RO), Depresyon(DEP), Eş İlişkisi(EŞ),

İzolasyon(İZ) ve Sağlık' tır(SA). Ölçekte 5 maddeden oluşan likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi anne babaların stres düzeylerinin yükseldiğini, puanların düşmesi ise stres düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan Çocuk Alanı için 235, Ebeveyn Alanı için 270, bu iki alanı kapsayan Anne Baba Stresi için 505'tir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Çekiç ve ark. Tarafından 2015 yılında yapılmıştır (215). (Ek:4)

3.6.8. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R):

Çocukların zekâ düzeyleri WISC-R zekâ ölçeği ile değerlendirilmiştir. Tüm Zekâ Bölümü Puanı seksenin üzerinde olanlar araştırma gruplarına dâhil edilmiştir (216, 217).

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmadaki çocukların ve çocukların ebeveynlerinin ölçeklere ilişkin ilk ölçümlerinin ve son ölçümlerinin kaydı tutulmuş olup, kategorik veriler için frekans ve yüzde kullanılırken sürekli veriler için ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ilişkin testler yapılırken varsayımların kontrolleri yapılmıştır. Varsayımlar doğrultusunda normal dağılan değişkenlere parametrik testler uygulanırken, normal dağılmayan değişkenlere parametrik olmayan testler uygulanmıştır. Parametrik durumlar için "Tek Örneklem T Testi" ve "Bağımsız Örneklem T Testi" uygulanmıştır. Parametrik olmayan durumlar için ise "Wilcoxon İşaret Testi" ve "Mann-Whitney U Testi" uygulanmıştır. Testler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup, testlerin sonucunda anlamlı farklılıklar yorumlanmış, tablolanmış ve grafiklendirilmiştir. İstatiksel olarak $p<0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Psikiyatrik Tanı ve Komorbidite

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri olan çocukların ebeveynlerine görüşmeci tarafından yapılandırılmış bir görüşme paketi olan DAWBA uygulanarak mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. PPCP grubunda DEHB alt tipleri açısından bakıldığında olguların %14,2'sinin (n=3) tanısı Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm DEHB; %9,5'inin (n=2) tanısı Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Görünüm DEHB ve %76,1'inin tanısı ise Bileşik Görünüm DEHB iken kontrol grubunun %16'sının (n=4) tanısı Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm DEHB; %8'inin (n=2) tanısı Hiperaktivite-İmpulsivite Baskın Görünüm DEHB ve %76'ünün tanısı ise Bileşik Görünüm DEHB olduğu saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır. (Tablo 5).

Psikiyatrik Tanı	**PPCP Grubu n=21**	**Kontrol Grubu n=25**	**Genel n=46**	**P**
Dikkat Eksikliği Baskın DEHB	3 (%14,2)	4 (%16,00)	7 (%15,2)	**0.38[a]**
Hiperaktivite Baskın DEHB	2 (%9,5)	2 (%8,00)	4 (%8,6)	**>0.99[a]**
Bileşik DEHB	16 (%76,1)	21 (%84,00)	35 (%76,08)	**>0.99[a]**

(a). Fisher's Exact Test

Tablo 5: PPCP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Tanıları

Tablo 6'da görüldüğü üzere PPCP ve kontrol grubu psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirildiğinde PPCP grubunun %23,8'inde (n=5), kontrollerin %24'ünde (n=6) KOKGB tanısı eşlik ettiği saptanmış, bunun dışında komorbidite saptanmamıştır. Psikiyatrik komorbiditeye ilişkin olgu ve kontrol grubu değişkenleri karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Psikiyatrik Komorbidite	**PPCP Grubu n=25**	**Kontrol Grubu n=21**	**Genel n=46**	**p**
Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu	5 (%23,8)	6 (%24,00)	11 (%23,9)	**0.631[a]**
Diğer	0 (%0,00)	0 (%0,00)	0 (%0,00)	
Komorbidite Yok	16 (%76,1)	19 (%76,00)	35 (%76,00)	**0.631[a]**

(a). Ki-kare testi

Tablo 6: PPCP ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Komorbid Hastalıkları

4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden 25 çocuk ve ebeveynlerinden birisi 4. seanstan, ikincisi 5. Seanstan, diğer ikisi ise 6. Seanstan sonra oturumlara devam etmediği için çalışmadan çıkarılmış olup bu nedenle olgu grubu 21 çocuk ve ebeveynden oluşmuştur. Kontrol grubu ise 25 çocuk ve ebeveynlerinden oluşmuştur. Sonuç olarak toplamda çalışmaya 46 çocuk ve ebeveynleri dâhil olmuştur. Grupların tanımlayıcı özelikleri aşağıda verilmiştir.

4.2.1. Anneye İlişkin Demografik Bilgiler

Çalışmaya katılan annelerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; ortalama anne yaşının 36 (36.21 ± 5.31), kontrol grubu ve PPCP grubundaki annelerin yaş ortalamalarının ise sırasıyla 37 (37,4 ± 5.87) ve 35 (34.81 ± 4.27) olduğu görülmektedir. Annenin eğitim düzeyi sınıflamasında, olgu grubu annelerinin %9,52'si ilkokul, %52,38'i (n=11) ortaokul ve %9,52'si lise mezunu iken, kontrol grubu annelerinin %48'i (n=12) ilkokul, %4'ü ortaokul, %40,0'ı lise, %4'ü ise üniversite mezunudur. Annelerin eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,579). Olgu grubundaki annelerin %90,48'i (n=19) ev hanımı iken, kontrol grubundaki annelerin %88'i (n=22) ev hanımıdır ve aralarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=1,00). Annesinde psikiyatrik hastalık (Anksiyete Bozukluğu) olan olguların oranı %4,76 (n=1) iken, annesinde psikiyatrik hastalık (Depresif Bozukluk) olan kontrollerin oranı %12'dir (n=3). Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,16).

Çalışmadaki annelerin %97.83'ünde herhangi bir fiziksel hastalık bulunmamakta, %73.91'i ise sigara kullanmamaktadır. Özetle, anneye ilişkin tüm demografik bilgi değişkenlerinin karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (Tablo 7)

		Kontrol Grubu n=25		**PPCP Grubu** n=21		**Genel** n=46		***p***
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Eğitim								
	Okur Yazar	1.00	4.00	6.00	28.57	1.00	2.17	
	İlkokul	12.00	48.00	2.00	9.52	18.00	39.13	
	Ortaokul	1.00	4.00	11.00	52.38	3.00	6.52	***0.579[a]***

	Lise	10.00	40.00	2.00	9.52	21.00	45.65	
	Üniversite	1.00	4.00	0.00	0.00	3.00	6.52	
Meslek								
	Ev Hanımı	22.00	88.00	19.00	90.48	41.00	89.13	
	Memur	1.00	4.00	1.00	4.76	2.00	4.35	***>0,99[a]***
	İşçi	1.00	4.00	1.00	4.76	2.00	4.35	
	Serbest Meslek	1.00	4.00	0.00	0.00	1.00	2.17	
Psikiyatrik Hastalık								
	Depresif Bozukluk	3.00	12.00	0	0.00	3.00	6.52	***0.16[a]***
	Anksiyete Bozukluğu	0.00	0.00	1.00	4.76	1.00	2.17	
	Yok	22.00	88.00	20.00	95.24	42.00	91.30	
Fiziksel Hastalık								
	Var	0.00	0.00	1.00	4.76	1.00	2.17	***0.457[a]***
	Yok	25.00	100.00	20.00	95.24	45.00	97.83	
Sigara Kullanımı								
	Yok	20.00	80.00	14.00	66.67	34.00	73.91	
	Arasıra	3.00	12.00	7.00	33.33	10.00	21.74	***0.089[a]***
	Alışkanlık Düzeyinde	2.00	8.00	0.00	0.00	2.00	4.35	
Gebelikte Psikolojik Sorun								
	Var	0.00	0.00	3.00	14.29	3.00	6.52	***0.08[a]***
	Yok	25.00	100.00	18.00	85.71	43.00	93.48	
Yaş		**Ort. ± SS**		**Ort. ± SS**		**Ort. ± SS**		***0.091[b]***
		37.4 ± 5.87		34.81 ± 4.27		36.21 ± 5.31		

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

Tablo 7: Anneye İlişkin Demografik Bilgiler

4.2.2. Babaya İlişkin Demografik Bilgiler

Çalışmadaki çocukların babalarının yaş ortalaması 6.74 sapma ile 40 yaş olduğu görülmektedir. Kontrol grubu ve PPCP grubundaki babaların yaş ortalaması sırasıyla 40 (40.48 ± 6.74) ve 38 (38.33 ± 5.99) olup her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,47). Babaların eğitim düzeyine bakıldığında, olgu grubu babalarının %23,81'u üniversite, %61,90'ı (n=26) lise, %4,76'sı ortaokul mezunu iken, kontrol grubu babalarının %24'ü (n=22) üniversite, %52'si (n=13) lise, %20'si ise ortaokul mezunudur. Babaların eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,48). Olgu grubundaki babaların %14,29'sı memur, %9,52'i serbest meslek sahibi, %57,14'ü (n=12) işçi iken, kontrol grubundaki babaların %52'si (n=13) memur, %24'ü serbest meslek sahibi, %20'si işçi olarak görülmüştür. Babasında psikiyatrik hastalık olan olgu bulunmamakta olup, kontrollerde ise bu oran %12'dir (n=3),

ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,49). Olgu grubunda babada bedensel hastalık tespit edilmemiş iken, kontrol grubunda bu oran %4'tür (p>0,999). Olgu grubunun %52,38'i (n=33) alışkanlık düzeyinde sigara içerken kontrol grubunda bu oran %56'dır (n=27), gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,80). Çalışmadaki babalara ilişkin özetleyici bilgiler Tablo 8'de verilmiştir.

		Kontrol Grubu n=25		**PPCP Grubu** n=21		**Genel** n=46		***p***
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Eğitim								
	İlkokul	1.00	4.00	2.00	9.52	3.00	6.52	***0.48[a]***
	Ortaokul	5.00	20.00	1.00	4.76	6.00	13.04	
	Lise	13.00	52.00	13.00	61.90	26.00	56.52	
	Üniversite	6.00	24.00	5.00	23.81	11.00	23.91	
Meslek								
	Çalışmıyor	1.00	4.00	4.00	19.05	1.00	2.17	
	Memur	13.00	52.00	3.00	14.29	17.00	36.96	***0.02[a]***
	İşçi	5.00	20.00	12.00	57.14	8.00	17.39	
	Serbest Meslek	6.00	24.00	2.00	9.52	18.00	39.13	
Psikiyatrik Hastalık								
	Depresif Bozukluk	2.00	8.00	0.00	0.00	2.00	4.35	
	Anksiyete Bozukluğu	1.00	4.00	0.00	0.00	1.00	2.17	***0.49[a]***
	Yok	22.00	88.00	21.00	100.00	43.00	93.40	
Fiziksel Hastalık								
	Var	1.00	4.00	0.00	0.00	1.00	2.17	***>0,99[a]***
	Yok	24.00	96.00	21.00	100.00	45.00	97.83	
Sigara Kullanımı								
	Yok	10.00	40.00	8.00	38.10	18.00	39.13	
	Arasıra	1.00	4.00	2.00	9.52	3.00	6.52	***0.80[a]***
	Alışkanlık Düzeyinde	14.00	56.00	11.00	52.38	25.00	54.35	
		Ort. ± SS		**Ort. ± SS**		**Ort. ± SS**		
Yaş								
		40.48 ± 6.74		38.33 ± 5.99		40.48 ± 6.74		***0.47[b]***

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

Tablo 8: Babaya İlişkin Demografik Bilgiler

4.2.3. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışmadaki çocukların %28.26'sı kızken, %71.74'ünün erkek olduğu görülmektedir (p=0,389). Çalışma genelinde çocukların yaş ortalaması

8,37±1,48'dir ve her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,96). Çalışma genelindeki çocuklar %41,3 oranla ailedeki 2. çocuk olduğu görülmektedir fakat gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,368). Çocukların doğum şekline göre, hem olgu grubundaki çocuklar (%57,14) hem de kontrol grubundaki çocuklar (%60) için en yüksek oran normal doğumdur. Çalışmadaki çocuklara büyük çoğunlukla (%97.83) anneleri bakım verdiği görülmektedir. Çalışmadaki çocukların arkadaş ilişkileri %63.04 oranla iyi olduğu görülmekte olup her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,82). Çocukların okul başarılarının dağılımları olgu grubunda %28.57 pekiyi, %42,86 (n=9) iyi, %9,52 orta, %19,05 zayıf, kontrol grubunda ise %12 pekiyi, %44 iyi (n=11), %36 orta ve %8 zayıf olarak görülmüştür. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,11). Çalışmadaki çocuklara ilişkin diğer özetleyici bilgilere Tablo 9'dan ulaşılabilir.

		Kontrol Grubu n=25		**PPCP Grubu** n=21		**Genel** n=46		***p***
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet								
	Kız	8.00	32.00	5.00	23.81	13.00	28.26	***0.389[b]***
	Erkek	17.00	68.00	16.00	76.19	33.00	71.74	
Kaçıncı Çocuk								
	1.	8	32.0	8	38.1	16	34.8	
	2.	10	40.0	9	42.9	19	41.3	
	3.	5	20.0	4	19.0	9	19.6	***0.368[b]***
	4.	2	8.0	0.00	0.00	2	4.3	
Doğum Şekli								
	Normal	15.00	60.00	12.00	57.14	27.00	58.70	***0.541[c]***
	Sezeryan	10.00	40.00	9.00	42.86	19.00	41.30	
Doğumda Komplikasyon								
	Yok	17.00	68.00	12.00	57.14	29.00	63.04	
	Erken Doğum	6.00	24.00	2.00	9.52	8.00	17.39	
	Zor Veya Uzamış Doğum	0.00	0.00	3.00	14.29	3.00	6.52	***0.06[a]***
	Suni Sancı	1.00	4.00	4.00	19.05	5.00	10.87	
	Makat Geliş	1.00	4.00	0.00	0.00	1.00	2.17	
Doğumda Çocukta Komplikasyon								
	Yok	17.00	68.00	12.00	57.14	29.00	63.04	
	Sarılık	4.00	16.00	5.00	23.81	9.00	19.57	
	Morarma	0.00	0.00	1.00	4.76	1.00	2.17	
	Kaka Yutma	0.00	0.00	1.00	4.76	1.00	2.17	***0.56[a]***
	Küvöz Bakımı	3.00	12.00	1.00	4.76	4.00	8.70	

	Düşük Doğum Ağırlığı	0.00	0.00	1.00	4.76	1.00	2.17	
	Solunum Yetmezliği	1.00	4.00	0.00	0.00	1.00	2.17	
Bakım veren								
	Anne	24.00	96.00	21.00	100.00	45.00	97.83	***>0,99[a]***
	Diğer	1.00	4.00	0.00	0.00	1.00	2.17	
Arkadaş İlişkisi								
	İyi, yeterli Sayıda	13.00	52.00	16.00	76.19	29.00	63.04	***0.82[c]***
	Yeterli Sayıda Değil	12.00	48.00	5.00	23.81	17.00	36.96	
Okul Başarısı								
	Pekiyi	3.00	12.00	6.00	28.57	9.00	19.57	
	İyi	11.00	44.00	9.00	42.86	20.00	43.48	***0.11[a]***
	Orta	9.00	36.00	2.00	9.52	11.00	23.91	
	Zayıf	2.00	8.00	4.00	19.05	6.00	13.04	
		Ort. ± SS		**Ort. ± SS**		**Ort. ± SS**		
Yaş								
		8.37 ± 1.48		8.38 ± 1.6		8.37 ± 1.48		***0.96[b]***

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

Tablo 9: Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

4.2.4. Ailelere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışmaya katılan çocukların ve ebeveynlerin ailelerine ilişkin tanımlayıcı bilgiler Tablo 10'da verilmiş olup, bilgiler şu şekildedir: Çalışmadaki ailelerin %88.00'i çekirdek aile olarak görülmektedir, çalışmadaki ailelerin, en yüksek oranla %73.91'i her evde olduğu gibi aile içi sorun yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca çalışmadaki ailelerin %73.91'i çocuklarına planlı gebelik sonucunda sahip olduklarını belirtmiş; %26.09'u planlanmamış gebelik sonucunda sahip olduklarını belirtmiştir. Ailelerin %47,8'inin geliri 2000TL ve altı, %52,1'inin 2000-5000TL aralığında olduğu görülmektedir. Çalışmada 5000 TL ve üstü gelir düzeyine sahip aile bulunmamaktadır. Ailelere ilişkin genel tanımlayıcı bilgilerin tüm değişkenleri karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

		Kontrol Grubu n=25		**PPCP Grubu** n=21		**Genel** n=46		**p**
Değişken	**Grup**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Aile Tipi								
	Çekirdek Aile	22.00	88.00	15.00	75.00	37.00	80.43	***0.142[a]***
	Geniş Aile	3.00	12.00	5.00	25.00	8.00	15.22	

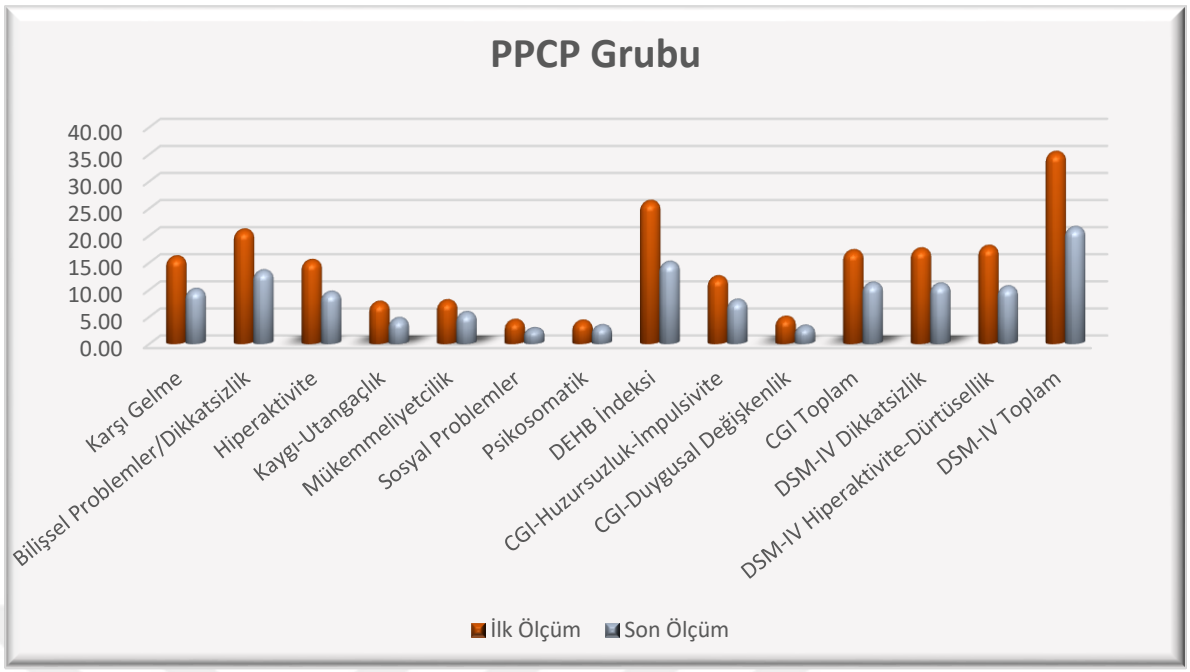
Ailede Psikiyatrik Hastalık							
	Var	5.00	20.00	3.00	14.29	8.00	17.39	
	Yok	20.00	80.00	18.00	85.71	38.00	82.61	***0.162[a]***
Aile İçi Sorun							
	Yok	3.00	12.00	2.00	9.52	5.00	10.87	
	Her Evdeki Gibi	19.00	76.00	15.00	71.43	34.00	73.91	***0.88[a]***
	Çok Fazla	3.00	12.00	4.00	19.05	7.00	15.22	
Gebelik Planı							
	Planlı	19.00	76.00	15.00	71.43	34.00	73.91	
	Plansız	6.00	24.00	6.00	28.57	12.00	26.09	***0.48[c]***
Gebelik İstenme Durumu							
	İstenen	23.00	92.00	19.00	90.48	42.00	91.30	***>0,99[a]***
	İstenmeyen	2.00	8.00	2.00	9.52	4.00	8.70	
Ailenin Geliri							
	2000 TL ve altı	12.00	48.00	10.00	47.60	22.00	47.8	
	2000-5000 TL	13.00	52.00	11.00	52.3	24.00	52.1	***>0,99[a]***
	5000 TL ve üstü	0.00	0.00	00.00	00.00	24.00	52.17	

a. Fisher's Exact Test b. Bağımsız T Testi c. Pearson Chi-Square Test

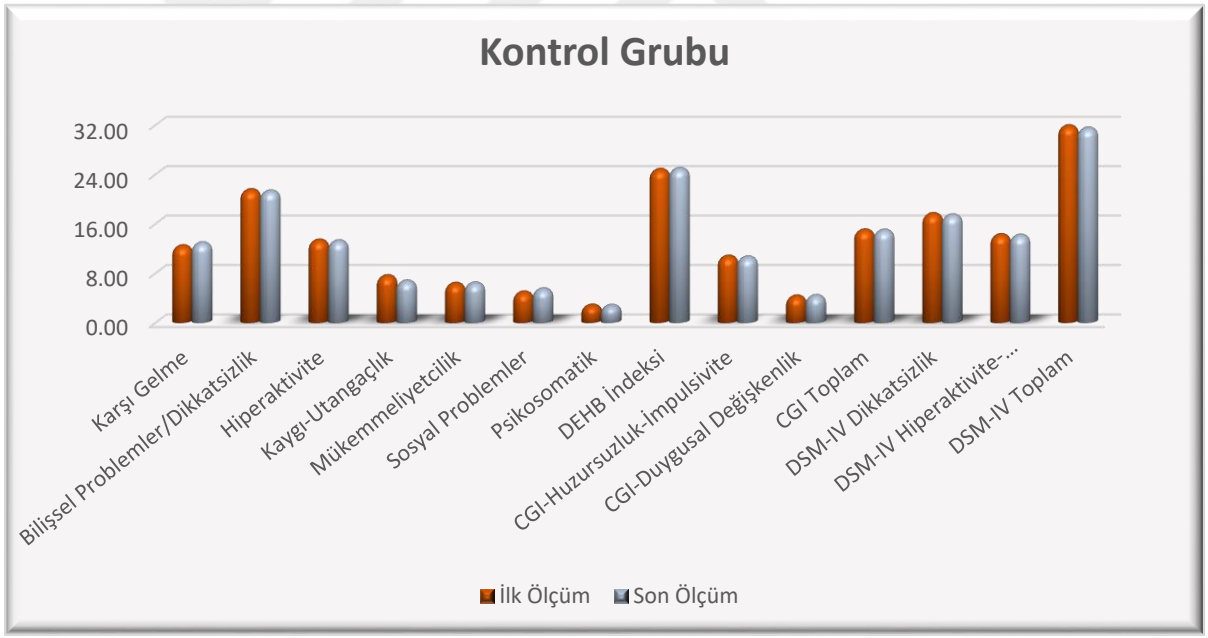
Tablo 10: Ailelere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

4.3. PPCP'nin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukğu, Yıkıcı Davranım Bozuklukları, Dürtü Denetim Sorunları Üzerine Olan Etkisine Dair Veriler

Çalışmadaki Conners ölçeğine ilişkin istatistiksel testler Tablo 11'de verilmiştir. Kontrol ve PPCP gruplarına göre ayrı ayrı Conners ölçeği için ilk ölçümler ve son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda incelenmiştir. Kontrol grubunda tüm alt başlıklarda ilk ölçümler ve son ölçümler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). PPCP gruplarında ise psikosomatik altölçeği dışında tüm alt ölçeklerdeki ilk ölçümler ile son ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Skorlar incelendiğinde psikosomatik altölçeği dışında karşı gelme, bilişsel problemler/dikkatsizlik, hiperaktivite, kakygı-utangaçlık, mükemmeliyetçilik, sosyal problemler, DEHB indeksi, CGI huzursuzluk-impulsivite, CGI toplam, DSM-IV dikkatsizlik, DSM-IV hiperaktivite-dürtüsellik ve DSM-IV toplam alt ölçeklerinde son ölçüm değerlerinde ilk ölçüm değerlerine göre düşüş gözlenmiştir. Kontrol ve PPCP grupları için ilk ölçüm ve son ölçüm değerleri Şekil 3 ve Şekil 4'de görülmektedir.



Şekil 3: PPCP Grubu Conners İlk ve Son Hafta Değerlendirmeler

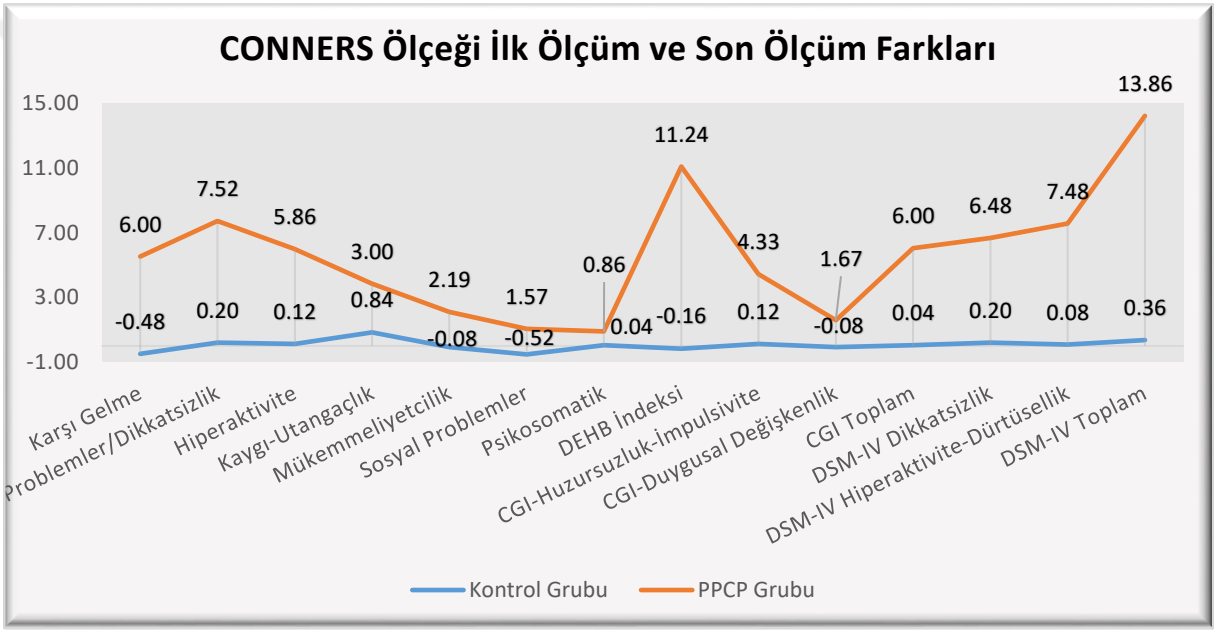


Şekil 4: Kontrol Grubu Conners İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri

Conners ölçeği için ilk ölçüm değerleri bakımından kontrol grupları ile PPCP grupları arasında farklılık p2 sütununda incelenmiştir. İlk ölçüm değerlerinde DSM-IV Hiperaktivite-Dürtüsellik altölçeği dışında tüm alt ölçeklerde kontrol grubu ile PPCP grubu arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). .

DSM-IV Hiperaktivite-Dürtüsellik ölçeği için ilk ölçüm değeri PPCP grubunda daha yüksek çıkmıştır.

Conners ölçeği için Kontrol grubu ve PPCP grubu arasındaki son ölçüm değerleri farkları p3 sütununda incelenmiştir. Conners ölçeği için kontrol grubu ve PPCP grubu arasında psikosomatik altölçeği dışındaki tüm altölçeklerde son ölçüm değerleri arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Son ölçüm değerlerine göre PPCP grubunda psikosomatik alt alan dışında tüm alt ölçeklerdeki skorlarda kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğu gözlemlenmiştir. Conners ölçeği için kontrol grubu ve PPCP grubu arasında tüm alt değişkenler bakımından ilk ve son ölçüm değerleri arasındaki farklar Şekil 5'de görülmektedir.



Şekil 5: Conners İlk ve Son Hafta Değerlendirme Arası Farklar

		İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme			Son D. – İlk D.	
Değişken	**Sınıf**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**p_1**
Kontrol Grubu									
	Karşı Gelme	12.36 ± 7.35	2.00	28.00	12.84 ± 7.62	2.00	29.00	-0.48 ± 2.14	0.61[b]
	Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	21.44 ± 6.2	8.00	34.00	21.24 ± 5.78	10.00	31.00	0.20 ± 3.25	0.82[b]
	Hiperaktivite	13.28 ± 6.05	6.00	28.00	13.16 ± 6.22	4.00	27.00	0.12 ± 2.93	0.71[b]
	Kaygı-Utangaçlık	7.52 ± 4.21	1.00	16.00	6.68 ± 3.5	3.00	15.00	0.84 ± 2.46	0.13[b]
	Mükemmeliyetcilik	6.28 ± 3.49	1.00	14.00	6.36 ± 3.13	1.00	13.00	-0.08 ± 1.89	0.83[a]
	Sosyal Problemler	4.88 ± 2.39	1.00	11.00	5.4 ± 3.12	0.00	14.00	-0.52 ± 1.61	0.12[a]
	Psikosomatik	2.76 ± 2.35	0.00	7.00	2.72 ± 3.4	0.00	13.00	0.04 ± 2.15	0.37[b]
	DEHB İndeksi	24.72 ± 6.64	12.00	36.00	24.88 ± 6.76	10.00	36.00	-0.16 ± 4.71	0.46[b]
	CGI-Huzursuzluk-İmpulsivite	10.68 ± 4.27	3.00	20.00	10.56 ± 4.08	4.00	20.00	0.12 ± 2.44	0.79[b]
	CGI-Duygusal Değişkenlik	4.24 ± 2.57	0.00	10.00	4.32 ± 2.87	0.00	9.00	-0.08 ± 1.82	0.92[b]
	CGI Toplam	14.92 ± 6.17	3.00	28.00	14.88 ± 6.25	4.00	29.00	0.04 ± 3.69	0.79[b]
	DSM-IV Dikkatsizlik	17.56 ± 4.64	8.00	27.00	17.36 ± 4.58	7.00	25.00	0.20 ± 3.35	0.71[b]
	DSM-IV Hiperaktivite Dürtüsellik	14.16 ± 5.96	5.00	25.00	14.08 ± 6.41	6.00	27.00	0.08 ± 3.28	0.71[b]
	DSM-IV Toplam	31.8 ± 9.67	13.00	46.00	31.44 ± 9.88	15.00	47.00	0.36 ± 5.79	0.69[b]
PPCP Grubu									
	Karşı Gelme	15.95 ± 6.86	4.00	29.00	9.95 ± 6.57	2.00	28.00	6.00 ± 5.31	**0.00[b]**
	Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	20.9 ± 7.13	7.00	33.00	13.38 ± 5.74	3.00	23.00	7.52 ± 5.39	**0.00[a]**
	Hiperaktivite	15.29 ± 6.56	4.00	27.00	9.43 ± 4.96	1.00	17.00	5.86 ± 5.82	**0.00[b]**
	Kaygı-Utangaçlık	7.57 ± 3.41	3.00	15.00	4.57 ± 2.71	1.00	12.00	3.00 ± 2.97	**0.00[b]**
	Mükemmeliyetcilik	7.86 ± 3.95	3.00	15.00	5.67 ± 3.41	0.00	12.00	2.19 ± 2.23	**0.00[b]**
	Sosyal Problemler	4.24 ± 3.11	0.00	11.00	2.67 ± 2.71	0.00	8.00	1.57 ± 2.09	**0.00[a]**
	Psikosomatik	4.1 ± 3.39	0.00	13.00	3.24 ± 2.84	0.00	10.00	0.86 ± 2.50	0.06
	DEHB İndeksi	26.19 ± 6.21	13.00	36.00	14.95 ± 5.7	1.00	23.00	11.24 ± 7.95	**0.00[a]**
	CGI-Huzursuzluk-İmpulsivite	12.29 ± 4.2	6.00	20.00	7.95 ± 3.93	0.00	14.00	4.33 ± 4.18	**0.00[b]**
	CGI-Duygusal Değişkenlik	4.81 ± 2.46	0.00	9.00	3.14 ± 1.96	0.00	7.00	1.67 ± 2.46	**0.01[b]**
	CGI Toplam	17.1 ± 5.92	6.00	29.00	11.1 ± 5.45	0.00	21.00	6.00 ± 6.32	**0.00[b]**
	DSM-IV Dikkatsizlik	17.43 ± 4.66	8.00	25.00	10.95 ± 4.18	3.00	17.00	6.48 ± 4.74	**0.00[a]**
	DSM-IV Hiperaktivite-Dürtüsellik	17.9 ± 5.92	6.00	27.00	10.43 ± 5.11	0.00	18.00	7.48 ± 5.47	**0.00[b]**
	DSM-IV Toplam	35.24 ± 8.25	20.00	47.00	21.38 ± 7.7	3.00	31.00	13.86 ± 9.55	**0.00[b]**

(a). t Testi (b). Wilcoxon (c). Mann-Whitney U

(p1). Grup içi ölçüm farkları

Değişken	Sınıf	P_2
İlk Değerlendirme		
	Karşı Gelme	0.10[a]
	Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	0.79[a]
	Hiperaktivite	0.29[a]
	Kaygı-Utangaçlık	0.75[c]
	Mükemmeliyetcilik	0.24[c]
	Sosyal Problemler	0.18[c]
	Psikosomatik	0.20[c]
	DEHB İndeksi	0.45[a]
	CGI-Huzursuzluk-İmpulsivite	0.21[a]
	CGI-Duygusal Değişkenlik	0.45[a]
	CGI Toplam	0.23[a]
	DSM-IV Dikkatsizlik	0.89[c]
	DSM-IV Hiperaktivite-Dürtüsellik	**0.04[a]**
	DSM-IV Toplam	0.21[a]

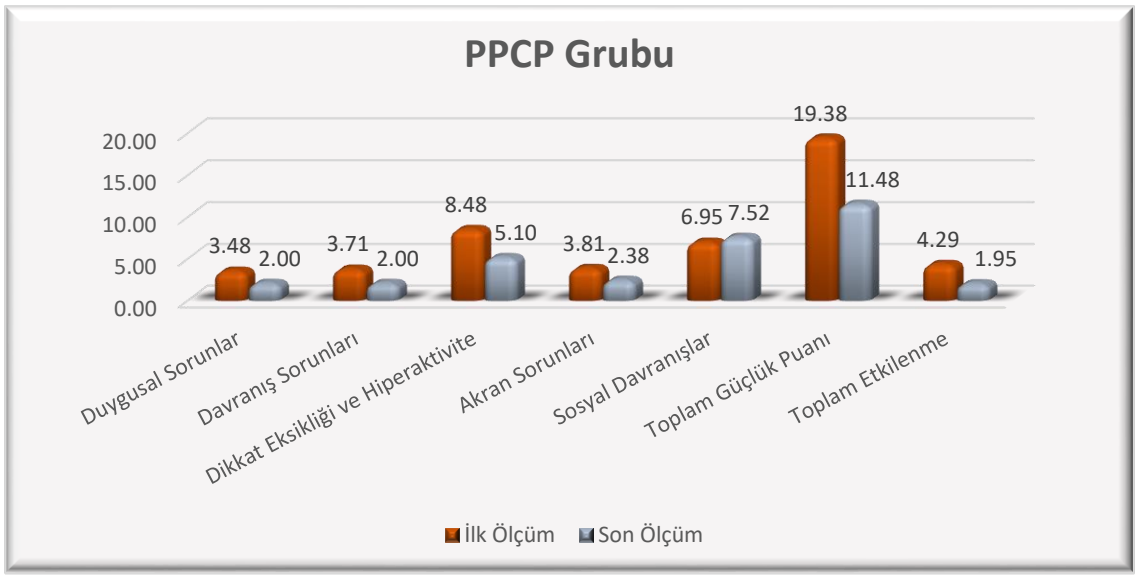
Değişken	Sınıf	P_3
Son Değerlendirme		
	Karşı Gelme	**0.00[c]**
	Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	**0.00[c]**
	Hiperaktivite	**0.00[c]**
	Kaygı-Utangaçlık	**0.01[c]**
	Mükemmeliyetcilik	**0.00[c]**
	Sosyal Problemler	**0.00[a]**
	Psikosomatik	0.78
	DEHB İndeksi	**0.00[c]**
	CGI-Huzursuzluk-İmpulsivite	**0.00[c]**
	CGI-Duygusal Değişkenlik	**0.02[c]**
	CGI Toplam	**0.00[c]**
	DSM-IV Dikkatsizlik	**0.00[c]**
	DSM-IV Hiperaktivite-Dürtüsellik	**0.00[c]**
	DSM-IV Toplam	**0.00[c]**

Tablo 11: Conners Derecelendirme Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler

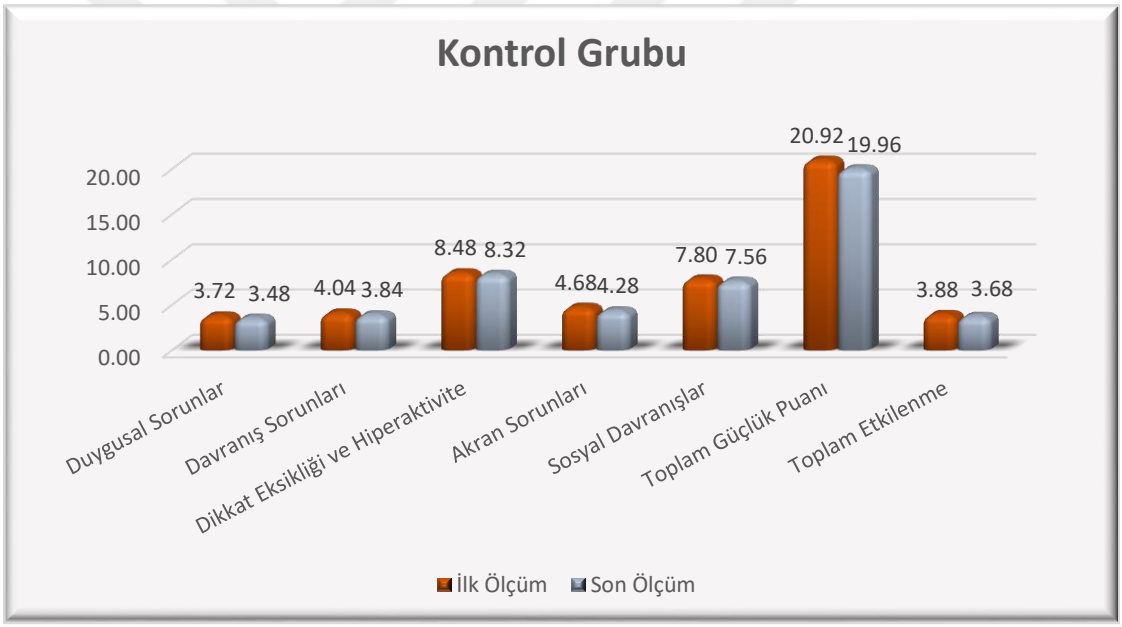
4.4. PPCP'nin Çocuklarda Davranışsal ve Duygusal Sorunlar Üzerine Etkilerine Dair Veriler

Güçler ve Güçlükler Anketine ilişkin veriler, anketin kendisinde olduğu gibi 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) duygusal sorunlar, (2) davranış sorunları, (3) dikkat eksikliği ve hiperaktivite, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı toplam güçlük puanını vermektedir. Etkilenme düzeyini sorgulayan maddelerin toplamı da toplam etkilenme değeri olarak verilmiştir.

Skorlar incelendiğinde sosyal davranışlar skorunda yükselme diğer tüm alt ölçeklerde son ölçüm değerlerinde ilk ölçüm değerlerine göre düşüş gözlenmiştir. Kontrol ve PPCP grupları için ilk ölçüm ve son ölçüm değerleri Şekil 6 ve 7'de görülmektedir.



Şekil 6: PPCP Grubu SDQ İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri



Şekil 7: Kontrol Grubu SDQ İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri

Çalışmadaki SDQ'ya ilişkin istatistiksel testler Tablo 12'de verilmiştir. Kontrol ve PPCP gruplarına göre ayrı ayrı SDQ için ilk ölçümler ve son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda incelenmiştir. Kontrol grubunda akran sorunları alt skoru ve toplam güçlük skorları haricindeki tüm alt ölçeklerde ilk ölçümler ve son ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubu için akran sorunları ve toplam güçlük skoru ölçüm değerlerinde anlamlı düşüş

meydana gelmiştir. PPCP grubunda ise tüm alt ölçeklerde ilk ölçümler ile son ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

SDQ için ilk ölçüm değerleri bakımından kontrol grubu ile PPCP grubu arasındaki farklılık p2 sütununda incelenmiştir. İlk ölçüm değerleri bakımından tüm alt ölçeklerde kontrol grubu ile PPCP grubu arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Çalışmanın başında ilk ölçümler bakımından SDQ tüm alt alanlarında her iki grup arasında skorlar arası farklılık yoktur.

SDQ için Kontrol grubu ve PPCP grubu arasındaki son ölçüm değerleri farkları p3 sütununda incelenmiştir. SDQ için kontrol grubu ve PPCP grubu arasında tüm alt ölçeklerde son ölçüm değerlerinin arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Son ölçüm değerlerine göre PPCP grubunda Sosyal Davranışlar skoru hariç tüm alt ölçeklerdeki skorlarda kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğu gözlemlenmiştir. SDQ ölçeği için kontrol grubu ve PPCP grubu arasında ilk ve son ölçüm değerleri arasındaki farklar Şekil 8'de görülmektedir.

Tablo 12: Güçler ve Güçlükler Anketine İlişkin İstatistiksel Veriler

		İlk Değerlendirme			**Son Değerlendirme**			**Son D. – İlk D.**	
Değişken	**Sınıf**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**p_1**
Kontrol Grubu									
	Duygusal Sorunlar	3.72 ± 1.99	1.00	8.00	3.48 ± 2.28	0.00	8.00	0.24 ± 1.01	0.28[b]
	Davranış Sorunları	4.04 ± 1.88	1.00	8.00	3.84 ± 2.12	0.00	8.00	0.20 ± 0.71	0.17[b]
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	8.48 ± 1.48	3.00	10.00	8.32 ± 1.35	5.00	10.00	0.16 ± 1.14	0.49[a]
	Akran Sorunları	4.68 ± 2.15	0.00	8.00	4.28 ± 2.09	0.00	7.00	0.40 ± 0.82	**0.03[b]**
	Sosyal Davranışlar	7.8 ± 1.63	2.00	10.00	7.56 ± 1.66	2.00	10.00	0.24 ± 0.83	0.14[b]
	Toplam Güçlük Puanı	20.92 ± 5.05	9.00	31.00	19.96 ± 5.33	11.00	30.00	0.96 ± 2.23	**0.04[a]**
	Toplam Etkilenme Puanı	3.88 ± 2.05	0.00	7.00	3.68 ± 2.04	0.00	8.00	0.20 ± 0.65	0.13[b]
PPCP Grubu									
	Duygusal Sorunlar	3.48 ± 2.16	1.00	8.00	2 ± 1.82	0.00	6.00	1.48 ± 1.17	**0.00[b]**
	Davranış Sorunları	3.71 ± 2.15	0.00	8.00	2 ± 1.58	0.00	5.00	1.71 ± 1.23	**0.00[b]**
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	8.48 ± 1.17	7.00	10.00	5.1 ± 1.18	2.00	7.00	3.38 ± 1.12	**0.00[b]**
	Akran Sorunları	3.81 ± 2.16	0.00	9.00	2.38 ± 1.75	0.00	6.00	1.43 ± 1.66	**0.00[b]**
	Sosyal Davranışlar	6.95 ± 1.96	3.00	10.00	7.52 ± 1.97	3.00	10.00	-0.57 ± 1.08	**0.04[b]**
	Toplam Güçlük Puanı	19.38 ± 5.41	14.00	32.00	11.48 ± 4.56	2.00	21.00	7.90 ± 3.92	**0.00[a]**
	Toplam Etkilenme Puanı	4.29 ± 1.68	2.00	7.00	1.95 ± 1.47	0.00	5.00	2.33 ± 1.28	**0.00[b]**

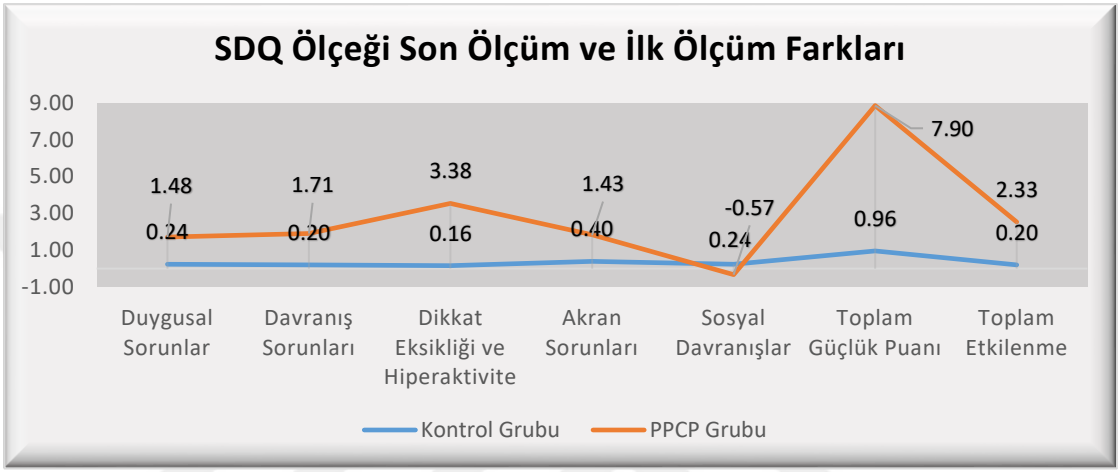
(a). t Testi (b). Wilcoxon (c). Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları

Değişken	Sınıf	P[2]
İlk Değerlendirme		
	Duygusal Sorunlar	0.62[c]
	Davranış Sorunları	0.52[c]
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	0.67[c]
	Akran Sorunları	0.18[a]
	Sosyal Davranışlar	0.10[c]
	Toplam Güçlük Puanı	0.07[c]
	Toplam Etkilenme Puanı	0.53[c]

(p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları

Değişken	Sınıf	P[3]
Son Değerlendirme		
	Duygusal Sorunlar	**0.00**[c]
	Davranış Sorunları	**0.00**[c]
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	**0.00**[c]
	Akran Sorunları	**0.01**[c]
	Sosyal Davranışlar	**0.01**[c]
	Toplam Güçlük Puanı	**0.00**[c]
	Toplam Etkilenme Puanı	**0.00**[c]

(p3).Gruplar arası son ölçüm farkları



Şekil 8: SDQ İlk ve Son Hafta Değerlendirme Arası Farklar

4.5. PPCP'nin Çocukların Genel İşlevine Etkisine Dair Veriler

Kontrol grubunda son ölçümlerde CGAS puanlarında azalış görülürken, PPCP grubunda son ölçümlerde CGAS puanlarında artış olmuştur. Kontrol ve PPCP grupları için ilk ölçümler ve son ölçümlerdeki CGAS puanları Şekil 9 'da görülmektedir.



Şekil 9: Olgu ve Kontrol Grupları CGAS İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri

Çalışmadaki CGAS puanına ilişkin ayrıntılı istatistiksel testler Tablo 13 ‘de verilmiştir. Buna göre kontrol ve PPCP gruplarına göre ayrı ayrı CGAS puanı için ilk ölçümler ve son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda incelenmiştir. Kontrol grubunda ve PPCP grubunda CGAS puanı bakımından ilk ölçümler ve son ölçümler arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Kontrol grubunda son ölçümlerde CGAS puanlarında azalış görülürken, PPCP grubunda son ölçümlerde CGAS puanlarında artış olmuştur.

İlk ölçümlerdeki CGAS puanları bakımından kontrol grupları ile PPCP grupları arasında farklılık p2 sütununda incelenmiştir. İlk ölçümlerde CGAS puanları bakımından kontrol grubu ile PPCP grubu arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre çalışmanın başında iki gruptaki çocuklar arasında CGAS puanları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

CGAS puanı için Kontrol grubu ve PPCP grubu arasındaki son ölçüm arasındaki değişim farklarının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı p3 sütununda incelenmiştir. Uygulama sonunda PCPP grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu CGAS puanlarında daha fazla artış olduğu gözlemlenmiştir. Kontrol grubu ve PPCP grubu arasında son ölçüm arasındaki bu farklarının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır.($p<0.05$).

		İlk Değerlendirme			**Son Değerlendirme**			**Son D. – İlk D.**			
Değişken	**Sınıf**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**p_1**	**p_2**	**p_3**
Kontrol Grubu											
	CGAS Puanı	54.96 ± 8.95	42.00	70.00	53.84 ± 7.95	42.00	67.00	1.12 ± 1.83	**0.00[b]**	0.61[c]	**0.00[c]**
PPCP Grubu											
	CGAS Puanı	53.43 ± 8.37	40.00	70.00	74.19 ± 8.12	55.00	90.00	-20.76 ± 6.76	**0.00[a]**		

(a). t Testi (b). Wilcoxon (c). Mann-Whitney U
(p1). Grup içi ölçüm farkları (p2). Gruplar arası ilk ölçüm farkları (p3).Gruplar arası ölçüm farkları

Tablo 13: Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler

4.6. Aile İşlevleri ve PPCP'nin Aile İşlevine Etkisine Dair Veriler

7 alt ölçekten oluşan ADÖ;

(1) *Problem çözme:* Ailenin sorun çözme ve yöntemini değerlendirir.

(2) *İletişim:* Aile içinde bilgi alış-verişinin etkinliğini, yaygınlığını ve iletişimin açıklığını değerlendirir.

(3) *Roller:* Ailede yiyecek kaynaklarının hazırlanması, barınma, bakım ve destek olma gibi rollerin hangi etkinlikte uygulandığını değerlendirir.

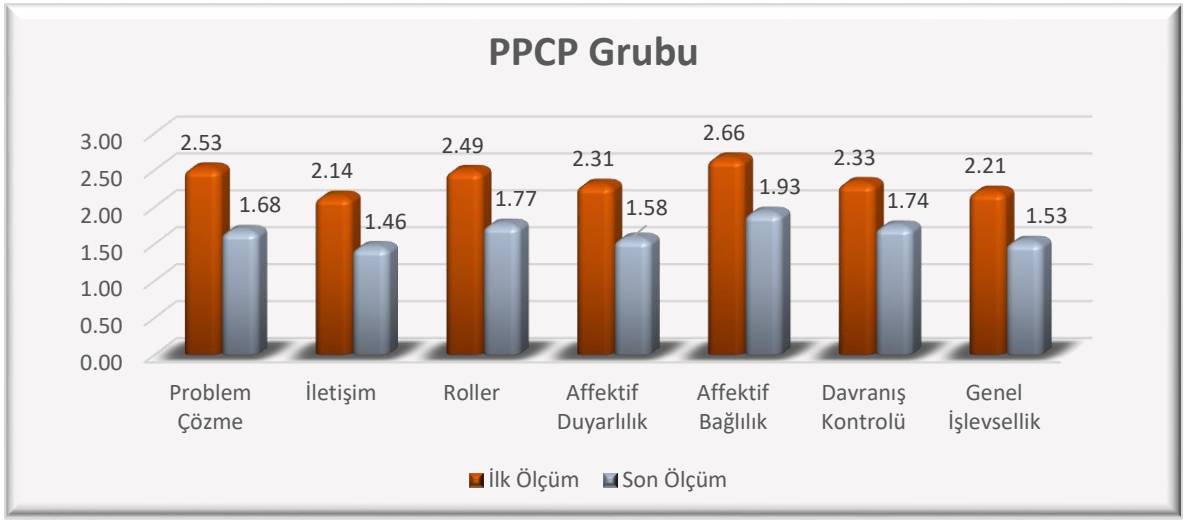
(4) *Affektif duyarlılık:* Aile üyelerinin uygun duygusal yanıt verebilme yeteneğini değerlendirir.

(5) *Affektif bağlılık:* Aile bireylerinin birbirlerine karşı ilgisini, ilişkinin kalitesini, bağlılık düzeyini ve aile üyelerinin birbirlerine karşı yatırımlarını değerlendirir.

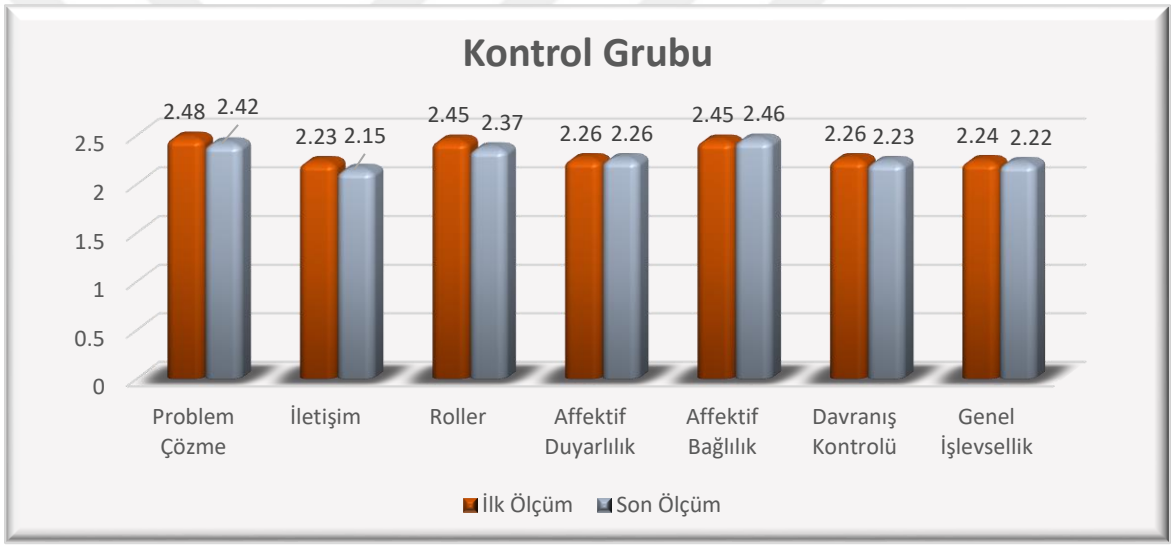
(6) *Davranış kontrolü:* Davranışlara karşı olan tutumları ve standartları değerlendirir.

(7) *Genel işlevsellik:* Aile içinde tüm işlevlerin genel bir ortalamasını verir.

Kontrol ve PPCP grupları için ilk ölçüm ve son ölçüm değerleri Şekil 10 ve Şekil 11'de görülmektedir. PPCP grubunda tüm alt değişkenlerde anlamlı düşüş gözlenmiştir. Kontrol grubundaki değişimler iletişim alt skoru hariç anlamlı değildir. Çalışmadaki ADÖ'ye ilişkin ayrıntılı istatistiksel veriler ise Tablo 14 'de verilmiştir.



Şekil 10: PPCP Grubu ADÖ İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri



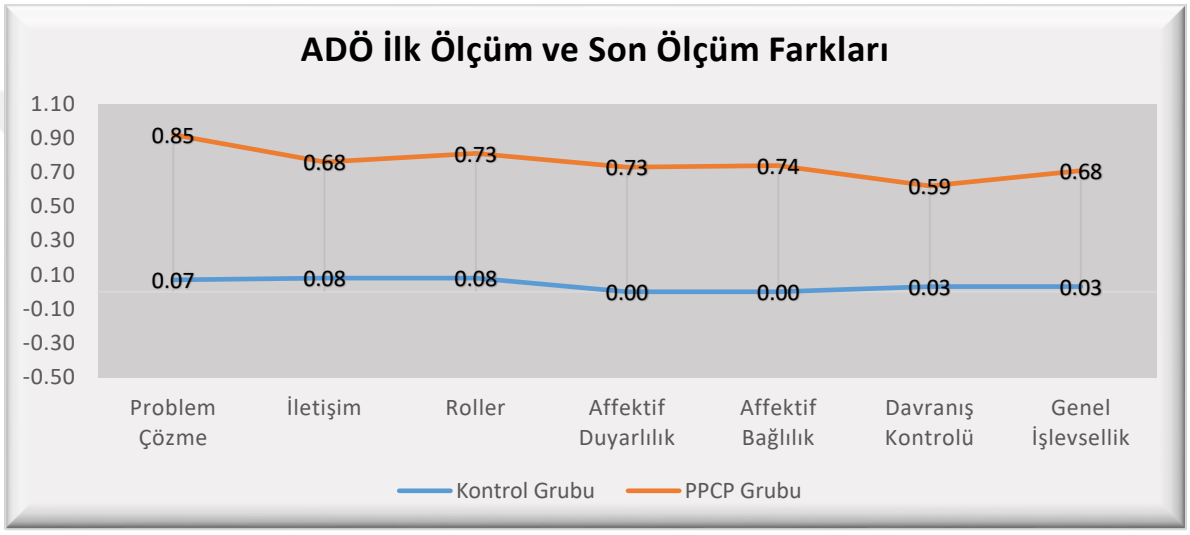
Şekil 11: Kontrol Grubu ADÖ İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri

Kontrol ve PPCP gruplarına göre ayrı ayrı ADÖ için ilk ölçümler ve son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda incelenmiştir. Kontrol grubunda iletişim dışındaki diğer tüm alt başlıklarda ilk ölçümler ve son ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Olgu grubunda ise tüm alt başlıklardaki ilk ölçümler ile son ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

ADÖ için ilk ölçüm değerleri bakımından kontrol grubu ile PPCP grubu arasındaki farklılık p2 sütununda incelenmiştir. İlk ölçüm değerleri bakımından tüm alt değişkenlerde kontrol grubu ile PPCP grubu arasında anlamlı farklılık

olmadığı görülmüştür (p>0.05). Çalışmanın başında ADÖ için her iki grup arasında skorlar bakımından farklılık yoktur.

ADÖ için Kontrol grubu ve PPCP grubu arasındaki son ölçüm değerleri farkları p3 sütununda incelenmiştir. Kontrol grubu ve PPCP grubu arasında tüm alt değişkenler bakımından son ölçüm değerleri arasında anlamlı farklılık vardır (p<0.05). PPCP grubunda tüm alt değişkenlerdeki son ölçüm değerlerinde kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğu gözlemlenmiştir. ADÖ için kontrol grubu ve PPCP grubu arasında tüm alt değişkenler bakımından ilk ve son ölçüm değerleri arasındaki farklar Şekil 12'te görülmektedir.



Şekil 12: ADÖ İlk ve Son Hafta Değerlendirme Arası Farklar

		İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme			Son D.–İlk D.	
Değişken	**Sınıf**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**p_1**
Kontrol Grubu									
	Problem Çözme	2.48 ± 0.56	1.50	3.33	2.42 ± 0.64	1.33	3.66	0.07 ± 0.36	0.35[a]
	İletişim	2.23 ± 0.53	1.22	3.33	2.15 ± 0.56	1.22	3.33	0.08 ± 0.11	**0.01[b]**
	Roller	2.45 ± 0.42	1.63	3.36	2.37 ± 0.42	1.63	3.18	0.08 ± 0.23	0.17[b]
	Affektif Duyarlılık	2.26 ± 0.76	1.00	3.83	2.26 ± 0.83	1.00	3.83	0.00 ± 0.16	0.96[b]
	Affektif Bağlılık	2.45 ± 0.41	1.71	3.14	2.46 ± 0.41	1.57	3.14	0.00 ± 0.21	0.83[b]
	Davranş Kontroü	2.26 ± 0.44	1.22	2.88	2.23 ± 0.43	1.11	3.00	0.03 ± 0.15	0.71[b]
	Genel İşlevsellik	2.24 ± 0.68	1.25	3.25	2.22 ± 0.71	1.16	3.25	0.03 ± 0.08	0.20[b]
PPCP Grubu									
	Problem Çözme	2.53 ± 0.61	1.50	3.66	1.68 ± 0.49	1.00	2.50	0.85 ± 0.45	**0.00**
	İletişim	2.14 ± 0.55	1.00	3.22	1.46 ± 0.39	1.00	2.22	0.68 ± 0.39	**0.00**
	Roller	2.49 ± 0.37	1.72	3.18	1.77 ± 0.48	1.18	3.18	0.73 ± 0.46	**0.00**
	Affektif Duyarlılık	2.31 ± 0.78	1.16	3.83	1.58 ± 0.67	1.00	3.16	0.73 ± 0.48	**0.00**
	Affektif Bağlılık	2.66 ± 0.37	2.00	3.42	1.93 ± 0.43	1.42	2.85	0.74 ± 0.42	**0.00**
	Davranş Kontrolü	2.33 ± 0.37	1.77	3.00	1.74 ± 0.33	1.33	2.44	0.59 ± 0.41	**0.00**
	Genel İşlevsellik	2.21 ± 0.66	1.33	3.25	1.53 ± 0.52	1.00	2.50	0.68 ± 0.35	**0.00**

(a). t Testi (b). Wilcoxon (c). Mann-Whitney U

(p_1). Grup içi ölçüm farkları

Değişken	Sınıf	P_2
İlk Değerlendirme		
	Problem Çözme	0.80[a]
	İletişim	0.61[a]
	Roller	0.69[a]
	Affektif Duyarlılık	0.99[c]
	Affektif Bağlılık	0.08[a]
	Davranış Kontrolü	0.73[c]
	Genel İşlevsellik	0.82[c]

(p2). Gruplar arası ilk hafta ölçüm farkları

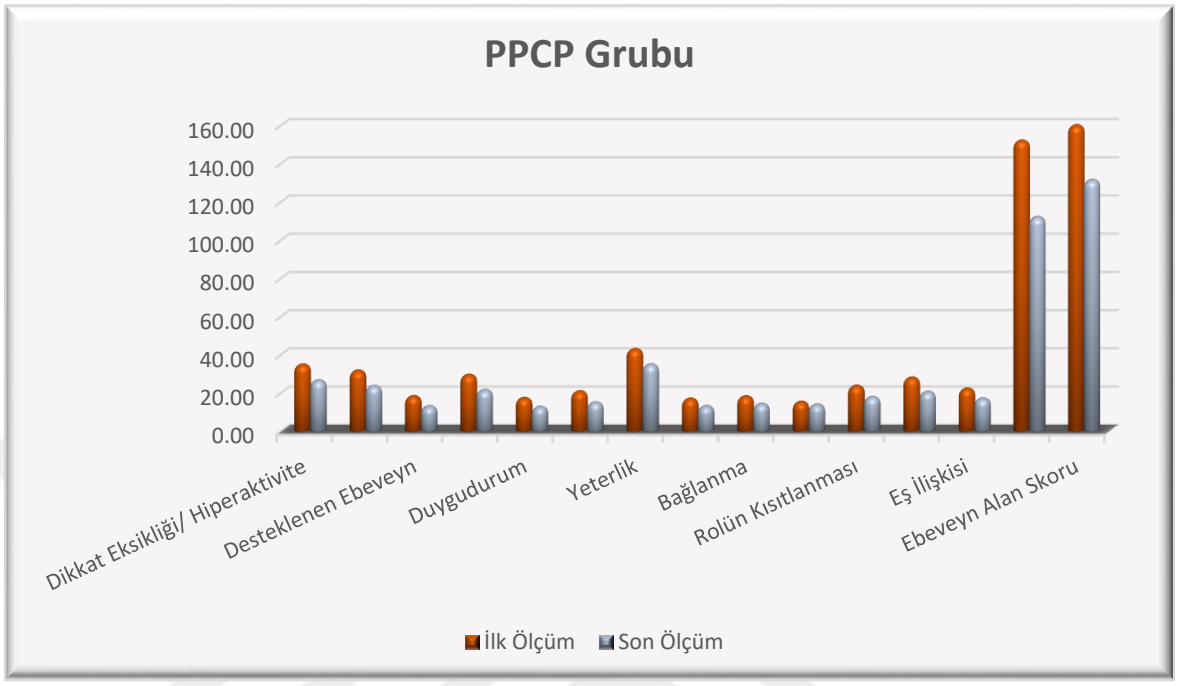
Değişken	Sınıf	P_3
Son Değerlendirme		
	Problem Çözme	**0.00[a]**
	İletişim	**0.00[c]**
	Roller	**0.00[c]**
	Affektif Duyarlılık	**0.00[c]**
	Affektif Bağlılık	**0.00[c]**
	Davranış Kontrolü	**0.00[c]**
	Genel İşlevsellik	**0.00[c]**

(P3). Gruplar arası son hafta ölçüm farkları

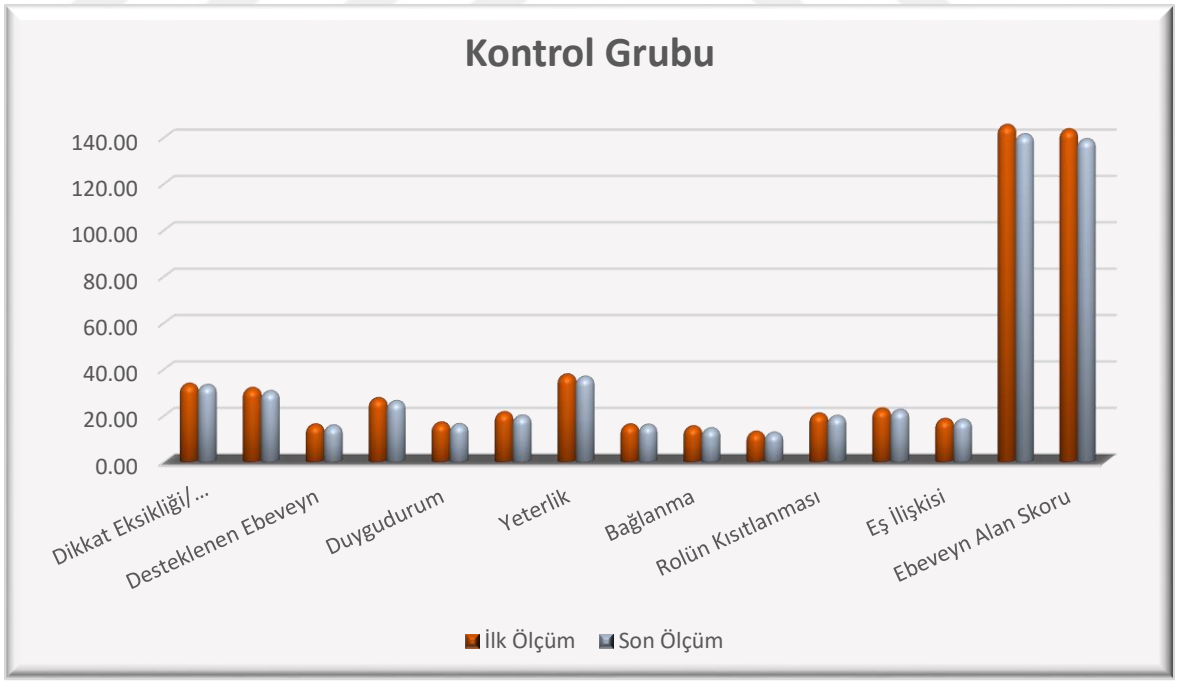
Tablo 14: Aile Değerlendirme Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler

4.7. PPCP'nin Ebeveynlik Stresine Etkisine Dair Veriler

Kontrol ve PPCP grupları için ilk ölçüm ve son ölçüm değerleri Şekil 13 ve Şekil 14 'de görülmektedir.



Şekil 13: PPCP Grubu PSI İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri

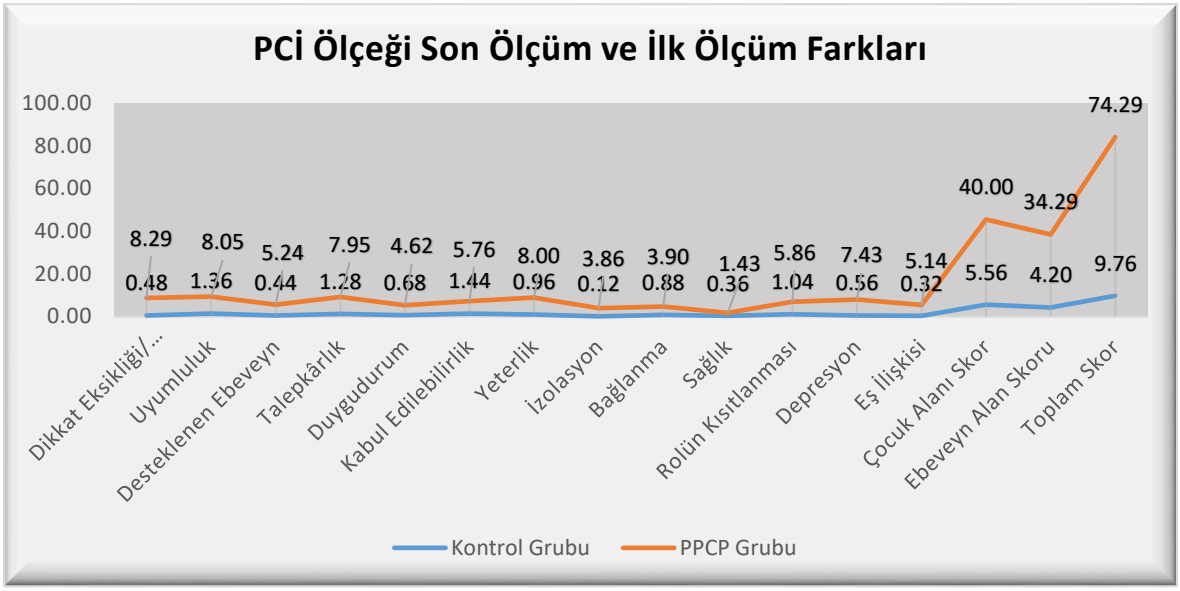


Şekil 14: Kontrol Grubu PSI İlk ve Son Hafta Değerlendirmeleri

Çalışmadaki PSİ ölçeğine ilişkin istatistiksel testler Tablo 15'de verilmiştir. Kontrol ve PPCP gruplarına göre ayrı ayrı PSİ ölçeği için ilk ölçümler ve son ölçümler arasındaki farklar p1 sütununda incelenmiştir. Kontrol grubunda ebeveyn alan skoru ve toplam skor haricindeki tüm alt ölçeklerde ilk ölçümler ve son ölçümler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubu için ebeveyn alan skoru ve toplam skor ölçüm değerlerinde düşüş meydana gelmiştir. PPCP grubunda ise tüm alt ölçeklerdeki ilk ölçümler ile son ölçümler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Skorlar incelendiğinde tüm alt ölçeklerde son ölçüm değerlerinde ilk ölçüm değerlerine göre düşüş gözlenmiştir.

PSİ ölçeği için ilk ölçüm değerleri bakımından kontrol grubu ile PPCP grubu arasındaki farklılık p2 sütununda incelenmiştir. İlk ölçüm değerleri bakımından Yeterlik, Bağlanma, Sağlık, Depresyon, Eş İlişkisi, Ebeveyn Alan Skoru ve Toplam Skor dışında tüm alt ölçeklerde kontrol grubu ile PPCP grubu arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Çalışmanın başında ilk ölçümler bakımından PSİ Ölçeği için Yeterlik, Bağlanma, Sağlık, Depresyon, Eş İlişkisi, Ebeveyn Alan Skoru ve Toplam Skor değişkenleri hariç her iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur. Yeterlik, Bağlanma, Sağlık, Depresyon, Eş İlişkisi, Ebeveyn Alan Skoru ve Toplam Skor değişkenleri için ilk ölçüm değerleri PPCP grubunda daha yüksek saptanmıştır.

PSİ ölçeği için kontrol grubu ve PPCP grubu arasındaki son ölçüm değerleri farkları p3 sütununda incelenmiştir. PSİ ölçeği için kontrol grubu ve PPCP grubu arasında tüm değişkenlerde son ölçüm değerlerinin arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Son ölçüm değerlerine göre PPCP grubunda tüm alt ölçeklerdeki skorlarda kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğu gözlemlenmiştir. PSİ ölçeği için kontrol grubu ve PPCP grubu arasında tüm alt ölçekler bakımından ilk ve son ölçüm değerleri arasındaki farklar Şekil 15'de görülmektedir.



Şekil 15: PSI İlk ve Son Değerlendirme Arası Farklar

Değişken	Sınıf	P_2
İlk Değerlendirme		
	Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite	0.36[a]
	Uyumluluk	0.98[a]
	Desteklenen Ebeveyn	0.11[a]
	Talepkârlık	0.15[a]
	Duygudurum	0.48[c]
	Kabul Edilebilirlik	0.77[a]
	Yeterlik	**0.00[c]**
	İzolasyon	0.56[c]
	Bağlanma	**0.03[a]**
	Sağlık	**0.02[c]**
	Rolün Kısıtlanması	0.06[a]
	Depresyon	**0.01[a]**
	Eş İlişkisi	**0.03[c]**
	Çocuk Alanı Skor	0.32[a]
	Ebeveyn Alan Skoru	**0.01[c]**
	Toplam Skor	**0.02[a]**

Değişken	Sınıf	P_3
Son Değerlendirme		
	Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite	**0.00[c]**
	Uyumluluk	**0.00[c]**
	Desteklenen Ebeveyn	**0.00[c]**
	Talepkârlık	**0.00[c]**
	Duygudurum	**0.00[c]**
	Kabul Edilebilirlik	**0.00[c]**
	Yeterlik	**0.00[c]**
	İzolasyon	**0.00[c]**
	Bağlanma	**0.03[c]**
	Sağlık	**0.03[c]**
	Rolün Kısıtlanması	**0.00[c]**
	Depresyon	**0.00[c]**
	Eş İlişkisi	**0.00[c]**
	Çocuk Alanı Skor	**0.00[c]**
	Ebeveyn Alan Skoru	**0.00[c]**
	Toplam Skor	**0.00[c]**

		İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme			Son D. – İlk D.	
Değişken	**Sınıf**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**EKD**	**EBD**	**Ort. ± SS**	**p_1**
Kontrol Grubu									
	Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite	33.32 ± 5.56	23.00	43.00	32.84 ± 5.81	21.00	43.00	0.48 ± 1.96	0.23[a]
	Uyumluluk	31.52 ± 6.49	20.00	44.00	30.16 ± 7	16.00	42.00	1.36 ± 5.34	0.69[b]
	Desteklenen Ebeveyn	15.8 ± 5.1	7.00	26.00	15.36 ± 4.9	7.00	27.00	0.44 ± 1.42	0.12[b]
	Talepkârlık	27.16 ± 5.41	18.00	35.00	25.88 ± 4.94	16.00	36.00	1.28 ± 3.60	0.12[b]
	Duygudurum	16.64 ± 3.63	12.00	25.00	15.96 ± 4.28	6.00	25.00	0.68 ± 2.64	0.32[b]
	Kabul Edilebilirlik	21.08 ± 4.5	14.00	29.00	19.64 ± 5.08	9.00	30.00	1.44 ± 3.72	0.08[b]
	Yeterlik	37.36 ± 5.99	22.00	45.00	36.4 ± 6.56	22.00	45.00	0.96 ± 2.99	0.15[b]
	İzolasyon	15.8 ± 5.32	9.00	30.00	15.68 ± 5.34	9.00	29.00	0.12 ± 1.20	0.58[b]
	Bağlanma	15 ± 4.14	9.00	25.00	14.12 ± 4.55	9.00	25.00	0.88 ± 1.86	**0.03[b]**
	Sağlık	12.64 ± 3.78	9.00	24.00	12.28 ± 3.93	8.00	23.00	0.36 ± 1.32	0.10[b]
	Rolün Kısıtlanması	20.52 ± 5.73	10.00	33.00	19.48 ± 5.37	7.00	30.00	1.04 ± 3.36	0.20[b]
	Depresyon	22.64 ± 6.26	12.00	35.00	22.08 ± 6.47	12.00	34.00	0.56 ± 1.53	0.07[b]
	Eş İlişkisi	18.16 ± 4.66	10.00	29.00	17.84 ± 5.08	10.00	30.00	0.32 ± 1.22	0.22[b]
	Çocuk Alanı Skor	146.52 ± 20.05	108.00	178.00	140.96 ± 20.45	100.00	174.00	5.56 ± 15.37	0.08[b]
	Ebeveyn Alan Skoru	143.12 ± 23.5	102.00	198.00	138.92 ± 25.66	92.00	192.00	4.20 ± 7.81	**0.01[b]**
	Toplam Skor	289.64 ± 39.14	217.00	371.00	279.88 ± 42.2	209.00	362.00	9.76 ± 22.42	**0.01[b]**
PPCP Grubu									
	Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite	34.76 ± 4.99	28.00	44.00	26.48 ± 6.21	15.00	41.00	8.29 ± 7.07	**0.00[a]**
	Uyumluluk	31.57 ± 5.63	19.00	42.00	23.52 ± 5.66	13.00	38.00	8.05 ± 5.03	**0.00[a]**
	Desteklenen Ebeveyn	18.19 ± 4.65	6.00	27.00	12.95 ± 3.97	6.00	23.00	5.24 ± 3.51	**0.00[a]**
	Talepkârlık	29.38 ± 4.86	20.00	41.00	21.43 ± 6.49	13.00	33.00	7.95 ± 5.44	**0.00[a]**
	Duygudurum	17.24 ± 3.36	12.00	22.00	12.62 ± 3.73	7.00	22.00	4.62 ± 3.32	**0.00[a]**
	Kabul Edilebilirlik	20.71 ± 3.76	15.00	28.00	14.95 ± 3.77	11.00	23.00	5.76 ± 4.11	**0.00[a]**
	Yeterlik	42.81 ± 6.32	21.00	53.00	34.81 ± 7.7	16.00	50.00	8.00 ± 5.04	**0.00[a]**
	İzolasyon	16.9 ± 6.04	8.00	28.00	13.05 ± 4.15	8.00	20.00	3.86 ± 3.35	**0.00[b]**
	Bağlanma	18.1 ± 5.28	7.00	28.00	14.19 ± 4.2	8.00	22.00	3.90 ± 4.79	**0.00[a]**
	Sağlık	15.24 ± 3.85	9.00	23.00	13.81 ± 3.56	9.00	22.00	1.43 ± 1.94	**0.00[a]**
	Rolün Kısıtlanması	23.62 ± 5.2	15.00	35.00	17.76 ± 5.6	10.00	33.00	5.86 ± 3.35	**0.00[b]**
	Depresyon	27.9 ± 7.34	15.00	42.00	20.48 ± 7.01	9.00	38.00	7.43 ± 4.69	**0.00[a]**
	Eş İlişkisi	22.14 ± 6.45	11.00	35.00	17 ± 5.99	7.00	27.00	5.14 ± 3.84	**0.00[a]**
	Çocuk Alanı Skor	151.95 ± 15.71	111.00	182.00	111.95 ± 21.94	74.00	151.00	40.00 ± 20.77	**0.00[a]**
	Ebeveyn Alan Skoru	165.67 ± 30.04	118.00	227.00	131.38 ± 28.26	84.00	198.00	34.29 ± 20.02	**0.00[a]**
	Toplam Skor	317.62 ± 37.9	229.00	389.00	243.33 ± 46.1	158.00	346.00	74.29 ± 35.03	**0.00[a]**

(a). t Testi (b). Wilcoxon (c). Mann-Whitney U ($p^{1)}$:Grup içi ölçüm farkları

Tablo 15: Ebeveyn Stres Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler

4.8. PPCP'den Faydalanımı Yordayan Faktörlerin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

PPCP uygulamasından kimlerin daha fazla faydalandığını ve bu faydalanımı etkileyen faktörleri belirlemek üzere PCPP uygulanan grup ölçek puanlarının ortalamasına göre 2 alt gruba ayrılamıştır. Buna göre her ölçek için lk hafta ve son hafta ölçek puanları arası fark (genel faydalanım) belirlenmiştir. Grup ortalamasının altında kalan grup daha az faydalananlar, üstünde kalan grup ise faydalanımı daha iyi olanlar olarak kabul edilmiştir. Bu alt grupların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılarak, faydalanımla ilişkili demografik değişkenler belirlenmiştir.

Yapılan değerlendirmede arkadaş ilişkisi "İyi, yeterli sayıda" olan çocukların aileleri PPCP'den faydalanım bakımından grup ortalamasının üstündedir. Bu ailelerin Aile Değerlendirme Ölçeği- İşlevsellik puanındaki değişim daha fazla olup aradaki fark anlamlı olarak saptanmıştır. (p=0,045). (Tablo 16)

			Aile Değerlendirme Ölçeği- İşlevsellik Altölçeği		
			Ortalamanın Altında Kalan Grup	Ortalamanın Üstünde Kalan Grup	Toplam
Arkadaş İlişkisi	İyi, Yeterli Sayıda	N	7 (%33,3)	9 (%42,9)	16 (%76,2)
	Yeterli Sayıda Değil	N	5 (%23,8)	0 (%0,0)	5 (%23,8)
Toplam		N	12 (57,1)	9 (%42,9)	21 (%100,0)
		p			**0,045**[a]

(a): Fısher's Exact Test.

Tablo 16: Aile Değerlendirme Ölçeği- İşlevsellik Alt ölçeğinin Arkadaş İlişkisi ile İlişkisi

"Geniş Aile" tipinde olan ailelerin PPCP'den faydalanımı ortalama üzerinde olup aradaki fark anlamlı olarak saptanmıştır. Yordayan faktörün ise CGAS puanındaki artış olduğu tespit edilmiştir. (p=0,006). (Tablo 17).

			CGAS Puanı		
			Ortalamanın Altında Kalan Grup	Ortalamanın Üstünde Kalan Grup	Toplam
Aile Tipi	Çekirdek Aile	N	12 (%57,1)	4 (%19,0)	16 (%76,2)
	Geniş Aile	N	0 (%00,0)	5 (%23,8)	5 (%23,8)
Toplam		N	12 (%57,1)	9 (%42,9)	21 (%100,0)
		p			0,006[a]

(a): Fısher's Exact Test.

Tablo 17: CGAS Puanlarının Aile Tipi ile İlişkisi

PPCP'den faydalanımının ortalamaya göre daha fazla olduğu bir diğer grup ise aile içi sorunları yok/her evdeki gibi olan gruptur. Bu grubun Conners "DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam" alanındaki düşüş daha fazla olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. (p=0.045). (Tablo 19).

			Conners "DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam"		
			Ortalamanın altında kalan grup	Ortalamanın üstünde kalan grup	Toplam
Aile İçi Sorun Düzeyi	Yok	N	0 (%0,00)	2 (%9,5)	2 (%9,5)
	Her Evdeki Gibi	N	9 (%42,9)	6 (%28,6)	15 (%71,4)
	Çok Fazla	N	4 (%19,0)	0 (%0,00)	4 (%19,0)
Toplam		N	13 (%61,9)	8 (%38,1)	21 (%100)
		p			0,045[a]

(a): Fısher's Exact Test.

Tablo 18: Conners "DSM-IV Semptomları Alt Ölçeğinin Aile İçi Sorun Düzeyi ile İlişkisi

SDQ Toplam Güçlük puanı ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında anne eğitim yılı ve gelir düzeyi ile toplam güçlük skorları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Faydalanımı az olan ortalama puan altında kalan grupta anne eğitim yıl düzeyi 8,6 iken faydalanımı fazla olan yani ortalama skor üzerinde kalan grupta ise anne eğitim yılı ortalaması 13,6 olarak tespit edilmiştir. (p=0.045).

Ayrıca orta gelir düzeyine sahip ailelerin (2000TL-5000TL), düşük gelir düzeyine sahip ailelere göre (<2000TL) PPCP faydalanımının ortalama üstünde

olan gruba dâhil olduğu görülmüş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p=0.03). (Tablo 19).

	SDQ Toplam Güçlük Puanı	N	Ortalama Yıl	p
Anne Eğitim Yılı	**Ortalamanın altında kalan grup**	11	8,64	
	Ortalamanın üstünde kalan grup	10	13,60	**0,045[a]**
	Toplam	21		

			Aile Geliri			
			Düşük (<2000 TL)	**Orta (2000-5000TL)**	**Toplam**	**p**
SDQ Toplam Güçlük Puanı	**Ortalamanın altında kalan grup**	**N**	8 (%38,1)	3 (%14,3)	11(%52,4)	
	Ortalamanın üstünde kalan grup	**N**	2(%9,5)	8(%38,1)	10(%47,6)	**0,03[b]**
Toplam		**N**	10	11	21	
		%	47,6%	52,4%	100,0%	

(a). Mann Whitney U (b). Fısher's Exact Test.

Tablo 19: SDQ Total Güçlük Puanının Anne Eğitim Yılı ve Aile Gelir Düzeyi ile İlişkisi

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan olguların sosyodemografik özellikleri örneklemenin sağlıklı yapıldığını gösterir niteliktedir. Nitekim olgu ve kontrol grubu arasında, anne-babanın eğitim durumu, medeni durumu, annenin mesleği, ailede ruhsal ve fiziksel hastalık olup olmadığı, sigara kullanımları, annelerin gebelikte psikolojik sorun yaşayıp yaşamadığı, aile tipleri, ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı, gebeliğin planlı olup olmaması ve ailenin geliri; çocuklar için ise yaş, kaçıncı çocuk olduğu, doğum şekilleri, doğumda komplikasyon olup olmadığı, bakım verenleri, arkadaş ilişkileri, okul başarıları açısından karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yine cinsiyet dağılımı açısından tüm grup değerlendirildiğinde erkek/kız oranının 2,5 olarak saptanması erkeklerde DEHB'nin 2-5 kat daha sık görüldüğü biçimindeki yazın bilgisiyle uyumludur (106).

DEHB grubundaki olgular alt tiplere göre ayrıldığında, olguların %76,08'i Kombine, %15,2'si Dikkat Eksikliği, %8,6'sı da Hiperaktivite-İmpulsivite Görünüm şeklinde ayrıştığı saptanmıştır. Yazın bilgilerine göre çocuklarda en sık görülen alt görünüm DEHB-B (%43- 79) iken bunu sırasıyla DEHB-DE (%8-37) ve DEHB-HA (%5-29) alt görünümleri izlemektedir (64-66). Dolayısıyla çalışmada elde edilen oranlar bilimsel yazınla uyumludur.

Olgu ve kontrol grubunda KOKGB dışında komorbiditesi olan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin % 23,9'unda karşı olma karşı gelme bozukluğu saptanmıştır. Bilindiği üzere DEHB'ye en sık eşlik eden komorbidite KOKGB'dur ve DEHB tanılı hastaların %50'sine yakınında birlikte görülebilir (59). Olgu grubunda KOKGB dışında eşlik eden başka bir bozukluğun bulunmaması, grubun mümkün olduğunca pür DEHB tanılı hastalardan oluşmasına katkı sağlamıştır.

Bu çalışmanın en önemli bulgularından birisi DEHB tanılı olup ilaç tedavisi almasına karşın rezidüel bulguları devam eden 6-11 yaş arası çocuklara ve ebeveynlerine uygulanan PPCP'nin çocuklardaki DEHB belirti düzeyini azaltmada etkin olmasıdır. Conners ölçeğinde biri hariç tüm alt alanlarda ve SDQ tüm alt alanlarda program öncesi-sonrası ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu sonuç daha önce yazında multimodal tedaviler ve ebeveynlik programlarının DEHB belirtileri üzerine olumlu etkilrini

gösteren çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Çocuk ve ergenlerde DEHB tedavisine yaklaşımda bilinen en büyük çalışmalardan biri olan Multimodal Tedavi Çalışmasında (MTA 1999) 7-10 yaş arası çocuklar uzun dönem takip edilmiş ve çeşitli davranışçı yaklaşımların etkinliği değerlendirilmiştir. En etkin tedavi sıkı stimulan protokolünün davranışçı girişimlerle birlikte uygulandığı kombinasyon tedavisi grubunda sağlanmıştır. Bu gruptaki belirgin düzelmenin sadece DEHB çekirdek semptomları ile sınırlı olmadığı; ayrıca karşıt olma, agresif davranışlar, içe atım semptomları, sosyal beceriler, ebeveyn çocuk ilişkisi ve okuma başarısı alanlarını da kapsadığı bildirilmiştir (127, 180, 218). Anstel ve arkadaşlarının 2012 yılında DEHB tanısı olan ve ilaç tedavisi (stimülan) tedavisi alan ergenlere 13 haftalık BDT uygulayarak yapmış oldukları çalışmada dikkat eksikliği alt ölçeklerinde anlamlı azalma saptanmıştır (141).

DEHB tedavisinde ilaç dışı tedaviler açısından bir diğer etkin yöntem okula yönelik girişimleridir. (4) Okul merkezli girişimlerin, akademik motivasyonu artırmaya dönük girişimler ile sorun bazlı yaklaşım stratejilerinin ele alındığı bilişsel-davranışcı girişimlere oranla DEHB belirtilerine olumlu etkisinin daha güçlü olduğu bildirilmiştir (219). Bir gözden geçirme, DEHB belirtilerini ele alan 50'nin üzerinde okul bazlı müdahale çalışmasını incelemiştir. Öğretmen geri bildirimleri ve bazı nörobilişsel işlev değerlendirme yöntemleri kullanılarak incelenen bu müdahalelerin dikkat eksikliği, hiperaktivite ve impulsivitede yararlı etkilerinin olduğu bildirilmiştir (142). Başka bir çalışmada okul bazlı müdahalelerin faydalı olduğu bu DEHB'li grubun derse uyum ve katılımlarınında daha iyi olduğu bildirilmiştir (220).

Ebeveynlik uygulamalarına bakıldığı zaman özellikle eğitimli uygulayıclar tarafından verilen eğitimin 3-4 yaş gurubundaki çocuklarda dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi çekirdek semptomlarda düzelme sağladığı bildirilmiştir (182). Bir başka çalışmada 44 çocuğun ailelerine uygulanan davranışçı eğitimin çocukların özellikle hiperaktivite semptomlarına olumlu katkısının olduğu gösterilmiştir (221). Salbach ve ark. (2005) nın yaptığı bizim çalışmamıza benzer desenli bir çalışmada DEHB tanısı olan ve stimülan tedavisi alan çocukların anne babalarına 10 haftalık aile eğitim programı uygulanmış ve 10 haftanın sonunda DEHB'nin kor belirtilerinde anlamlı düzeyde gerileme tespit

edilmiştir (222). Medikal tedavi ile kombine olarak ebeveynlere 12 haftalık davranışçı aile eğitimi verilen başka bir çalışmada program sonrasında çocukların DEHB belirtilerinde belirgin gerileme olduğu bildirilmiştir (178).

Parent Plus Programlarında çalışma deseni açısından böyle bir çalışma olmamakla birlikte mevcut çalışmalar DEHB'de etkinliğini destekler niteliktedir. Coughlan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada içerisinde DEHB'li çocuklarında bulunduğu gelişimsel problemleri olan çocukların ebeveynlerine PPCP uygulanmıştır. Program sonrasında 21 ebeveyn ile yapılan nitel görüşmeler sonucunda aileler çocuklarının artık daha az hareketli ve daha sakin olduklarını farkettiğini belirtmişlerdir ve program sonrası bu kazanımlar 5 aylık takip süresince de korunmuştur (191). Yine gelişimsel sorunları olan 16 çocuğun ebeveynlerine uygulananan PPCP sonrasında kontrol grubuna göre olgu grubunda SDQ toplam güçlük ve hiperaktivite alt skorlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (193). PPCP'nin kullanıldığı bir toplum temelli çalışmada ise yine SDQ toplam güçlük, hiperaktivite ve davranış problemleri alt skorlarında anlamlı farklılık sağtanmış olup kazanımlar 6 aylık takipte korunmuştur (146).

Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla ebeveynlik uygulamalarının DEHB'nin rezidüel bulgularına etkisi konusunda ilk çalışmadır. Her ne kadar çalışma sonuçlarının yorumlanmasına yardımcı olacak DEHB li hastalar üzerine yapılmış çalışma bulunmamaktaysa da reziduel bulgular konusunda depresyon ile yapılan çalışmalar özellikle bilişsel davranışçı yöntemlerin bu 'kalan' bulgulara çok ciddi etkisinin olduğunu göstermektedir (223, 224). Öyle ki rezidüel semptomlarla ilgili semptom spesifik tedavi çalışmaları gün geçtikçe artmaktadır (225). Adolesanlarda tedavi sonrası remisyon ve rezidüel semptomlar üzerine yapılmış en büyük çalışmalardan biri olan TADS çalışması adolesan depresyonunda medikal tedavinin davranışçı yöntemler ile kombinasyonunun tedavide daha etkin olduğunu bildirmiştir (226). Bu gibi uygulamaların depresyonda rezidüel bulgulara olan katkısı, yine bir davranış temelli uygulama olan PPCP'nin de DEHB bulgularına olan olumlu etkisini destekler niteliktedir.

Daha önce yapılan çalışmalar çoğunlukla ilaç tedavileri ile çeşitli davranışçı müdahalelerin birlikte uygulanmasına odaklananan 'deneysel, günlük pratikte uygulaması zor, yoğun programlardır. Bizim çalışmamızın farkı hekimlerin

günlük pratikteki uygulamaları ve hastaların bu uygulamalar nedeniyle kayıpları baz alınarak kurgulanmış olmasıdır. Medikal tedaviler verilip belli bir faydalanıp elde edildikten sonra veya hekimin zaman azlığı, etkin müdahale seçeneklerinin olmaması gibi nedenlerle çoğu zaman yadsınan bulgular tespit edildikten sonraki kısıma programın etkisini incelemektir. Sonuç bize ilaç faydalanımından sonra tespit edilen bu "kalan bulguların" çok net bir şekilde ebeveynlikle alakalı olabileceğini göstermektedir. DEHB'de prognozu ve tedaviye direnci belirleyen faktörlerden biri olan ebeveynlik becerileri, aslında ebeveynlik programlarının neden diğer çalışmalar gibi mümkün olan en fazla bulguyu azaltmaya yönelik değil de bizim çalışmamız gibi kalan bulguları hedeflemede daha etkili olabileceğini desteklemektedir keza her ailede ebeveynlik becerileri yetersiz olmayabilir ya da ilaç yararlanımı bazı çocuklarda tama yakın olabilir.

Kontrol gurubunda da akran sorunlarının ilk-son hafta değerlendirmesinin anlamlı farklılık göstermesi akran sorunlarının dış faktörlerden etkilenme olasılığının diğer değişkenlere göre farzla olmasından, akran sorunları değerlendirmesinin aileler tarafından genel perspektifte değil de değerlendirme zamanına spesifik yapılmış olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir (227). Ayrıca akran sorunları ile ilgili yapılmış bir derleme DEHB'li çocukların akran problemlerinin DEHB semptomlarından bağımsız olarak daha kronik bir problem olabileceğini, en etkili tedavinin psikostimulanlar olduğunu, medikasyona sosyal beceri eğitimleri gibi davranışsal müdahalelerin eklenmesinin olumlu katkısının olabileceğini fakat ilaç dışı ek yaklaşımların uzun süre devam etmesi gerektiğini bildirmiştir (227, 228).

Kontrol gurubunda total güçlük skorunun ilk-son ölçüm arası anlamlı olması sadece ilaç tedavisi alan bu grupta ilacın uzun dönem etkisini belirten bir veri olarak düşünülebilir (229). Ayrıca PPCP'nin rezidüel güçlüklere olan etkisini değerlendirdiğimiz bu çalışmada son ölçümlerde olgu ve kontrol grubu arasında toplam güçlük skorları arasında anlamlı farklılık tespit edilmesi "ilaç tedavisi ile anlamlı ölçüde düzelen fakat hala devam eden güçlüklere PPCP'nin etkisini" kanıtlamaktadır.

Olgu grubunda psikosomatik alan skorunda düşme olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı boyuta gelmemiştir.

Bilimsel yazında ebeveynlik programlarının psikiyatrik bulgular üzerine etkisi konusundaki araştırmalar büyük ölçüde ‘semptom ‘ odaklıdır. Yani semptom düzeyinde azalma ile ilgili çalışmalara kıyasla bulguların günlük hayata yansıması ile veriler yeterli değildir. Oysa bu çalışmanın sonuçları PPCP’nin DEHB’li çocuklardaki genel işlevsellik üzerine de olumlu etkisini göstermektedir. Çalışmamızda olgu grubunun kendi içinde program öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda ve yine program sonrası kontrol grubuyla karşılaştırıldığında CGAS(işlevsellik) puanlarında anlamlı bir artış olduğu görülmüştür.

İşlevsellik üzerine yapılan çalışmalar daha çok etkin ve uzun süreli tedavi almanın önemi üzerine odaklanmıştır. MTA çalışmasın sonuçları ilaç tedavisi ve eşlik eden bozukluğu olanlarda bütünleyici tedavi almama veya tedaviye geç başlamasının DEHB’nin gidişini olumsuz etkileyen özellikler arasında yer aldığını göstermiştir. Ayrıca ülkemizde yapılan 120 olgunun 18 ay süreyle izlendiği bir çalışmada, altı yıl sonra bu olgular tekrar değerlendirmeye alınarak önerilen tedaviye devam edip etmedikleri sorgulanmıştır. Çalışmada yer alan olgular tedavi sürelerine göre 15 aydan az, 15-45 ay arası ve 45 aydan uzun süre düzenli tedavi görenler olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Çalışmanın sonucunda etkin tedavi görenlerin akademik ve sosyal işlevselliklerinin daha iyi olduğu bulunmuştur (230). Ayrıca özellikle mindfulness-temelli müdahalelerin medikal tedaviden bağımsız olarak DEHB’li ergenlerde genel işlevsellik üzerine olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir (231).

Çocukların genel işlevsellik ve ebeveynlik becerileri arasındaki ilişkiyi ele alan Pressman ve ark. DEHB tanısı konmuş çocukların işlevselliğini etkileyen en büyük etkenlerden birinin ebeveynlik becerileri olduğunu belirtmiş (232) Bu bağlamda yapılan çalışmalarda ebeveynlik programlarının çocukların genel işlevselliği üzerine etkisi gösterilmiştir (233). Yine davranış temelli bir ebeveynlik programı olan Triple-P ile yapılan bir çalışma, uygulanan bu programın çocukların işlevselliği üzerine olumlu etkilerini desteklemiştir (234). Yapılan bir metaanalizde ebeveyn programlarını da kapsayan davranışçı müdahalelerin sosyal becerileri artırarak çocukların işlevselliğine katkıda bulunduğunu belirtmiştir (177, 179). Ebeveynlik programlarının DEHB’li çocukların sosyal işlevselliğine katkısının akademik işlevselliğe olan katkılarından daha fazla olduğu (235), fakat

her halukarda çocukların hastalık semptomlarından bağımsız çeşitli beceriler kazanmasına dolaylı yoldan yardımcı olarak şekilde bu programların çocukların genel işlevselliğine olumlu katkısının olduğu belirtilmiştir (123, 177, 236).

Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde DEHB tanısı olan çocuklarla yapılmış çalışmalarda PPCP'nin uygulanıp işlevsellik üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmaların olmadığı dikkati çekmektedir. Fakat PP ile ilgili yapılan çalışmalarda genel işlevselliğin program sonrası daha iyi olduğuna dair farklı çeşitli nitel değerlendirmeler (ebeveyn görüşleri) bulunmaktadır (184, 191, 193). Sonuç olarak çalışmamız, PPCP'nin DEHB'li çocuklarda sadece belirti düzeyinde değil, çocukların genel işlevselliği üzerinede katkılarının olduğunu göstermektedir.

Çalışmamız ilaç tedavisine kısmi yanıt veren DEHB'li çocukların ailelerine uygulanan PPCP'nin aile işlevi ve ebeveyn stresi üzerine etkin bir program olduğunu göstermiştir. Aile değerlendirme ölçeği ve ebeveyn stres ölçeğinde tüm alanlarda program öncesi ve sonrası arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kontrol grubunda ebeveyn stres ölçeğinin toplam skor, ebeveyn alan skoru ve bağlanma; aile değerlendirme ölçeğinin ise iletişim alt alanının ilk ve son ölçümünün anlamlı farklı olması olgu grubuyla uygulama süreleri eşlenmesi için hekimin kontrol grubuna da haftalık izlem yaparak önerilerde bulunmasının bir sonucu olarak yorumlanabilir. Fakat son hafta olgu ve kontrol grubu arasında tüm alt alanların istatistiksel olarak anlamlı olması hekimin sık izlem yapması durumunda bile PPCP'nin aile işlevi ve ebeveyn stresi üzerine etkisine ulaşamadığını göstermektedir.

DEHB tedavisi konusunda yapılan çalışmaların çoğunda yanıtı değerlendirirken genellikle hastalık bulgularında düzelme ve işlevsellikte değişime bakılmakta, tedavinin ebeveyn stresi ve aile işlevselliği üzerine olan etkisi önemli olmakla birlikte diğer alanlar gibi önemsenmemekte, hatta gözmezden gelinebilmektedir (237-239). DEHB'li çocukların aileleri üzerindeki artmış taleplerin ebeveyn stresini artırdığı ve aile işlevselliğinde bozulmaya yol açtığı, bu durumların aslında ebeveyn çocuk arasında çatışmaya neden olarak hem anne babanın öz-yeterliliğini azalttığı hem de çocukta hastalığın şiddetini artırdığı ve tedavi uyumunu etkilediği gösterilmiştir (240-242).

Bu alandaki çalışmalar ilaç tedavisi ve davranış bazlı yöntemlerin ebeveyn-çocuk çatışması üzerine olan etkilerini araştırmaya yönelmiştir. Bunlardan ilki medikal tedavi olup DEHB'de ilaç tedavisinin ebeveyn çocuk ilişkisini geliştirdiği gösterilmiştir. Örneğin Barkley ve Cunningham (1979) hiperaktif çocuklarda ilaç kullanımının etkilerini araştırdığı tek kör plasebo kontrollü bir çalışmada çocukların daha uyumlu olduğunu ve annelerin bu uyuma daha pozitif bir cevap verdiğini göstermişlerdir (238). Bir başka çalışma, psikostimulan kullanan DEHB'li olguların annelerinin plasebo grubuna göre çocukları ile daha sıcak bir ilişki geliştirdiklerini ve çocuklarını daha az eleştirdiklerini tespit etmiştir. Fakat baba-çocuk çatışması incelendiğinde plasebo ile anlamlı farklılık saptanmamıştır. (243).

Klinik çalışmalarda medikasyon dışında ebeveyn-çocuk çatışmasını en aza indirgemek için değişik stratejilerde denenmiştir. Bu yaklaşımlardan biri olan Ebeveyn-çocuk ilişki terapisi üzerine yapılan çalışmalar bu terapinin özellikle DEHB'li çocuklarda ebeveyn-çocuk ilişkisini olumlu etkilediğine ve ebeveynin davranışlarını kontrol edebilme becerilerine katkıda bulunduğunu göstermiştir. (244). Yine son yıllarda etkinliği üzerine metaanalizlerin yayınlandığı bir tedavi yöntemi olan oyun terapisinin DEHB tanılı çocuklarda ebeveyn stresini azaltmada ve aile işlevini artırmada etkin yöntemlerden biri olabileceği gösterilmiştir (245, 246).

Yakın zamanda yapılan bir gözden geçirme davranış temelli ebeveyn programlarının çocukların sorun davranışlarını ve ebeveyn-çocuk çatışmasını azalttığını belirtmiştir (247). Örneğin DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerde yapılan Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı çalışmalarında aileler farklı ölçeklerle değerlendirilmiş ve ailelerin işlevsel olmayan tutumlarında azalma ve ailelerinin birbiriyle iletişiminde artış bulunmuştur (234, 248). Incredible Years ile yapılan bir çalışmada, sorun davranışı olan çocukların annelerine yönelik 12 haftalık uygulama sonunda annelerin stres düzeylerinde anlamlı azalma tespit edilmiştir (249).

Parents Plus çalışmalarında ailenin işlevsel olmayan tutumlarında azalma, birbirleri ile iletişiminde artış ve ebeveyn stresinde azalma gösterilmiş olup bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Coughlan ve ark. gelişimsel problemleri olan çocukların ebeveynlerine uyguladıkları 9 hafta PPCP sonrası ebeveynlerin

çocukları ile iletişimlerinin arttığını gözlemiştir. Ayrıca ebeveynler programın sağladığı en yararlı becerinin çocuklarını anlama, onlara uyum sağlama olduğunu belirtmiş olup bunun kendi stres düzeylerini azalttığından bahsetmişlerdir (191). Ayrıca bu kazanımlar 5 aylık takip süresince korunmuştur. Otizm, konuşma gecikmesi ve anlıksal yetiyitimi tanılı çocukların ailelerine PPCP uygulanan bir başka çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde PSI kullanılmış ve olgu grubunda ebeveyn stresinde ve anne baba memnuniyetinde anlamlı derecede iyileşme gözlenmiştir (193). Sharry ve ark. (2005) DEHB tanılı çocuklarında olduğu gelişimsel problemleri olan 24 hastanın ebeveynlerine uyguladığı PPEY programının sonunda ebeveyn stresinde anlamlı derecede iyileşme tespit etmiştir (184). Bu çalışmada ebeveynler, PP programı ile çocuklarının davranışları ile başa çıkabilme becerilerini ve onlarla olan iletişimini geliştirdiklerini ifade etmiştir. Ayrıca olumlu ebeveynlik stratejileri sayesinde ebeveyn-çocuk çatışmasının azaldığını belirtmişlerdir (184). Behan ve ark. (2001) 3-12 yaş arası DEHB, KOKGB ve DB tanılı çocuklara uyguladıkları 8 haftalık PP uygulaması sonunda kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek CBCL anksiyete ve depresyon puanları, PSI'da daha fazla ebeveyn stresi ve MSPSS'de (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) daha az aile içi sosyal destek tespit etmişlerdir (250).

Buradan hareketle, çalışmamızda PPCP programı ile DEHB'li çocukların belirti düzeyinde azalma ve işlevselliklerinde artış dışında;

-Anne-baba çocuk iletişiminin düzelmesi ve çatışmanın azalması,

-Anne babaların ebeveynlik becerileri konusunda kendilerini daha yeterli ve güçlü hissetmeleri, böylece stres düzeylerinin azalmasına bağlı global bir düzelme sağlandığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda geniş aile tipinde olan, aile geliri orta ve üstü olan, anne eğitim yılı ortalamanın üstünde olan, aile içi sorunları yok/her evdeki kadar olan aileler ve arkadaş ilişkisi iyi/yeterli sayıda olan çocuklarda PPCP faydalanımı daha yüksek bulunmuştur. Parents Plus Programlarından kimin faydalanacağı konusunda henüz bir veri yoktur. Dolayısıyla bizim çalışmamız bu konuda veri sağlayan ilk çalışmadır.

Hangi ailenin veya çocuğun davranış temelli bu programlardan faydalanacağı üzerine yapılan çalışmalar henüz yeterli değildir. Fakat mevcut çalışmaların sonuçlarına göre düşük gelir, evlilik ile ilgili sorunlar, düşük eğitim düzeyi, ebeveynlerde psikopatoloji, gibi problemler tedaviden faydalanımı etkileyen faktörler arasında sayılabilmekte; bu bağlamda kimin faydalanacağı konusundaki verilerimizi desteklemektedir (251). Başka bir çalışmada ise ailede depresyon, ebeveyn stresi ve sosyoekonomik durum faydalanımı etkileyen değişkenler arasında gösterilmemiştir (252). Dolayısıyla bu konuda daha büyük örneklem ile daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca ebeveynlik programlarının hedeflerine göre de faydalanımı etkileyen faktörlerin değişebileceği unutulmamalıdır. Örneğin evlilik ile ilgili sorunların faydalanımı etkileyen bir faktör olmasına karşın özellikle tarz sorunlarını çözmeye odaklı ebeveynlik programlarıda bulunmaktadır. Parent Enhancement Therapy (253) ve Helping the Noncompliant Child (254, 255) hem evlilik problemlerini hem de çocukla iletişim becerilerini hedefleyen programlardan birkaçıdır. Bu nedenle faydalanımı sağlayan değişkenler konusunda genel bir kanıya varmak yerine programa spesifik çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları öncelikle örneklem sayısının az olmasıdır. Bu durum bize bulguların genellenebilirliği konusunda kısıtlılık oluşturan nedenlerden biridir. Bir diğer kısıtlılığımız veri toplamada kullanılan ölçme yöntemimizdir. Ailelerden ölçek kullanarak bilgi almamız verilerin güvenilirliğinde daha niceliksel çalışmalara göre kısıtlılık oluşturabilir. Bu konuda yapılmış çalışmaların henüz yeterli olmamasıda çalışmayı planlarken bize kısıtlılık oluşturan nedenlerden olmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız DEHB'li gruba spesifik olması, ilaca yanıt alınan olgularda rezidüel semptomları hedef alması, tek kör randomize kontrollü olmasıyla bu alanda yapılmış ilk klinik çalışmadır. Ayrıca Parent's Plus Programlarının farklı kültürlerde uygulanabilirliğini destekleyen ilk çalışma olmasıyla da dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda DEHB sıklığı da göz önüne alındığında günlük pratik içerisinde uygulanması çok zor ve pahalı olan 'başlangıçta ilaç ve davranışsal müdahalelerin birlikte uygulanması yerine ilaçtan belirli bir düzeyde faydalanan hastalara ikincil uygulama ekleyerek sonuç alınması klinisyenlere direk olarak pratikte uygulayabilecekleri bir yaklaşım kazandırabilir. Çoğu zaman göz ardı edilen ve tedavi edilmiş kabul edilen bu çocukların subkronik yaşam kayıplarının ,kanıksanmış çaresizliklerinin ve ailelerinin yaşam boyu devam eden streslerinin sadece hekim uygulamasına bağlı olmayan ve yardımcı personelle de uygulanabilecek; grup temelli olması nedeniyle zaman tasarrufu sağlayan; muadil diğer uygulmalara kıyasla ekonomik bir yöntem olan PPCP uygulaması ile azaltılabileceği söylenebilir.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda Parents Plus Children's Programının ülke çapında farklı bölgelerde klinik ve toplum temelli ortamlarda uygulanarak yaygınlaştırılması, yine ülkemizde mevcut uygulanan diğer programların sonuçları ile karşılaştırıldığı araştırmaların yapılması, ilaç tedavisi alan DEHB tanısı olan daha geniş popülasyonlarda uygulanması ve etkinliğinin araştırılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA. 1998;279(14):1100-7.
2. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry. 2007.
3. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics. 2012;9(3):490-9.
4. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(7):894-921.
5. Kottman T, Robert R, Baker D. Parental perspectives on attention-deficit/hyperactivity disorder: How school counselors can help. The School Counselor. 1995;43(2):142-50.
6. Sharry J, Fitzpatrick C. Parents Plus Programme: A practical and positive video-based course for managing and solving discipline problems in children. Manual and videos Dublin: Mater Hospital. 1998.
7. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
8. Taylor E, Sandberg S, Thorley G. The epidemiology of childhood hyperactivity: Oxford University Press, USA; 1991.
9. Hoffman H. The story of fidgety Philip. Slovenly Peter or cheerful stories and funny pictures. 1844.
10. Still GF. The Goulstonian Lectures. Some abnormal psychical conditions in children. 1902:1008-12.
11. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II: American Psychiatric Association; 1968.
12. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; revised (DSM-III-R). Washington DG. 1987.
13. APA IV D. diagnostic and statistical manual of mental disorders American Psychiatric Association. Washington, DC. 1994.
14. Dsm-Iv-tr A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
15. Biederman J, Monuteaux M, Kendrick E, Klein K, Faraone S. The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. Arch Dis Child. 2005;90(10):1010-5.
16. Association AP. APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1996;4.
17. Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF, Solanto MV, Rohde LA, Tannock R, et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. J Abnorm Psychol. 2012;121(4):991.
18. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. Eur J Pediatr. 2007;166(2):117-23.

19. Aktepe E, editor Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanisi Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanilar ve Sosyodemografik Özellikleŕ. Yeni Symposium; 2011.
20. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. Child and adolescent psychiatry and mental health. 2013;7(1):30.
21. Pliszka SR. Non-stimulant treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Cns Spectrums. 2003;8(4):253-8.
22. Faraone SV, Biederman J, Spencer TJ, Aleardi M. Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. Medscape General Medicine. 2006;8(4):4.
23. Biederamn J, Faraone SV, Mick E, Spencer T. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. The American journal of psychiatry. 1995;152(3):431.
24. Waldman ID, Rowe D, Abramowitz A, Kozel S, Mohr J, Sherman S, et al. Association and linkage of the dopamine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder in children: heterogeneity owing to diagnostic subtype and severity. The American Journal of Human Genetics. 1998;63(6):1767-76.
25. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(11):1432-7.
26. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2005;57(11):1313-23.
27. Guan L, Wang B, Chen Y, Yang L, Li J, Qian Q, et al. A high-density single-nucleotide polymorphism screen of 23 candidate genes in attention deficit hyperactivity disorder: suggesting multiple susceptibility genes among Chinese Han population. Mol Psychiatry. 2009;14(5):546.
28. Zayats T, Athanasiu L, Sonderby I, Djurovic S, Westlye LT, Tamnes CK, et al. Genome-wide analysis of attention deficit hyperactivity disorder in Norway. PLoS One. 2015;10(4):e0122501.
29. Comings DE, Chen TJ, Blum K, Mengucci JF, Blum SH, Meshkin B. Neurogenetic interactions and aberrant behavioral co-morbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): dispelling myths. Theoretical Biology and Medical Modelling. 2005;2(1):50.
30. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. Am J Psychiatry. 2012;169(10):1038-55.
31. Pliszka SR. The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2005;57(11):1385-90.
32. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. Biol Psychiatry. 2005;57(11):1273-84.
33. Arnsten AF, Rubia K. Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51(4):356-67.

34. Konrad K, Gauggel S, Schurek J. Catecholamine functioning in children with traumatic brain injuries and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Cognitive Brain Research. 2003;16(3):425-33.
35. Moore CM, Biederman J, Wozniak J, Mick E, Aleardi M, Wardrop M, et al. Differences in brain chemistry in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder with and without comorbid bipolar disorder: a proton magnetic resonance spectroscopy study. Am J Psychiatry. 2006;163(2):316-8.
36. MacMaster FP, Carrey N, Sparkes S, Kusumakar V. Proton spectroscopy in medication-free pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2003;53(2):184-7.
37. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. Nature Reviews Neuroscience. 2002;3(8):617.
38. Greven CU, Bralten J, Mennes M, O'Dwyer L, van Hulzen KJ, Rommelse N, et al. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. JAMA psychiatry. 2015;72(5):490-9.
39. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard R, Renshaw P, Kennedy D, Biederman J. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. Neurology. 1997;48(3):589-601.
40. Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D. Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. Am J Psychiatry. 2011;168(11):1154-63.
41. Gillberg C. ADHD and its many associated problems: Oxford University Press; 2014.
42. van Ewijk H, Heslenfeld DJ, Zwiers MP, Buitelaar JK, Oosterlaan J. Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2012;36(4):1093-106.
43. Hart H, Radua J, Nakao T, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. JAMA psychiatry. 2013;70(2):185-98.
44. Richer LP, Shevell MI, Rosenblatt BR. Epileptiform abnormalities in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. Pediatr Neurol. 2002;26(2):125-9.
45. Dunn D. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Problems and Epilepsy'Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment Ed: Ettinger AE, Kanner AM. Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
46. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Biol Psychiatry. 2005;57(11):1336-46.
47. Türkbay T, Söhmen T. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Psikiyatri Dünyası. 2000;4(2):57-63.
48. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand K. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. JAMA. 2002;288(6):728-37.

49. Szatmari P, Saigal S, Rosenbaum P, Campbell D, King S. Psychiatric disorders at five years among children with birthweights< 1OOOg: A regional perspective. Dev Med Child Neurol. 1990;32(11):954-62.
50. Gurevitz M, Geva R, Varon M, Leitner Y. Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. Journal of Attention Disorders. 2014;18(1):14-22.
51. Galéra C, Côté SM, Bouvard MP, Pingault J-B, Melchior M, Michel G, et al. Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(12):1267-75.
52. McLaughlin KA, Sheridan MA, Winter W, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA. Widespread reductions in cortical thickness following severe early-life deprivation: a neurodevelopmental pathway to attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2014;76(8):629-38.
53. Schlotz W, Jones A, Phillips DI, Gale CR, Robinson SM, Godfrey KM. Lower maternal folate status in early pregnancy is associated with childhood hyperactivity and peer problems in offspring. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2010;51(5):594-602.
54. Froehlich TE, Anixt JS, Loe IM, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman RC. Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. Current psychiatry reports. 2011;13(5):333.
55. Boris M, Mandel FS. Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. Ann Allergy. 1994;72(5):462-7.
56. Kanarek RB. Does sucrose or aspartame cause hyperactivity in children? Nutr Rev. 1994;52(5):173-5.
57. Minder B, Das-Smaal EA, JM Brand EF, Orlebeke JF. Exposure to lead and specific attentional problems in schoolchildren. J Learn Disabil. 1994;27(6):393-9.
58. Wolraich ML, Lindgren SD, Stumbo PJ, Stegink LD, Appelbaum MI, Kiritsy MC. Effects of diets high in sucrose or aspartame on the behavior and cognitive performance of children. N Engl J Med. 1994;330(5):301-7.
59. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Gendaş Kültür; 2005.
60. Conners CK. Conners' rating scales revised: Multi-Health Systems, Incorporated; 2001.
61. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (Yayınlanmamış ölçek). Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada. 1995.
62. Hiperaktivite YTADE. Bozukluğu tanısı alan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. Basılmamış Uzmanlık Tezi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Adana. 2003.
63. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(2):241-9.
64. Montiel-Nava C, Peña J, López M, Salas M, Zurga J, Montiel-Barbero I, et al. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. Rev Neurol. 2002;35(11):1019-24.
65. Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley SL, McGOUGH JJ, et al. ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and

adolescent symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(12):1605-13.
66. Montiel C, Peña JA, Montiel-Barbero I, Polanczyk G. Prevalence rates of attention deficit/hyperactivity disorder in a school sample of Venezuelan children. Child Psychiatry Hum Dev. 2008;39(3):311-22.
67. Smalley SL, McGOUGH JJ, Moilanen IK, Loo SK, Taanila A, Ebeling H, et al. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(12):1575-83.
68. Işık E, YI T. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2009;1:28-34.
69. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(8):966-75.
70. Gordon M, Antshel K, Faraone S, Barkley R, Lewandowski L, Hudziak JJ, et al. Symptoms versus impairment: the case for respecting DSM-IV's Criterion D. Journal of Attention Disorders. 2006;9(3):465-75.
71. Cohen R. The neuropsychology of attention Plenum Press New York Google Scholar. 1993.
72. Öner Ö, Soykan-Aysev A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İçinde: Aysev AS, Taner YI (Editörler) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2007;1:397-421.
73. DOĞAN S. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Özellikleri ve Tanı Ölçütleri. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics. 2012;5(1):29-34.
74. Taner Y, Kaya A, Bakar EE. Incidence of attention deficit hyperactivity disorder in children with musculoskeletal traumas. Türkiye'de Psikiyatri. 2007;9:146-9.
75. Tuğlu C, Abay E. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunu öykü, tanı ve ruhsal durum bakımından gözden geçirilmesi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1997;5(1):19-28.
76. Perwien AR, Faries DE, Kratochvil CJ, Sumner CR, Kelsey DK, Allen AJ. Improvement in health-related quality of life in children with ADHD: an analysis of placebo controlled studies of atomoxetine. J Dev Behav Pediatr. 2004;25(4):264-71.
77. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. Pediatrics. 2005;116(3):e364-e9.
78. Perwien AR, Kratochvil CJ, Faries DE, Vaughan BS, Spencer T, Brown RT. Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: what are the long-term health-related quality-of-life outcomes? J Child Adolesc Psychopharmacol. 2006;16(6):713-24.
79. Klimkeit E, Graham C, Lee P, Morling M, Russo D, Tonge B. Children should be seen and heard: self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD. Journal of Attention Disorders. 2006;10(2):181-91.

80. Schreyer I, Hampel P. ADHD among boys in childhood: quality of life and parenting behavior. Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2009;37(1):69-75.
81. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Rev. 2001;4(3):183-207.
82. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child. 2005;90(suppl 1):i2-i7.
83. Coghill D, Spiel G, Baldursson G, Döpfner M, Lorenzo MJ, Ralston SJ, et al. Which factors impact on clinician-rated impairment in children with ADHD? Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006;15(1):i30-i7.
84. Becker A, Steinhausen H-C, Baldursson G, Dalsgaard S, Lorenzo MJ, Ralston SJ, et al. Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006;15(1):i56-i62.
85. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment: Guilford Publications; 2014.
86. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(5):530-7.
87. Hechtman L, Weiss G, Perlman T. Hyperactives as young adults: self-esteem and social skills. The Canadian Journal of Psychiatry. 1980;25(6):478-83.
88. Alston CY, Romney DM. A comparison of medicated and nonmedicated attention-deficit disordered hyperactive boys. Acta Paedopsychiatr. 1992;55(2):65-70.
89. Edbom T, Lichtenstein P, Granlund M, Larsson JO. Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. Acta Paediatr. 2006;95(6):650-7.
90. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image: Princeton university press; 2015.
91. Tafarodi RW, Swann Jr WB. Self-linking and self-competence as dimensions of global self-esteem: initial validation of a measure. J Pers Assess. 1995;65(2):322-42.
92. Tafarodi RW, Swann Jr WB. Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. Pers Individ Dif. 2001;31(5):653-73.
93. Roy M-A, Neale MC, Kendler KS. The genetic epidemiology of self-esteem. The British Journal of Psychiatry. 1995;166(6):813-20.
94. Raevuori A, Dick DM, Keski-Rahkonen A, Pulkkinen L, Rose RJ, Rissanen A, et al. Genetic and environmental factors affecting self-esteem from age 14 to 17: a longitudinal study of Finnish twins. Psychol Med. 2007;37(11):1625-33.
95. Şenol S, İşeri E, Koçkar Aİ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: HYB Yayıncılık; 2006.
96. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. J Adolesc Health. 2010;46(3):209-17.

97. Carlson EA, Jacobvitz D, Sroufe LA. A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. Child Dev. 1995;66(1):37-54.
98. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(5):508-15.
99. Network NECCR. Predicting individual differences in attention, memory, and planning in first graders from experiences at home, child care, and school. Dev Psychol. 2005;41(1):99.
100. Schroeder VM, Kelley ML. Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. Journal of child and family studies. 2009;18(2):227-35.
101. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. J Clin Psychol. 2001;57(4):571-85.
102. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. The Journal of Clinical Psychiatry. 2002.
103. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2010;19(2):83-105.
104. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(7):894-921.
105. Geller DA, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lefkowitz TR. Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(12):1637-46.
106. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. J Pediatr Psychol. 2007;32(6):631-42.
107. Swain JE, Scahill L, Lombroso PJ, King RA, Leckman JF. Tourette syndrome and tic disorders: a decade of progress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(8):947-68.
108. Szobot CM, Rohde LA, Bukstein O, Molina BS, Martins C, Ruaro P, et al. Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case–control study. Addiction. 2007;102(7):1122-30.
109. Biederman J. Pediatric bipolar disorder coming of age. Elsevier; 2003.
110. Diler RS, Uguz S, Seydaoglu G, Erol N, Avci A. Differentiating bipolar disorder in Turkish prepubertal children with attention-deficit hyperactivity disorder. Bipolar Disorders. 2007;9(3):243-51.
111. Matza LS, Paramore C, Prasad M. A review of the economic burden of ADHD. Cost effectiveness and resource allocation. 2005;3(1):5.
112. Birnbaum HG, Kessler RC, Lowe SW, Secnik K, Greenberg PE, Leong SA, et al. Costs of attention deficit–hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000. Curr Med Res Opin. 2005;21(2):195-205.
113. Swensen AR, Birnbaum HG, Secnik K, Marynchenko M, Greenberg P, Claxton A. Attention-deficit/hyperactivity disorder: increased costs for patients and their families. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(12):1415-23.

114. Kooij JS, Huss M, Asherson P, Akehurst R, Beusterien K, French A, et al. Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. Journal of attention disorders. 2012;16(5_suppl):3S-19S.
115. Taylor E. National institute for health and clinical excellence (NICE) attention deficit hyperactivity disorder—diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE Clinical Guidelines. 2008;72.
116. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder–first upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004;13(1):i7-i30.
117. Ercan E, Avcı A, Mukaddes N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu klinik uygulama kılavuzu, Türkiye-2008. Janssen-Cilag a Division of Johnson and Johnson. 2008.
118. Nutt D, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, et al. Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology. 2007;21(1):10-41.
119. Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J, Lanphear B, Stefanatos GA, Volkow N, et al. Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. Neuropsychol Rev. 2007;17(1):39-59.
120. Biederman J, Spencer TJ. Psychopharmacological interventions. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2008;17(2):439-58.
121. Adler LA. Non-stimulant trials of adult ADHD. CNS spectrums. 2007;12(S6):11-3.
122. Hazell PL, Kohn MR, Dickson R, Walton RJ, Granger RE, van Wyk GW. Core ADHD symptom improvement with atomoxetine versus methylphenidate: a direct comparison meta-analysis. Journal of attention disorders. 2011;15(8):674-83.
123. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Cortese S, Danckaerts M, Doepfner M, et al. Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017.
124. ERCAN ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Prognoz ve Öngörücü Faktörler. Turkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics. 2015;1(1):96-8.
125. Turgay A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yaşam boyu değişim. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü, A Soykan Aysev (Ed), Ankara: Ankara Universitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, s sf. 2001:111-32.
126. Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J, Madhoo M, Kewley G. Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. Journal of attention disorders. 2015:1087054714566076.
127. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(5):484-500.

128. Mannuzza S, Klein RG, Truong NL, Moulton III PD, John L, Roizen ER, Howell KH, et al. Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. Am J Psychiatry. 2008;165(5):604-9.
129. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications: Cambridge university press; 2013.
130. Spadone C, Corruble E. Residual symptoms and recurrence in major depressive disorder. L'Encephale. 2010;36:S108-11.
131. Kirby MJ, Keon W. The Standing Senate Committee on Social Affairs. Science and Technology The Health of Canadians-The Federal Role: Recommendations for Reform. 2006;6.
132. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. Am J Psychiatry. 2006;163(9):1569-76.
133. Toney SD. Identifying and managing depression in women. J Manag Care Pharm. 2007;13(9 Supp A):16-22.
134. Paykel E, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. Psychol Med. 1995;25(6):1171-80.
135. Safren SA, Sprich S, Chulvick S, Otto MW. Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatric Clinics. 2004;27(2):349-60.
136. Adler LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. Postgrad Med. 2010;122(1):184-91.
137. Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. 2008.
138. Zhu JL, Olsen J, Liew Z, Li J, Niclasen J, Obel C. Parental smoking during pregnancy and ADHD in children: the Danish national birth cohort. Pediatrics. 2014;134(2):e382-e8.
139. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(7):802-11.
140. Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. Am J Psychiatry. 2013;170(3):275-89.
141. Antshel KM, Faraone SV, Gordon M. Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. Focus. 2012;10(3):334-45.
142. Richardson M, Moore DA, Gwernan-Jones R, Thompson-Coon J, Ukoumunne O, Rogers M, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. Health technology assessment (Winchester, England). 2015;19(45):1.
143. Shaw DS, Winslow EB. Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. 1997.
144. Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach: Routledge; 2015.
145. Şahin FT, Ünver N. Okulöncesi eğitim programlarına aile katılımı. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2005;13(1):23-30.

146. Carr A, Hartnett D, Brosnan E, Sharry J. Parents Plus Systemic, Solution-Focused Parent Training Programs: Description, Review of the Evidence Base, and Meta-Analysis. Fam Process. 2017;56(3):652-68.
147. Parsons T. An approach to psychological theory in terms of the theory of action1959.
148. Baranović B, Baranović B, Haralambos M, Holborn M, Hargreaves A, Letschert J, et al. Framework Curricula for Primary education. Dinasztia Publishing Company, Budapest. Role of the National Core Curriculum in the regulation of the content of public education. Ministry of Education and Culture, Budapest, http://www. okm. gov. hu/, studeni; 2007.
149. Webster-Stratton C, Webster SC. The incredible years: A trouble-shooting guide for parents of children aged 3-8: Umbrella press Toronto; 1992.
150. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clin Child Fam Psychol Rev. 1999;2(2):71-90.
151. Gardner F, Leijten P, Mann J, Landau S, Harris V, Beecham J, et al. Could scale-up of parenting programmes improve child disruptive behaviour and reduce social inequalities? Using individual participant data meta-analysis to establish for whom programmes are effective and cost-effective. 2017.
152. Ermisch J. Origins of social immobility and inequality: parenting and early child development. National Institute Economic Review. 2008;205(1):62-71.
153. Hoeve M, Dubas JS, Eichelsheim VI, Van Der Laan PH, Smeenk W, Gerris JR. The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. J Abnorm Child Psychol. 2009;37(6):749-75.
154. Farrington DP, Coid JW. Early prevention of adult antisocial behaviour: Cambridge University Press; 2003.
155. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;6(10.1002):14651858.
156. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Donnelly M, Smith SM, et al. Behavioural/cognitive–behavioural group-based parenting interventions for children age 3–12 with early onset conduct problems [Protocol]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;1.
157. Health NCCfM. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management: RCPsych Publications; 2013.
158. Organization WH. Violence prevention: the evidence. 2010.
159. Kumpfer K. Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. 2009.
160. Rossi C. Parent Training Programs: Insight for Practitioners. Centers for Disease Control and Prevention. 2009.
161. Council NR. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities: National Academies Press; 2009.
162. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. Int Rev Psychiatry. 2011;23(4):318-27.

163. Annex B. NO HEALTH WITHOUT MENTAL HEALTH: A cross-Government mental health outcomes strategy for people of all ages Analysis of the Impact on Equality (AIE). 2011.
164. Mooney S. Parent training: A review of Adlerian, parent effectiveness training, and behavioral research. The Family Journal. 1995;3(3):218-30.
165. Gross D, Grady J. Group-based parent training for preventing mental health disorders in children. Issues Ment Health Nurs. 2002;23(4):367-83.
166. Dembo MH, Sweitzer M, Lauritzen P. An evaluation of group parent education: Behavioral, PET, and Adlerian programs. Review of educational research. 1985;55(2):155-200.
167. Goddard HW, Myers-Walls JA, Lee TR. Parenting: Have we arrived? Or do we continue the journey? Family and consumer sciences research journal. 2004;33(1):457-74.
168. Knapp PA, Deluty RH. Relative effectiveness of two behavioral parent training programs. J Clin Child Psychol. 1989;18(4):314-22.
169. Day C, Davis H. Community child mental-health services: a framework for the development of parenting initiatives. Clin Child Psychol Psychiatry. 1999;4(4):475-82.
170. Bayraktar F. Olumlu ergen gelişiminde ebeveyn/akran ilişkilerinin önemi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2007;14(3):2007.
171. Pinsker M, Geoffroy K. A comparison of parent effectiveness training and behavior modification parent training. Family Relations. 1981:61-8.
172. Assenany AE, McIntosh DE. Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. Psychol Sch. 2002;39(2):209-19.
173. Montoya A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. Eur Psychiatry. 2011;26(3):166-75.
174. Corkum P, Rimer P, Schachar R. Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: Impact on enrolment and adherence to a 12-month treatment trial. The Canadian Journal of Psychiatry. 1999;44(10):1043-8.
175. Tarver J, Daley D, Sayal K. Beyond symptom control for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): what can parents do to improve outcomes? Child Care Health Dev. 2015;41(1):1-14.
176. Fabiano GA, Pelham Jr WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev. 2009;29(2):129-40.
177. Van der Oord S, Prins PJ, Oosterlaan J, Emmelkamp PM. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2008;28(5):783-800.
178. Van Den Hoofdakker BJ, Van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(10):1263-71.
179. Daley D, Van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(8):835-47. e5.

180. Owens EB, Hinshaw SP, Kraemer HC, Arnold LE, Abikoff HB, Cantwell DP, et al. Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. J Consult Clin Psychol. 2003;71(3):540.
181. Hautmann C, Hanisch C, Mayer I, Plück J, Döpfner M. Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder–generalization to the real world. J Neural Transm. 2008;115(2):363-70.
182. Lee P-c, Niew W-i, Yang H-j, Chen VC-h, Lin K-c. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. Res Dev Disabil. 2012;33(6):2040-9.
183. Forehand R, Parent J, Sonuga-Barke E, Peisch VD, Long N, Abikoff HB. Which type of parent training works best for preschoolers with comorbid ADHD and ODD? A secondary analysis of a randomized controlled trial comparing generic and specialized programs. J Abnorm Child Psychol. 2016;44(8):1503-13.
184. Sharry J, Guerin S, Griffin C, Drumm M. An evaluation of the Parents Plus Early Years Programme: A video-based early intervention for parents of pre-school children with behavioural and developmental difficulties. Clin Child Psychol Psychiatry. 2005;10(3):319-36.
185. Sharry J, Fitzpatrick C. Parents Plus Children's Programme: A video-based parenting guide to managing behaviour problems and promoting learning in children aged six to eleven. Manual and videos Dublin: Mater Hospital. 2007.
186. Sharry J, Fitzpatrick C. Parents Plus Adolescents Programme: a DVD based parenting course on managing conflict and getting on better with older children and teenagers aged 11–16 years. Parents Plus, Dublin. 2009.
187. Sharry J, Murphy M, Keating A. Parents Plus–Parenting when Separated Programme. Dublin: Parents Plus; 2013.
188. Rickard ED, Brosnan E, O'Laoide A, Wynne C, Keane M, McCormack M, et al. A first-level evaluation of a school-based family programme for adolescent social, emotional and behavioural difficulties. Clin Child Psychol Psychiatry. 2016;21(4):603-17.
189. Anderson H. Postmodern/poststructural/social construction therapies. Handbook of family therapy. 2016:182-204.
190. Bond C, Woods K, Humphrey N, Symes W, Green L. Practitioner review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: A systematic and critical evaluation of the literature from 1990–2010. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2013;54(7):707-23.
191. Coughlin M, Sharry J, Fitzpatrick C, Guerin S, Drumm M. A controlled clinical evaluation of the parents plus children's programme: A video-based programme for parents of children aged 6 to 11 with behavioural and developmental problems. Clin Child Psychol Psychiatry. 2009;14(4):541-58.
192. Kilroy S, Sharry J, Flood C, Guerin S. Parenting training in the community: linking process to outcome. Clin Child Psychol Psychiatry. 2011;16(3):459-73.
193. Hand A, Raghallaigh CN, Cuppage J, Coyle S, Sharry J. A controlled clinical evaluation of the Parents Plus Children's Programme for parents of children aged 6–12 with mild intellectual disability in a school setting. Clin Child Psychol Psychiatry. 2013;18(4):536-55.
194. Sexton TL, Lebow J. Handbook of family therapy: Routledge; 2015.

195. Franklin C, Trepper T, Gingerich W, McCollum E. Solution-focused brief therapy: From practice to evidence-informed practice. New York, NY: Oxford University Press; 2011.
196. Sharry J. Solution-focused groupwork: Sage; 2007.
197. Briesmeister JM, Schaefer CE. Handbook of parent training: helping parents prevent and solve problem behaviors: John Wiley & Sons; 2007.
198. Dattilio FM. Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians: Guilford Press; 2009.
199. Fisher R, Ury W, Patton B. Getting to yes. 2nd. Business Books, London, UK; 1981.
200. Bandura A. Model of causality in social learning theory. Cognition and psychotherapy: Springer; 1985. p. 81-99.
201. ATTENTION-DEFICIT SO. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2011:peds. 2011-654.
202. Araştırması AY. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Erişim http://www tuik gov tr/PreHaberBultenleri do. 2016.
203. Dursun O, Guvenir T, Aras S, Ergin C, Mutlu C, Baydur H, et al. A new diagnostic approach for Turkish speaking populations DAWBA Turkish Version. Epidemiology and psychiatric sciences. 2013;22(3):275-82.
204. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2000;41(5):645-55.
205. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın L. Conners anababa dereceleme ölçeği yenilenmiş uzun formu: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2011;18(1):45-58.
206. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of child psychology and psychiatry. 1997;38(5):581-6.
207. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 1999;40(5):791-9.
208. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ'NİN (GGA) TÜRKÇE UYARLAMASININ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Dergisi (Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health). 2008;15:65-74.
209. Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS)(for children 4 to 16 years of age). Psychopharmacol Bull. 1985;21(4):747-8.
210. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. J Marital Fam Ther. 1983;9(2):171-80.
211. Bulut I. Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Ankara: Özgüzeliş Matbaası. 1990:6-8.
212. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. Clinical Psychology: Science and Practice. 1998;5(3):314-32.

213. Abidin RR, Wilfong E. Parenting stress and its relationship to child health care. Child Health Care. 1989;18(2):114-6.
214. Abidin R. Manual for the parenting stress index. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1995.
215. ÇEKİÇ A, AKBAŞ T, HAMAMCI Z. Anne Baba Stres Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Gaziantep University Journal of Social Sciences. 2015;14(3):647-67.
216. Wechsler D. Manual for the Wechsler intelligence scale for children, revised: Psychological Corporation; 1974.
217. Savaşır I, Şahin N. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği (WISC-R) uygulama kitapçığı. Türk Psikologlar Derneği, Ankara. 1995.
218. Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA, Hoza B, Abikoff HB, Abramowitz A, et al. Psychosocial treatment strategies in the MTA study: Rationale, methods, and critical issues in design and implementation. J Abnorm Child Psychol. 2000;28(6):483-505.
219. DuPaul GJ, Eckert TL, Vilardo B. The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis 1996-2010. School Psych Rev. 2012;41(4):387.
220. Abramowitz AJ, O'Leary SG. Behavioral interventions for the classroom: implications for students with ADHD. School Psych Rev. 1991.
221. Dubey DR, O'Leary SG, Kaufman KF. Training parents of hyperactive children in child management: A comparative outcome study. J Abnorm Child Psychol. 1983;11(2):229-45.
222. Salbach H, Lenz K, Huss M, Vogel R, Felsing D, Lehmkuhl U. Treatment effects of parent management training for ADHD. Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2005;33(1):59-68.
223. Fava GA, Grandi S. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. The American journal of psychiatry. 1996;153(7):945.
224. Canestrari R, Morphy MA. Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. Am J Psychiatry. 1994;151:1295-9.
225. Menza M, Marin H, Opper RS. Residual symptoms in depression: can treatment be symptom-specific? The Journal of clinical psychiatry. 2003;64(5):516-23.
226. Kennard B, Silva S, Vitiello B, Curry J, Kratochvil C, Simons A, et al. Remission and residual symptoms after short-term treatment in the Treatment of Adolescents with Depression Study (TADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(12):1404-11.
227. Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. Acad Pediatr. 2007;7(1):101-6.
228. Mrug S, Hoza B, Gerdes AC. Children with Attention-Defecit/Hyperactivity Disorder: Peer Relationships and Peer-Oriented Interventions. New Dir Child Adolesc Dev. 2001;2001(91):51-78.
229. Gillberg C, Melander H, von Knorring A-L, Janols L-O, Thernlund G, Hägglöf B, et al. Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(9):857-64.

230. Ercan ES, Kose S, Kutlu A, Akyol O, Durak S, Aydin C. Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2012;22(2):148-60.
231. Van de Weijer-Bergsma E, Formsma AR, de Bruin EI, Bögels SM. The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. Journal of child and family studies. 2012;21(5):775-87.
232. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCRACKEN JT, et al. Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(3):346-54.
233. Mikami AY, Jack A, Emeh CC, Stephens HF. Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Relationships between parent behaviors and child peer status. J Abnorm Child Psychol. 2010;38(6):721-36.
234. Hoath FE, Sanders MR. A feasibility study of Enhanced Group Triple P—positive parenting program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Behav Change. 2002;19(4):191-206.
235. Pfiffner LJ, McBurnett K. Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. J Consult Clin Psychol. 1997;65(5):749.
236. Evans SW, Langberg JM, Schultz BK, Vaughn A, Altaye M, Marshall SA, et al. Evaluation of a school-based treatment program for young adolescents with ADHD. J Consult Clin Psychol. 2016;84(1):15.
237. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement. 1992;24(1):41.
238. Barkley RA, Cunningham CE. The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. Arch Gen Psychiatry. 1979;36(2):201-8.
239. Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. J Abnorm Child Psychol. 1993;21(5):581-96.
240. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol. 1992;20(5):503-20.
241. Fischer M. Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. J Clin Child Psychol. 1990;19(4):337-46.
242. Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. J Consult Clin Psychol. 1983;51(1):86.
243. Schachar R, Taylor E, Wieselberg M, Thorley G, Rutter M. Changes in family function and relationships in children who respond to methylphenidate. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987;26(5):728-32.
244. Zisser A, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. 2010.

245. Ray DC, Schottelkorb A, Tsai M-H. Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. International Journal of Play Therapy. 2007;16(2):95.
246. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice. 2005;36(4):376.
247. Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. Clin Child Fam Psychol Rev. 2004;7(1):1-27.
248. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. J Abnorm Child Psychol. 2002;30(6):571-87.
249. Lees DG, Ronan KR. Engagement and effectiveness of parent management training (Incredible Years) for solo high-risk mothers: A multiple baseline evaluation. Behav Change. 2008;25(2):109-28.
250. Behan J, Fitzpatrick C, Sharry J, Carr A, Waldron B. Evaluation of the parenting plus programme. The Irish Journal of Psychology. 2001;22(3-4):238-56.
251. Forehand R, Kotchick BA. Behavioral parent training: Current challenges and potential solutions. Journal of Child and Family Studies. 2002;11(4):377-84.
252. Hartman RR, Stage SA, Webster-Stratton C. A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2003;44(3):388-98.
253. Griest DL, Forehand R, Rogers T, Breiner J, Furey W, Williams CA. Effects of parent enhancement therapy on the treatment outcome and generalization of a parent training program. Behav Res Ther. 1982;20(5):429-36.
254. McMahon R, Forehand R. Helping the noncompliant child: A clinician's guide to effective parent training. New York: Guilford. 2003.
255. Forehand RL, McMahon RJ. Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training: Guilford Press New York; 1981.

8. EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Veri Fromu

DEHB SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU- EBEVEYN

1. **İsim Soyisim:** Tarih:
2. Hastanın Cinsiyeti: Erkek ( ) Kız ( )
3. Doğum Tarihi:
4. Hastanın Yaşı:
5. Doğum Yeri:
6. Aile Tipi: Çekirdek Aile ( ) Geniş Aile ( )

Annenin:

7. Yaşı:
8. Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )
9. Mesleği: Ev Hanımı ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer:
10. Tedavi Gördüğü Psikiyatrik Rahatsızlık: Depresyon ( ) Anksiyete ( ) Bipolar Boz ( ) Şizofreni ( ) Diğer:
11. Bedensel Hastalık: Var ( ) Yok ( ) Varsa belirtiniz:
12. Sigara: İçmiyor ( ) Ara sıra içiyor ( ) Alışkanlık düzeyinde içiyor ( )

Babanın:

13. Yaşı:
14. Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )
15. Mesleği: İşsiz ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer:
16. Tedavi Gördüğü Psikiyatrik Rahatsızlık: Depresyon ( ) Anksiyete ( ) Bipolar Boz ( ) Şizofreni ( ) Diğer:
17. Bedensel Hastalık: Var ( ) Yok ( ) Varsa belirtiniz:
18. Sigara: İçmiyor ( ) Ara sıra içiyor ( ) Alışkanlık düzeyinde içiyor ( )
19. Ailede Psikiyatrik Hastalık öyküsü: Var ( ) Yok ( ) Varsa Tanıyı ve Tedaviyi Belirtin:
20. Aile içinde sorunlar yaşanır mı? Hiç ( ) Her evde olduğu kadar ( ) Çok ( )

21. Ailenin toplam geliri: 2000TL ve altı ( ) 2000-5000tl ( ) 5000TL üstü ( )
22. Oturulan yerin özelliği: İl Merkezi ( ) İlçe Merkezi ( ) Kasaba ( ) Köy ( )
23. Gebelik: Planlı ( ) Plansız ( )
24. Gebelik: İstenen ( ) İstenmeyen ( )
25. Hamilelik boyunca tıbbi veya psikiyatrik bir sorun yaşandı mı? Var ( ) Yok ( ) Var ise:
26. Doğum: Normal ( ) Sezaryen ( )

    Doğumda tıbbi sorun yaşandı mı? : Yok, ( ) Erken Doğum ( ) Zor ya da Uzamış Doğum ( )

    Suni Sancı ( ) Makat Gelişi ( ) Kordon dolanması ( ) Diğer:
27. Doğum sonrasında çocuğunuz tıbbi bir sorun yaşadı mı? :Yok, ( ) Sarılık ( ) Morarma ( ) Kaka Yutma ( )

    Kuvöz Bakımı ( ) Düşük doğum ağırlığı ( ) Yeni doğan Enfeksiyonu ( )

    Solunum Yetmezliği ( ) Havale ( ) Diğer:
28. Çocuğun bakımıyla daha çok kim ilgilenir? Anne ( ) Baba ( ) Diğer:
29. Çocuğunuzun arkadaşı ilişkisi nasıldır? İyi, yeterli sayıda var ( ) Pek arkadaşı yok ( )
30. Çocuğunuzun genel okul başarısı nasıldır? Pekiyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Zayıf ( )

Kardeşler:

31. Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı: Yok ( ) Var ( ) Belirtiniz:
32. Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı: Yok ( ) Var ( ) Belirtiniz:
33. Yaşı: Cinsiyeti: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı: Yok ( ) Var ( ) Belirtiniz:

Aynı evde yaşayan diğer bireyler:

34. Yakınlık Derecesi: Eğitim Durumu: Psikiyatrik veya Tıbbi Rahatsızlığı: Yok ( ) Var ( ) Belirtiniz:

Ek-2: Aile Değerlendirme Ölçeği

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür**. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (***Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum***)**

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti **koyunuz.** Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar **veriniz.** Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. **Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.**

CÜMLELER:	**Aynen Katılı-yorum**	**Büyük Ölçüde Katılı-yorum**	**Biraz Katılı-yorum**	**Hiç Katılmı-yorum**
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin)	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.				
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
17.Evde herkes başına buyruktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksak ilgi gösteririz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

duygular ikinci plandadır.				
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

(yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

Ek-3: Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form

YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Çocuğun adı ---------- Cinsiyeti: K E

(daire içine alınız)

Doğum tarihi ----------/----------/---------- Yaşı: Sınıfı:

Ay Gün Yıl

Anne ya da Babanın Adı:---------- Bugünün Tarihi : ------/------/-----

Ay Gün Yıl

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz .Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	**BİRAZ DOĞRU (Bazen)**	**OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)**	**ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)**
1	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6	Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7	Karnı ağrır.	0	1	2	3
8	Kavga eder.	0	1	2	3
9	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
10	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14	İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16	Çabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17	Ağrıları ve sızıları olur .	0	1	2	3

18	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20	Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21	Hiddetlenir.	0	1	2	3
22	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24	Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25	Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez .	0	1	2	3
27	Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karın ağrıları olur.	0	1	2	3
28	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3
29	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
31	Sinirlidir.	0	1	2	3
32	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
33	Yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2	3
34	Her şey, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Başı ağrır.	0	1	2	3
37	Başladığı işi bitiremez.	0	1	2	3
38	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
39	Çok konuşur.	0	1	2	3
40	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
41	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
42	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
43	Pek çok korkuları vardır.	0	1	2	3
44	Mutlaka gerçekleştirdiği kalıpsal davranış biçimleri vardır	0	1	2	3

45	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
46	Hiç bir şeyi yokken hastalıktan yakınır.	0	1	2	3
47	Öfke patlamaları vardır.	0	1	2	3
48	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
49	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
50	Günlük etkinliklerde unutkandır.	0	1	2	3
51	Matematiği kavrayamaz	0	1	2	3
52	Yemekte lokmalar arasında koşturur durur.	0	1	2	3
53	Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.	0	1	2	3
54	Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.	0	1	2	3
55	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
56	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
57	Alıngandır ya da başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
58	Özensiz bir el yazısı vardır.	0	1	2	3
59	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
60	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
61	Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle başkalarını suçlar	0	1	2	3
62	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
63	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
64	Bir başkası ona ait şeyleri yeniden düzenlerse bundan rahatsız olur.	0	1	2	3
65	Anne babasına ya da diğer yetişkinlere yapışır	0	1	2	3
66	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
67	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
68	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
69	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
70	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
71	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
72	Başkalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.	0	1	2	3

73	Çoğu zaman yorgun ya da bitkin görünür	0	1	2	3
74	İmlası zayıftır.	0	1	2	3
75	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
76	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
77	Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir	0	1	2	3
78	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3
79	Dışsal uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
80	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır	0	1	2	3

Ek-4: Ebeveyn Stres Ölçeği- Uzun Form

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sevgili anneler babalar, bu bölümde sizi ve ailenizi tanımak için bazı sorular var. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen durumu işaretleyiniz.

1. ANNE ( ) BABA ( )

2. YAŞINIZ…….

3. EĞİTİM DURUMUZ

İLKOKUL ( ) ORTAOKUL ( ) LİSE ( ) ÜNİVERSİTE ( ) YÜKSEK LİSANS VEYA DOKTORA ( )

4. KAÇ ÇOCUĞUNUZ VAR? 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5 ve Üzeri ( )

5. ÇOCUĞUNUZ KAÇINCI SINIFTA? 1( ) 2( ) 3( ) 4( )

6. AİLENİZİN TOPLAM GELİRİ? 700TL-999TL ( ) 1000TL-1999TL ( ) 2000-2999TL ( ) 3000TL VE ÜZERİ ( )

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Çocuğum bir şey istediği zaman, genellikle onu elde etmek için sürekli uğraşır.					
2.Çocuğum o kadar hareketli ki beni yorar.					
3.Çocuğum düzensiz ve dikkati kolayca dağılır.					
4.Diğer çocuklarla karşılaştırıldığında çocuğum dikkatini toplamada daha fazla güçlük çeker.					
5.Çocuğum genellikle bir oyuncakla 10 dakikadan fazla meşgul olur.					
6.Çocuğum beklediğimdem daha fazla kontrolüm dışına çıkar.					
7.Çocuğum beklediğimden daha hareketlidir.					
8.Çocuğum giyinirken ya da banyo yaparken oldukça fazla hareket eder ve tekme atar.					
9.Çocuğumun dikkatinin kolay dağılır olması benim için bir sorundur.					
10.Çocuğum nadiren beni iyi hissettirecek şeyler yapar.					
11.Çoğu zaman çocuğumun beni sevdiğini ve bana yakın olmak istediğini hissederim.					
12.Çocuğum için bir şeyler yaptığımda çabalarıma yeterince değer verilmediğini hissederim.					
13.Çocuğum bana beklediğimden daha az gülümser.					
14. Bazen, çocuğumun beni sevmediğini ve bana yakın olmak istemediğini hissederim.					
15. Hangi ifade çocuğunuzu en iyi şekilde tanımlar? (Aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.) 1. Hemen hemen her zaman benimle oynamaktan hoşlanır. 2. Bazen benimle oynamaktan hoşlanır. 3. Genellikle benimle oynamaktan hoşlanmaz. 4. Hemen hemen hiç benimle oynamaktan hoşlanmaz.	**1**	**2**	**3**	**4**	
16.Çocuğum ağlar ve gereksiz yere yaygara çıkarır: (Aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.) **1.** Beklediğimden çok daha az. **4.** Beklediğimden çok daha fazla. **2.** Beklediğimden az. **5.** Neredeyse sürekli. **3.** Beklediğim kadar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

17.Çocuğum diğer çocuklardan daha fazla ağlar ve yaygara çıkarır.					
18.Çocuğum çok duygusaldır ve kolaylıkla üzülür.					
19.Çocuğum genellikle kötü bir ruh hali ile uyanır.					
20.Çocuğumun olumlu ve olumsuz duygu değişiklikleri yaşadığını ve kolayca üzüldüğünü hissediyorum.					
21.Çocuğum beklediğimden farklı görünüyor ve bu beni zaman zaman üzüyor.					
22. Bazı alanlarda çocuğum öğrendiklerini unutuyor ve daha küçük çocukların davranışlarına benzer davranışlar sergiliyor.					
23.Çocuğum diğer çocuklar kadar hızlı öğrenemiyor.					
24.Çocuğum diğer çocuklar kadar gülmüyor.					
25. Ortalama bir çocuğa göre çocuğum evdeki planlanmış değişikliklere daha zor alışıyor.					
26.Çocuğum beklediğim kadarını yapamıyor.					
27.Çocuğumun çok fazla sarılmaktan ve dokunulmaktan hoşlanmaması beni rahatsız ediyor.					
28.Çoğu zaman iyi bir anne-baba olma ile ilgili şüphelerim var.					
29. Anne-baba olmak tahmin ettiğimden daha zor.					
30.Çocuğumla ilgilenirken kendimi yeterli hissediyorum.					
31.Çocuğum sürekli bana bağımlıdır.					
32.Çocuğum hoşlanmadığı bir şey olduğu zaman oldukça büyük bir tepki verir.					
33.Çocuğumu bakıcıya ya da başka bir kişiye bırakmak genellikle onun için bir sorundur.					
34.Çocuğum oyun oynarken genelde kıkırdamaz ya da gülmez.					
35.Çocuğum yüksek sesleri ya da parlak ışıkları kolaylıkla fark eder ve bunlara aşırı tepki verir.					
36.Çocuğumun uyku ve yeme düzenini ayarlamak tahmin ettiğimden zor oldu.					
37.Çocuğum genellikle yeni bir oyuncakla oynamaktan bir süre kaçınır.					
38.Çocuğumun yeni şeylere alışması çok zaman alır ve oldukça zor olur.					
39.Çocuğum yabancılarla karşılaştığında rahat görünmez.					
40.Çocuğum üzgün olduğu zaman; (aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz) **1.** Sakinleşmesi kolaydır. **3.** Sakinleşmesi oldukça zordur. **2.** Sakinleşmesi tahmin ettiğimden zordur. **4.** Yaptığım hiçbir şey onu sakinleştirmez.	**1**	**2**	**3**	**4**	

41.Çocuğuma bir şey yaptırmak ya da yaptığı bir şeyi bıraktırmak. (aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz) **1.** Beklediğimden çok daha zordur. **4.** Beklediğimden biraz daha kolaydır. **2.** Beklediğimden biraz daha zordur. **5.** Beklediğimden çok daha kolaydır. **3.** Hemen hemen beklediğim kadar zordur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
42.Çocuğunuzun yaptığı şeylerden sizi rahatsız edenleri dikkatlice düşünün ve sayın. Örneğin oyalanmak,, dinlememek, hareketli olmak, ağlamak, konuşmayı bölmek, kavga etmek, sızlanmak vb. Aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz. **1.** 1-3 **2.** 4-5 **3.** 6-7 **4.** 8-9 **5.** 10+	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
43.Çocuğumun sık sık ağlaması beni rahatsız ediyor.					
44.Çocuğumun yaptığı bazı şeyler beni çok rahatsız ediyor					
45.Çocuğumun beklediğimden daha fazla sağlık sorunu var.					
46.Çocuğum büyüdükçe ve daha bağımsız oldukça kendimi onun incinebileceği ya da bir problemle karşılaşabileceği ile ilgili daha fazla endişeli buluyorum.					
47.Çocuğumun davranışları beklediğimden daha fazla sorunludur.					
48.Çocuğumla ilgilenmek çoğu çocuğa göre daha zordur.					
49.Çocuğumun bazı davranışları beni oldukça rahatsız eder.					
50.Çocuğum benden birçok çocuğun istediğinden daha fazla şey talep eder.					
51. Yardım almadan karar verememem.					
52.Çocuk yetiştirirken beklediğimden daha fazla sorunlarım oldu.					
53.Çocuğunuzun isteklerini ya da ihtiyaçlarını anlamak sizin için ne kadar kolaydır? (aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz) **1.** Çok kolay **4.** Çok zor **2.** Kolay **5.** Ben çoğu zaman problemin ne olduğunu anlayamıyorum. **3.** Biraz zor	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
54.Çocuğuma bir şey yaptırmaya ya da yaptırmamaya çalışırken, bunda çoğu zaman başarılı olduğumu hissederim.					
55.Çocuğumu dünyaya getirdiğimden beri düşündüğüm kadar ona iyi bakamadığımı anladım. Yardıma ihtiyacım var.					
56.Çoğunlukla sorunlarla iyi baş edemediğimi düşünüyorum.					

57. Kendimi bir anne-baba olarak düşündüğüm zaman, inanıyorum ki; (aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz) **1.** Olabilecek her şeyle başa çıkabilirm. **2.** Çoğu şeyle oldukça iyi başa çıkabilirim. **3.** Bazen şüphelerim olsa da çoğu şeyle sorunsuz başa çıkabildiğimi fark ettim. **4.** Bazı şeylerle başa çıkabilme konusunda şüphelerim var. **5.** Bazı şeylerle iyi şekilde başa çıkamadığımı düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
58. Kendinizi bir anne-baba olarak nasıl hissettiğinizi işaretleyiniz. **1.** Çok iyi bir anne-baba gibi hissediyorum. **2.** Ortalama anne-babadan daha iyi hissediyorum. **3.** Ortalama bir anne-baba gibi hissediyorum. **4.** Anne-baba olmada bazı sorunları olan biri gibi hissediyorum. **5.** Çok iyi bir anne-baba olmadığımı hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Hangi okuldan mezun olduğunuzu işaretleyiniz.					
59. Anne **1.** İlkokul **3.** Lise **5.** Yüksek lisans veya doktora **2.** Ortaokul **4.** Üniversite	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
60. Baba **1.** İlkokul **3.** Lise **5.** Yüksek lisans veya doktora **2.** Ortaokul **4.** Üniversite	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
61. Anne-baba olmaktan mutluyum.					
62. Anne-babaların çocuklarına yakın ve sıcak duygular geliştirmeleri uzun zaman alır.					
63.Çocuğuma duyduğum yakın ve sıcak duygulardan daha fazlasına sahip olmak isterdim. Bu durum beni rahatsız ediyor.					
64. Bazen çocuğum kasıtlı olarak beni üzecek şeyler yapar.					
65. Bazen çocuğumla ilgili hissettiklerimden dolayı kendimi suçlu hissediyorum.					
66.Çocuğum ve ben istediğim kadar birbirimize yakın değiliz.					
67.Şu an sahip olduğum çocuk sayısı çok fazla.					
68. Hayatımın çoğu çocuğum için bir şeyler yapmakla geçiyor.					

69.Çocuklarımın ihtiyaçlarını karşılamak için hayatımda beklediğimden çok daha fazla fedakarlık yapıyorum.					
70. Bir anne-baba olarak kendimi sorumluluklarımdan dolayı kısıtlanmış ve mecbur hissediyorum.					
71.Çoğu zaman çocuğumun ihtiyaçlarının hayatımı kontrol ettiğini hissediyorum.					
72. Bu çocuk dünyaya geldiğinden beri yeni ve farklı şeyler yapamıyorum.					
73.Çocuk sahibi olduğumdan beri istediğim şeyleri hiçbir zaman yapamayacağımı düşünüyorum.					
74. Evde kendi kendime kalabileceğim bir yer bulmak zor.					
75. Nasıl bir anne-baba olduğumu düşündüğümde genellikle kendimi suçlu ve kötü hissediyorum.					
76. En son kendim için birşeyler aldığımda kendimi mutsuz hissettim.					
77.Çocuğum çok fazla yaramazlık yaptığında ya da yaygara kopardığında bir şeyleri doğru yapmamış gibi kendimi sorumlu hissederim.					
78. Ne zaman çocuğum yanlış bir şey yapsa bu durumun benim hatam olduğunu hissederim.					
79.Çoğu zaman kendimi üzgün, mutsuz hissederim. Bir anne-baba olarak sorumluluklarımın üstesinden gelecek enerjim yoktur.					
80. Hayatımla ilgili pek çok şey beni rahatsız eder.					
81. Bebeğimle birlikte hastaneden ayrıldıktan sonra kendimi beklediğimden daha üzgün ve karamsar hissettim.					
82.Çocuğuma kızdığım zaman suçluluk duygusu hissetmek beni rahatsız eder.					
83.Çocuğumla hastaneden eve geldikten bir ay sonra kendimi beklediğimden daha üzgün ve daha mutsuz hissettiğimi fark ettim.					
84.Çocuğumuz olduğundan beri eşim bana beklediğim kadar yardım ve destek sağlamadı.					
85.Çocuk sahibi olmak eşimle olan ilişkimde beklediğimden daha fazla soruna yol açtı.					
86.Çocuk sahibi olduğumuzdan beri eşim ve ben birlikte eskisi kadar çok şey yapmıyoruz.					
87.Çocuk sahibi olduğumuzdan beri eşim ve ben bir aile olarak beklediğim kadar çok vakit geçirmiyoruz.					
88. Son çocuğumuzdan sonra eşimle cinsel ilişkiye girme konusuna daha az ilgiliyim.					
89.Eşim ve ben çocuğumuzu nasıl yetiştireceğimiz konusunda çok fazla çatışma yaşıyoruz.					
90.Çocuk sahibi olmanın getirdiği maddi yük eşimle aramda sorunlara yol açtı.					
91. Kendimi yalnız hissediyorum ve hiç arkadaşım yok.					

92. Bir eğlenceye gittiğimde eğlenemeyeceğimi düşünüyorum.					
93.İnsanlarla eskisi kadar ilgilenmiyorum.					
94.Sık sık yaşıtlarımın özellikle benim arkadaşlığımdan hoşlanmadıklarını hissediyorum.					
95.Çocuğumu yetiştirirken bir problemle karşılaştığımda etrafımda konuşabileceğim, yardım ya da tavsiye alabileceğim pek çok insan var.					
96.Çocuk sahibi olduğumdan beri arkadaşlarımı görmek ve yeni arkadaşlar edinmek için çok az fırsatım oluyor.					
97. Son altı ay içerisinde, her zamankinden daha fazla hasta oldum, normalden daha fazla sancım ve ağrım oldu.					
98. Fiziksel olarak çoğu zaman kendimi iyi hissediyorum.					
99. Uyumada güçlük çekiyorum ve gün içerisinde genellikle kendimi yorgun hissediyorum.					
100. Eskisi kadar bazı şeylerden zevk almıyorum.					
101.Çocuk sahibi olduğumdan beri sık sık hastalanıyorum.					
Son 12 ay içerisinde, yakın ailenizde aşağıdaki olaylardan herhangi birini yaşadınız mı? Evet için **"EVET"** kutucuğunun altına, Hayır için **"HAYIR"** kutucuğunun altına **"X"** çarpi işareti koyunuz.				**EVET**	**HAYIR**
102. Boşanma					
103.Eşle yeniden barışma					
104. Evlenme					
105. Ayrılma					
106. Hamilelik					
107. Evinize bir akrabanızın taşınması					
108. Gelirin oldukça artması (%20 veya daha fazla)					
109.Çok fazla borca girmek					
110. Yeni bir yere taşınmak					
111.İşte yükselme(Terfi)					
112. Gelirin oldukça azalması					
113. Alkol ya da uyuşturucu problemleri					
114. Yakın bir aile dostunun ölümü.					

115. Yeni bir işe başlama		
116. Yeni bir okula başlama		
117.İşte üstlerle sorun yaşama		
118.İşini kaybetme		
119.Yasal(hukuki)problemler		
120. Yakın aile üyesin kaybı		

Ek-5: Güçler ve Güçlükler Anketi

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur) AB 4-16

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

Çocuğunuzun Adı: ..... Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

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

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

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

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

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

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

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

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşatıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza: ..... Tarih: .....

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Ek-6: Etik Kurul Onay Formu

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Arş.Gör.Dr.Bahadır TURAN**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-11 Yaş Çocuklarda Parents Plus Children Ebeveynlik Programının Etkinliğinin İncelenmesi**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 6 Karar No: 05**	**Tarih:** 30.11.2017
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Ezkal HALICI
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.İlker İNCE
Üye

Yrd.Doç.Dr.Binali FIRINCI
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye