

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARA VERİLEN BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ
TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN; ÇOCUKLARIN YAŞAM KALİTESİ,
ANSİYETE VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ**

VEDAT ARGİN

DOKTORA TEZİ

GAZİANTEP - 2025



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Vedat ARGİN tarafından hazırlanan “**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Verilen Bilişsel Davranış Terapisi Temelli Psikoeğitimin; Çocukların Yaşam Kalitesi, Ansiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi**” başlıklı tez, 30/12/2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM	İstanbul Topkapı Üniversitesi	
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Nermin OLGUN	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Eda AÇIKGÖZ ATAY	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Hakan AVAN	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN	Adıyaman Üniversitesi	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Doç. Dr. Ufuk AKBAŞ
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

İmza:

Vedat ARGİN

Tarih:

TEŞEKKÜRLER

Doktora eğitimimin başından tezimin son aşamasına kadar, her zaman ilham veren ve beni destekleyen, bilimsel bilgi birikimi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, değerli katkılarıyla yolumu aydınlatan; sabrı, anlayışı ve sürekli desteği ile bu sürecin her anında bana güç veren, sadece akademik anlamda değil, kişisel gelişimime de önemli katkılarda bulunmuş, her aşamada bana yön vererek bu tez sürecini başarıyla tamamlamamı sağlayan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM' e

Doktora eğitim sürecimin tez döneminde, bilişsel davranışçı terapi uygulamaları konusundaki derin bilgi birikimi ve deneyimleriyle tezime değerli katkılarda bulunan, veri toplama aşamasında bana tüm imkanlarını seferber eden, her aşamada destekleyici ve yol gösterici yaklaşımını esirgemeyen, çalışmam boyunca hem bilimsel anlamda katkıları hem de gösterdiği ilgi ve sabırla bu sürecin her anında yanımda olan II. Tez danışmanım Prof. Dr. Hatice ALTUN' a ve klinikte görev yapan diğer personellere,

Doktora Tez İzleme Komitesinde yer alan ve bu süreçte destek ve önerilerini esirgeyemeyen Prof. Dr. Nermin OLGUN ve Doç. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN hocalarıma,

Lisans dönemimden doktora eğitim sürecimin son aşamasına kadar akademik yolculuğumda bana rehberlik eden, her aşamada bana ilham veren ve sürekli destek olan, tüm değerli hocalarıma,

Kendisi de bir öğretmen olarak her zaman desteği ile yanımda olan sabrı, anlayışı ve özverisi ile bu zorlu süreçte bana sadece moral kaynağı olmakla kalmayıp, aynı zamanda her zorluğun üstesinden gelmemi sağlayan, birlikte güçlüyüz diyerek hayatın her anında yanımda olan sevgili eşim Ayşe Kübra ARGİN' a,

Kendisi, çocuk olmanın saf ve içten dünyasıyla, doktora tezimi hazırlama sürecinde her daim bana ilham veren, neşesi ve saf bakış açısıyla bu yolculuğa ışık tutan, "Bir çocuk, tüm dünyayı değiştirebilir" diyerek varlığı ile bu sürecin en değerli ve anlamlı kaynağı olan canım oğlum Yusuf Buğra ARGİN' a,

Doktora tezimi hazırladığım bu süreçte, eğitim hayatımın her aşamasında bana sonsuz destek ve sevgisini esirgemeyen sevgili annem Selma ARGİN' a ve babam Fikret ARGİN' a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARA
VERİLEN BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN;
ÇOCUKLARIN YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON ÜZERİNE
ETKİSİ**

VEDAT ARGİN
DOKTORA TEZİ

Danışman

- 1. Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM**
- 2. Danışman: Prof. Dr. Hatice ALTUN**

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocuk ve ergenlerin işlevsel kayıplarla ve durumsal olumsuzluklarla başa çıkma becerilerini geliştirmek amacıyla uygulanan bilişsel davranış terapisi temelli psikoeğitim programının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinde oluşturabileceği değişikliklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, ön test/son test olacak şekilde, tek kör randomize kontrollü deneysel bir tasarım ile planlanmıştır. Araştırma verileri, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü'nde, 25 Eylül 2023 ile 29 Ağustos 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Girişim grubu (n:37) ve kontrol grubu (n:36) çocuk ve ergen ile ebeveynleri olarak çalışma kapsamına alınmıştır. Veri toplama araçları olarak, araştırmacı tarafından alanyazı taraması yapılarak hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Çocuk/Ebeveyn Formu kullanılmıştır.

Araştırmada, girişim grubuna yönelik olarak 8 oturumdan oluşan bilişsel davranış terapisi temelli bir psikoeğitim programı hazırlanmış ve uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir hemşirelik girişiminde bulunulmamıştır. Kontrol grubunda, ön test ve son test ölçümlerinde yaşam kalitesinin düşük, anksiyete ve depresyon düzeylerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır. Girişim grubuna uygulanan bilişsel davranış terapisi temelli psikoeğitim sonrasındaki ölçümler, grup içindeki ön test ölçümleriyle karşılaştırıldığında, yaşam kalitesinde anlamlı bir artış gözlemlenmiş, ayrıca anksiyete ve depresyon düzeylerinde de anlamlı bir azalma saptanmıştır ($p<0,05$). Girişim grubunun yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, ön test ölçümleri kontrol grubuyla benzerlik göstermektedir ($p>0,05$). Ancak psikoeğitim uygulaması sonrasında, kontrol grubuna göre girişim grubunda son test ölçümlerinde yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı bir artma, anksiyete ve depresyon düzeylerinde ise anlamlı bir azalma tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Elde edilen bulgular, bilişsel davranış terapisi temelli uygulanan psikoeğitimin duygusal iyileşme sağlama potansiyeli olan bir tedavi yöntemi olduğunu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların psikolojik iyilik durumları üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Bilişsel Davranış Terapisi, Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT of NURSING

**EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY-BASED PSYCHO-
EDUCATION GIVEN TO CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER ON THEIR QUALITY OF LIFE, ANXIETY
AND DEPRESSION**

VEDAT ARGIN

PHD

Advisor

- 1. Asst. Prof. Zerrin ÇİĞDEM**
- 2. Prof. Dr. Hatice ALTUN**

ABSTRACT

It was conducted to determine the changes that can be created in the quality of life, anxiety and depression levels of a cognitive behavioral therapy-based psychoeducation program applied to children and adolescents diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder to improve their coping skills with functional losses and situational negativities.

The study was planned with a single-blind randomized controlled experimental design as pre-test/post-test. The research data were collected between September 25, 2023 and August 29, 2024 at the Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Practice and Research Hospital, Department of Child and Adolescent Psychiatry. The intervention group (n: 37) and the control group (n: 36) were included in the study as children and adolescents and their parents. The Socio-Demographic Information Form, Quality of Life Scale in Children and the Renewed Child/Parent Form of the Anxiety and Depression Scale in Children, prepared by the researcher after a literature review, were used as data collection tools. In the study, an 8-session cognitive behavior therapy-based psychoeducation program was prepared and implemented for the intervention group. No nursing intervention was performed in the control group. In the control group, it was determined that the quality of life was low and the anxiety and depression levels were high in the pre-test and post-test measurements.

When the measurements after the cognitive behavior therapy-based psychoeducation applied to the intervention group were compared with the pre-test measurements within the group, a significant increase in the quality of life was observed, and a significant decrease in anxiety and depression levels was also detected ($p<0.05$). The quality of life, anxiety and depression levels of the intervention group were similar to the control group in the pre-test measurements. ($p>0.05$). However, after the psychoeducation application, a significant increase in the quality of life was observed in the intervention group compared to the control group in the post-test measurements, and a significant decrease in anxiety and depression levels was also detected ($p<0.05$).

The findings show that psychoeducation based on cognitive behavioral therapy is a treatment method that has the potential to provide emotional healing and can have positive effects on the psychological well-being of children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy, Quality of Life, Anxiety, Depression, Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ÖNSÖZ

Bu çalışma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinde bilişsel davranış terapisi temelli psikoeğitim girişiminin etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. DEHB; bireylerin dikkat, dürtüsellik ve hiperaktivite gibi zorluklarla karşılaştığı, sosyal ve akademik yaşamda çeşitli güçlükler yaratabilen bir nörogelişimsel bozukluktur. Bu bozukluk, yalnızca çocukların davranışsal sorunlarına yol açmakla kalmaz, aynı zamanda duygusal iyilik durumları üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir.

Psikoeğitim, bireylerin duygusal ve davranışsal zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu çalışmada, DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlere yönelik olarak uygulanan bilişsel davranış terapisi temelli psikoeğitim programının, yaşam kalitesini iyileştirme ve anksiyete ile depresyon düzeylerini azaltma potansiyeli değerlendirilmiştir. Çalışmada, katılımcıların psikolojik iyilik hallerine katkı sağlayıp sağlamadığını belirlemek, hemşirelik ve psikolojik girişim alanındaki uygulamalara katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

Araştırma, hemşirelik girişimlerinin psikoeğitimle birleştiği bir model üzerinden, DEHB tanılı bireylerin yaşam kalitesini artırmayı ve psikolojik sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımı ele almaktadır. Elde edilen bulgular, bilişsel davranış terapisi temelli psikoeğitimin, DEHB tanılı çocukların ve ergenlerin anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir iyileşme sağladığını ortaya koymaktadır. Bu çalışma, alanyazına katkı sunarak, DEHB tanılı çocuklar ve ergenler için daha etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine ışık tutmayı hedeflemektedir.

Vedat ARGİN
Gaziantep -2025

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR VEYA SİMGELER LİSTESİ.....	xii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Sorunun Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı.....	5
2.1.1. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanı çalışmaları.....	5
2.1.2. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun epidemiyolojisi.....	6
2.1.3. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipleri.....	8
2.1.4. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu etiyolojisi.....	9
2.1.5. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun prognozu.....	10
2.1.6. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavisi.....	11
2.2. Bilişsel Davranış Terapi (BDT).....	14
2.2.1. Bilişsel davranış terapi tanımı.....	14
2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psiko eğitim.....	15
2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Kalitesi.....	17
2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Anksiyete ve Depresyon.....	20
2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Hemşirelik Uygulamaları.....	22
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
3.1.Araştırma Modeli.....	25
3.2. Araştırma Hipotezleri.....	25

3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı.....	25
3.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
3.5.1. Örnekleme Alınma Ölçütleri.....	27
3.6. Veri Toplama Araçları	28
3.6.1. Kişisel bilgi formu.....	28
3.6.2. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (ÇİYKÖ).....	28
3.6.3. Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği- yenilenmiş çocuk/ebeveyn formu (ÇADÖ-Y- ÇF, ÇADÖ-Y-EF).....	29
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.8. Verilerin Toplanması.....	31
3.9. Verilerin Analizi	36
4.BULGULAR	37
5.TARTIŞMA	56
5.1. Çocukların Yaşam Kalitesi Durumlarının Tartışılması.....	56
5.2. Çocukların Anksiyete Depresyon Durumlarının Tartışılması.....	60
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	65
7.KAYNAKLAR.....	68
8.EKLER	81

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 4.1. Çocukların Gruplara Göre Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması	37
Çizelge 4.1. Çocukların Gruplara Göre Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması	37
Çizelge 4.2. Ebeveynlerin Gruplara Göre Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	38
Çizelge 4.3. Çocukların Gruplar Arası ve Grup İçi ÇİYKÖ Ön Test ile Son Test Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	40
Çizelge 4.4. Çalışma Grubunda Yer Alan Çocukların Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Çocuk Formu Ön ve Son Test Puan Ortalamasının Karşılaştırması	42
Çizelge 4.5. Çalışma Gruplarında Yer Alan Ebeveynlerin Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Ebeveyn Formu Ön ve Son Test Puan Ortalamasının Karşılaştırması	48
Çizelge 4.6. Çocukların ÇİYKÖ Ön ve Son Test Uygulaması Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	54
Çizelge 4.7. Çocuk ve Ebeveynlerin ÇADÖ-Y-ÇF ve ÇADÖ-Y-EF Ön Test Ölçek Toplam Depresyon-Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	55
Çizelge 4.8. Çocuk ve Ebeveynlerin ÇADÖ-Y-ÇF ve ÇADÖ-Y-EF Son Test Ölçek Toplam Depresyon-Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Örneklem Grubu Belirlemesi; G Power 3.1.9.7 Analiz Sonucu	27
Şekil 2. Araştırma Akış Şeması	35



KISALTMALAR VEYA SİMGELER LİSTESİ

BDT: Bilişsel Davranış Terapisi

ÇADÖ-Y-ÇF: Çocuklarda Anksiyete Depresyon Ölçeği- Yenilenmiş Çocuk Formu

ÇADÖ-Y-EF: Çocuklarda Anksiyete Depresyon Ölçeği- Yenilenmiş Ebeveyn Formu

ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

GG: Girişim Grubu

ICD-11: International Classification of Diseases 11th revision

KG: Kontrol Grubu

DSM-V-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskı / The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition

1.GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Sorunun Tanımı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), ‘‘Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’’nın beşinci baskısında (DSM-V), yer alan tanıma göre; çocuk ve ergenlerde, gelişimsel duruma uygun olmayan, işlevsellikte ve var olan durumda bozukluklara neden olacak şekilde dikkat süresinin kısa olması, hiperaktivite ve dürtüsellikle kendini gösteren, çocuk ve ergenin toplumsal alanda işlevlerini doğrudan etkileyen, etkinliklerini kısıtlayan ya da durduran, çocukluk çağında en sık görülen nöro-gelişimsel psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Association, 2013; Uluçay, 2023).

Alanyazında yapılan çalışmalarda; DEHB'nin çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı ancak yetişkinlik döneminde de sürebileceği bildirilmiştir (Christiansen et al., 2019). Yapılan çalışmalarda yaşam boyu DEHB kalıcılığı %20-80 oranında bildirilirken; tüm Dünya’da görülme sıklığı %5-8 arasında bildirilmiştir (Storebø et al., 2019). Zorlu ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Türkiye’de yapılan çalışmada DEHB oranı çocuk ve ergenlerde %8 olarak bildirilmiştir (Zorlu et al., 2020).

DEHB'nin etiyolojisine bakıldığında; çevresel etmenler, genetik ve biyolojik etkiler rol oynamaktadır; DEHB, genellikle okul öncesi dönemde başlamakla birlikte, çocuk ve ergenin ailevi, eğitimsel ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (Sökmen, 2023). DEHB tanılı çocuk ve ergen; aile, arkadaş, akran ilişkilerinde çatışmalar yaşayabilmektedir (Çunkuş & Taşdemir Yiğitoğlu, 2018). Bu olumsuzluklardan kaynaklı çocuk ve ergenlerde DEHB'nin psikososyal sorunlara neden olması, etkili tedavi yapılmadığı durumda yetişkinlikte de devam eden anksiyete, depresyon gibi belirti ve bulguları birlikte getirmekte ve her dönemde ayrı yük oluşturmaktadır. Bu nedenlerden dolayı DEHB, çocuk ve ergen psikiyatrisinin en önemli bozukluklarından biri olarak nitelendirilmektedir (Sökmen, 2023).

DEHB tanısı alan çocuk ve ergen hastalığın getirmiş olduğu yıkıcı/işlevsel bozukluklardan kaynaklı olarak; günlük işlevleri yerine getirmekte, sorumluluk almakta, önceden yapılan planlara uymakta, ödevlerini yapmakta, akranları ile iyi ilişkiler geliştirmekte sürekli olarak sorunlar yaşamaktadır (Öztürk, 2022). Bu durum ebeveynlerin, çocukların ve ergenlerin üzerinde; sürekli baskı kurma, kurallar koyma, onları sık sık eleştirme ve azarlamalarına neden olmaktadır (Öztürk, 2022). Sürekli olarak

dış çevreden uyarı alan, eleştirilen, azarlanan, arkadaş gruplarına giremeyen, üstelik fiziksel şiddet uygulanan çocuk ve ergende bu durum; akademik başarıda düşüklüğe, benlik saygısında azalmaya, huzursuz olmaya ve üzüntü duymaya neden olmaktadır (Hallowell & Ratey, 2013).

Çocuk ve ergenler aldırılmaz, önemsemez gibi görünse de erişkinlik dönemine kadar uzayabilen bu durum; akademik başarıdan, kişiler arası ilişkilere, iş yaşamından, sosyal yaşama kadar yansıyan anksiyete ve depresyona neden olup, yaşam kalitesini etkileyen olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir (Hallowell & Ratey, 2013). Bu olumsuzluklar gerek çocukluk ve ergenlik döneminde gerekse yetişkinlik döneminde görülsün yalnızca çocuk/yetişkini değil, aynı zamanda çevrelerini ve ailelerini de etkilemektedir (Hallowell & Ratey, 2013; Öztürk, 2022).

Alanyazında yapılan çalışmalarda; çocuk ve ergenin davranışlarının ebeveyni, ebeveynin davranışlarının da çocuğu etkilediği, bunun iki yönlü dinamik bir süreç olduğu bildirilmektedir (Breux & Harvey, 2019; Uluçay, 2023). Nitekim DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin; stres düzeylerinin yüksek olduğu, sosyal ve bilişsel sorunların ve öfke davranışlarının daha yüksek oranlarda görüldüğü, bu durumun sonucunda olumsuz tutum ve davranışla karşı karşıya kalan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde daha yüksek oranda depresyon, anksiyete bozukluğu, benlik saygısında azalma ve yalnızlık görüldüğü bildirilmiştir (Öztürk, 2022; Riany & Ihsana, 2021; Uluçay, 2023).

Bu kısır döngü çocuk ve ergenin işlevselliğini azaltmakta ve daha fazla anksiyete, depresyon görülmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Öztürk, 2022). DEHB tedavi edilmediği durumda, ilerleyen zamanlarda çocuklar ve ergenler arasında; sigara ve madde kullanımı, yasal sorunlar, kötü arkadaş ilişkileri, özgüven kaybı, akademik başarısızlık, iş başarısında düşüklük ve psikiyatrik eşlik eden hastalıklar gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Çunkuş & Taşdemir Yiğitoğlu, 2018).

DEHB tanısı olan çocuklar ve ergenler hastalığın getirmiş olduğu işlevsel bozukluğa bağlı olarak gerçekleşen iletişim sorunları ve çatışmalarından dolayı aile ve akran ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadırlar (Çunkuş & Taşdemir Yiğitoğlu, 2018; Yılmaz, 2022). Bu durum DEHB tanısı konan çocukların sosyal yaşantılarında, akademik başarılarında ve aile ilişkilerinde önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu işlevsel bozuklukları gidermek için uygulanan farmakolojik teknikler çocuk ve ergenlerde

semptomatik olarak iyileşmeler sağlasa da sosyal ilişkilerde etkileri sınırlı kalmaktadır (Yılmaz, 2022). Bu nedenle farmakolojik tedaviye ek olarak davranışsal ve bilişsel psikoeğitim uygulamaları tedavi yöntemlerini de kullanarak; aile eğitimi, bireysel görüşme ve grup terapisi gibi uygulamalar DEHB'nin kontrol altına alınmasında temel destekleyici yöntemlerdir (Yılmaz, 2022).

Ferrin ve arkadaşları, DEHB hastalığında uygulanan psikoeğitim ya da farmakolojik tedavilerin dışındaki diğer tedavi yöntemlerinin tek başına yeterli olmadığını, ancak tamamlayıcı tedavi olarak önemli katkılar sağladığını ileri sürmektedir (İmren et al., 2013).

Montoya ve arkadaşları ise DEHB tedavisinde uygulanan psikoeğitimin; çocuk ve ergenlerin DEHB ile ilgili bilgi düzeylerinde, tedaviyi kabul etme ve tedavi ile ilgili önerilere uyumlarında, ebeveyn davranışlarında ve ebeveyn çocuk hoşnutluğunda olumlu etkilerinin olduğunu bildirmiştir (Montoya et al., 2014).

Alanyazın incelendiğinde, DEHB ile ilgili çocuk ve ergeni, çevreyi ve aileyi etkileyen etmenleri inceleyen çalışmaların olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar, DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin sorun çözme becerileri, akran ilişkileri, ebeveyn tutumlarının davranışlara etkisi, tükenmişlik, öfke, ailelerin bilgi ve tutumları, mizaç ve huy özelliklerinin DEHB belirtilerine etkisi, DEHB'nin aile içindeki süreçler üzerindeki etkisi, ebeveyn tutumları ile evlilik uyumu, yaşam kalitesi, benlik saygısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri, anne kabulü, sosyal yanıt değişiklikleri, tedavi süreci ve işlevsellik gibi birçok konuda yoğunlaşmaktadır (Öztürk, 2022).

Bu hastalığın tedavisi toplum ve bireyler açısından büyük önem taşımakta olup, tedavi ekibinin önemli bir parçası olan çocuk ve ergenlerle çalışan hemşirelere bu süreçte önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelik yönetmeliğinde (2011) hemşirenin görev ve sorumlulukları arasında, “hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, damgalama, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, sorun çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psikoeğitim programlarını planlar ve uygular” şeklinde tanımlanmıştır (Gazete, 2011; Özgün Öztürk, 2019).

Psikoeğitimin birçok amacı ve işlevi vardır. En önemli işlevi, katılımcılara grup ya da bireysel olarak bilgi iletmek ve belirli alanlarda becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktır (Sökmen, 2023).

Psikoeğitim programları; hasta ve hasta ailesinin yaşadığı aile yükünü azaltmak, stresini yatıştırmak, iletişim becerilerini güçlendirmek, umudu artırmak, yinelemeleri önlemek, yaşam kalitesini iyileştirmek, kısa ve uzun süreli tasarılar yapabilme yetisi kazandırmak, yeni başa çıkma becerileri edinmelerine yardımcı olmak, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişiklikler sağlamak, duygusal destek sunmak, toplum ve diğer kaynaklarla bağlantı kurmak, hastalık belirti/bulgularını öğretmek ve tedaviye uyumu artırmak gibi birçok amaca yönelik olarak tasarlanmıştır (Kahraman & Tanrikulu, 2019).

Bu çalışma, DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde hastalığın getirmiş olduğu olumsuzluklara karşı, bilişsel davranış temelli verilen psikoeğitimin çocuğun; yaşam kalitesinde, anksiyete ve depresyon durumlarında ortaya çıkan değişiklikleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Konu ile ilgili olarak yapılan alanyazın incelemesinde; hemşireler tarafından bilişsel davranış temelli psikoeğitim uygulamalarının yapıldığı, ancak çalışmaların yalnızca annelere ya da doğrudan çocukların damgalanmasına yönelik yapılmış olduğu yanı sıra umuda yönelik bakış gibi konularla sınırlı olduğu belirlenmiştir (Öztürk, 2022).

Çocukların yaşam kalitesini, anksiyete, depresyon düzeyi ve hastalık belirtileri gibi olumsuz etkilerin düzeltilmesine yönelik çalışmalara henüz rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin işlevsel kayıplarla ve durumsal olumsuzluklarla başa çıkma becerilerini geliştirmek için, Bilişsel Davranış Terapisi (BDT) temelli psikoeğitim programının etkisini değerlendirmektir. Bu programın çocuğun yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyinde ne gibi değişiklikler sağlayabileceğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, DEHB tanısı konmuş çocuk ve ergenlere yönelik BDT temelli psikoeğitim programı hazırlanmıştır. Bu çalışma, kontrol ve girişim gruplarına ön test ve son test uygulanarak, tek kör rastgele kontrollü deneysel bir modelle yürütülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı

Dikkat; odaklanmayı temel alarak, elde edilecek bilgiyi işleyebilmek için süreci kontrol eden biliş ve davranışı içeren bir süreçtir. Elde edilen bilginin zihinsel kaynaklarla hedefe yönelik kullanımını sağlar (Gascon et al., 2022). Bu şekilde öğrenme, kısa süreli bellek ve düşünme gibi birçok işlevin nöropsikolojik etkinliğinin ön koşulu olarak gösterilir (Gascon et al., 2022).

DEHB; genellikle erken çocukluk döneminden başlayarak ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de sürebilen, yaş ve gelişim düzeyi ile davranışlar arasında uyumsuzluklar olan psikiyatrik bir bozukluktur (Caye et al., 2020). Bu durum dikkatsizlik, dürtüsellik ve hareketlilik gibi belirtilerle özdeşleşmiş ve toplum, akademik/okul ya da iş düzenini olumsuz yönde etkileyebilir (Caye et al., 2020; Gundogdu et al., 2016a).

DEHB'nin klinik seyri yaşla birlikte değişmektedir (Wolraich et al., 2019). Okul öncesi dönemde; hareketlilik, yerinde duramama, sessiz oyunlar oynamayı reddetme, sabırsızlık, öfke patlamaları ve çabuk sıkılma belirtileri genel belirtiler arasındayken, okul döneminde; hareketlilik/dürtüsellik belirtilerine dikkat eksikliği belirtileri de belirgin olarak eklenmeye başlayabilmektedir (Wolraich et al., 2019). Bu dönemde DEHB'nin klinik belirtisi olarak; eşyalarını kaybetme, kurallara uymama, akademik başarısızlık, unutkanlık ve saldırgan davranışlar belirgin klinik özellikler olarak kendini gösterir. Ergenlik dönemindeki klinik belirtiler ise; ödevleri tamamlayamama, plan yapamama, hedef koymakta güçlükler, okuldan uzaklaşma, aile ve arkadaş ilişkilerinde kopukluklar, duygu düzenlemede zorluklar ve depresif belirti/bulgular şeklinde görülebilmektedir (Wolraich et al., 2019).

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin bir kısmında yetişkinlik döneminde de DEHB belirtileri sürebilmektedir (Karaman et al., 2013). Hareketlilik/dürtüsellik azalmış gibi görülse de aslında iç huzursuzluk, iş yerinde ki etkinliklere uzun süre katılamama, öfke kontrol sorunları, sosyal ilişkilerde bozulma gibi klinik tablolar ortaya çıkabilmektedir (Karaman et al., 2013).

2.1.1. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanı çalışmaları

DEHB, klinik olarak özel bir laboratuvar ya da radyolojik testler ile tanı koyulabilecek bir bozukluk olmamakla birlikte nöropsikolojik testler de tanıyı

koyabilmek için yeterince duyarlı değildir. Bu nedenle tanı çalışmalarında hastanın öyküsüne dayalı olarak çocuk ergen psikiyatrisi uzmanı tarafından, aile görüşmesi ve psikiyatrik sağlık değerlendirmesine bağlı olarak tanılama yapılması gerekmektedir (Karaman et al., 2013). DEHB tıbbi bir tanı olduğu için uzman tarafından tanı koyulmadan önce hasta ve hasta hakkında bilgisi olan bir yakını ile görüşme yapılmalıdır (Karadağ, 2021).

Uzman tarafından yapılan görüşmede; gelişimsel ve tıbbi geçmiş, soy geçmişi, aile ve okul ortamı, sosyal beceriler ve zorluklar gibi ayrıntılı bir öykü alınması hedeflenir. Bu aşamada kullanılmak üzere ebeveynler ve okul ortamına yönelik öğretmenlerin doldurması için hazırlanmış ölçekler bulunmaktadır (Emser et al., 2018; İpçi et al., 2020; Karadağ, 2021). Görüşme sırasında uzman tarafından çocuğun genel biliş düzeyi, dikkat süreci, motor becerileri, konuşma/dil becerileri, sosyal becerileri yaşına uygunluk ve psikiyatrik açıdan değerlendirilir (Bourtzou Chafouz, 2024). DEHB teşhisinde; ölçekler, nöropsikolojik değerlendirmeler ve laboratuvar testleri destekleyici bir rol oynasa da hiçbiri tek başına DEHB tanısı için yeterli değildir (Özbay, 2024).

DEHB nörogelişimsel bozukluk olması nedeniyle davranışsal gözlemlerler teşhis için önemlidir. Teşhis için kullanılan en yaygın ölçütler, "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V)" ve "Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11)" tanı ölçütleridir (Aksoy, 2024).

Çocuklarda DEHB tanısı koyulabilmesi için DEHB' le ilişkili belirtilerin en az altı aydır sürmesi, belirtilerin en az iki farklı ortamda (ev, okul, iş, sosyal alanlarda) kendini göstererek bu alanlarda işlev kaybına neden olması ve bu belirtilerin 12 yaşından önce başlaması gerekmektedir (Association, 2013; Magnus et al., 2023; Miniksar & Özcan, 2015).

2.1.2. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun epidemiyolojisi

DEHB, çocuklar ve ergenler arasında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir (Capusan et al., 2019). DEHB epidemiyolojisi üzerine birçok çalışma yapılmış olmasına karşın, sıklığı konusunda ortak bir görüşe varılamamıştır. Bu duruma, çalışmalarda birçok farklı yöntemin kullanılmış olmasının neden olduğu düşünülmektedir (Magnus et al., 2023).

Dünya genelinde yapılan bir meta-analiz çalışması sonucunda DEHB'nin ortalama yaygınlığının %5.9-7.1 arasında olduğu belirtilmiştir (Willcutt, 2012). 102

çalışmayı kapsayan başka bir meta-analiz çalışmasında DEHB yaygınlığı %5.29 olarak bulunurken (Cortese & Coghill, 2018). Yaş gruplarına göre 2023 yılında gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında; DEHB'nin 3-12 yaş arasındaki çocuklarda 12-18 yaş arasındaki çocuklara göre daha sık görüldüğünü belirtilmiştir (Reale et al., 2017; Salari et al., 2023).

ABD'de yapılan bir çalışmada 1997 yılında %6.1 olan DEHB tanı oranının, 2016 yılında %10.2'e yükseldiği belirtilmiştir (Xu et al., 2018). Danimarka'da 1995-2010 yılları arasında ki verilere dayandırılarak gerçekleştirilen çalışmada DEHB görülme sıklığının 12 kat arttığı ve cinsiyet arasındaki görülme farklılığında; erkeklere oranla kız cinsiyetinde belirtilen süreç içersin artışın dikkat çekici olduğu bildirilmiştir (Jensen & Steinhausen, 2015; Steinhausen et al., 2016). 2018 yılında Sayal ve arkadaşları tarafından cinsiyet farklılığına odaklanarak yapılan başka bir çalışmada; DEHB görülme oranının erkeklerde kızlara göre iki ile üç kat daha fazla olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Sayal et al., 2018).

DEHB'nin tanı alma yaşını saptamak üzere ABD'de yapılan ulusal bir çalışmada; çocukların ortalama 1/3'ünün 6 yaşından önce tanı aldığı, ortalama tanı alma yaşını ise 7 olduğu bulunmuştur. Çalışmada belirtilen 7 yaş, çocuk ve ergen tüm yaş grupların ortalama değeri olarak açıklanırken bazı yaş gruplarında örneğin 9 yaş için DEHB görülme oranı %13.35 olarak bildirilmiştir (Visser et al., 2015).

Kanada'da DEHB'nin prevalansına yönelik yapılan çalışmada 6-8 yaş için %5.5, 9-11 yaş aralığında ki çocuklarda %4.0 ve 12-14 yaş aralığında ki çocuklarda görülme sıklığı %2.5 olarak saptanmıştır (Breton et al., 1999).

Storebø ve arkadaşları tarafından 2019 yılında Birleşik Krallık'ta DEHB'nin prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmada ise, 5-15 yaş arası erkek çocuklarda görülme sıklığı %3.6, kız çocuklarında ise %0.9 olarak açıklanmıştır (Storebø et al., 2019).

Ercan ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı araştırmada; 1500 ilkokul öğrencisi 4 yıl boyunca izlenmiş ve DEHB sıklığının ilk yılda %13.38, ikinci yılda %12.53, üçüncü yılda %12.22 ve dördüncü yılda ise %12.91 olduğu belirlenmiştir (Ercan et al., 2013).

DEHB her ne kadar çocukluk çağı hastalığı olarak görülse de ergenlikte hastalık belirtilerinin %80.0'ni gözlenirken, yetişkinlik döneminde %60.0 oranında hastalık belirtisi görülmektedir. Aynı zamanda ergenlik döneminde DEHB'nin alt tiplerinden olan

hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri azalırken, dikkat eksikliği belirtileri sürmektedir (Anbarasan et al., 2020; Holbrook et al., 2016).

DEHB'nin alt tipleri incelendiğinde en yaygın olarak %43.0-79.0 oranında hiperaktivite/dürtüsellik bir arada olduğu bileşik tip görülürken, %8.0-37.0 oranında dikkat eksikliği alt tipi, %5.0-29.0 oranında da hiperaktivite/dürtüsellik alt tipi görülmektedir (Anbarasan et al., 2020; Holbrook et al., 2016). Alanyazındaki birçok çalışmaların tersine ülkemizde hiperaktivite/dürtüsellik baskın tip DEHB'nin diğer alt tiplerine oranla daha yaygın olarak bulunmuştur (Anbarasan et al., 2020; Ercan et al., 2015; Holbrook et al., 2016).

2.1.3. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipleri

DEHB'nin her ne kadar genel hastalık isminde de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak iki kavram bir arada geçiyor olsa da klinik seyir olarak kendi içerisinde üç farklı semptom olacak şekilde ayrılmaktadır. DSM-V ölçütlerine göre hastalık tanılamada tüm ölçütler bir arada bulunmayacağı gibi görülen belirtilerin şiddeti de yaşa ve cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir (Elosúa et al., 2017).

DEHB DSM-V tanı ölçütlerinin görülme durumuna göre 3 farklı alt tipe ayrılmıştır (Cesur & Köksal Akyol, 2019).

a) Aşırı hareketlilik/dürtüsellik ön planda olduğu tipler

En az altı aydır hareketliliğin ve dürtüsellik ön planda olduğu dikkatsizlik belirtilerinin olmadığı tiplerdir. Bu gruba giren çocuk hastalarda, akademik başarıda gözle görülür bir düşüş olmamakla birlikte, genel olarak kurallara uyulması gereken toplu yaşam alanlarında (okul, kreş, yurt, yemekhane) uyum sorunları yaşarlar (Gallo & Posner, 2016).

b) Dikkat eksikliği belirtilerinin ön planda olan tipler

En az altı aydır dikkatsizlik belirtileri ön plandadır. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri olmayan DEHB'nin alt grubudur. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri olmadığı için usludurlar ve uyum sorunları yaşamazlar fakat akademik başarıları istenilenin çok altındadır. Genel değerlendirmede başarısızlığın nedeni olarak öğrenme güçlüğü, zihinsel gerilik düşünülebilir. Bu grupta bulunan hasta çocukların temel başarısızlık nedeni dikkati toplayamamak olduğu için odaklanma sorunu vardır (Gallo & Posner, 2016).

c) Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüselliğin bir arada bulunan; bileşik tipler

DSM-V ölçütlerine göre, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin en az altı ay süreyle bir arada bulunduğu tiplerdir. DEHB sınıflandırması içersin de en çok görülüp en kolay fark edilip tanı koyulan gruptur (Gallo & Posner, 2016).

DEHB DSM-V tanı ölçütlerinin yanı sıra görülen belirti/bulguların şiddetine göre de; ağır dereceli, orta dereceli ve hafif dereceli DEHB olarak üç gruba ayrılmıştır (Cesur & Köksal Akyol, 2019; Elosúa et al., 2017).

i) Ağır dereceye sahip DEHB

DSM-V tanı ölçütlerinin tamamına yakınına karşılamanı karşılayan gruptur. Çok erken yaşlarda anlaşılır. Çocukta erken yaşlarda başlamak üzere ciddi uyum sorunları, oyun kuramama, akademik başarıda düşüklük gibi işlevsel bozulmalar ortaya çıkar (Kooij et al., 2019; Söngüt & Özakar Akça, 2022).

ii) Orta dereceye sahip DEHB

DSM-V tanı ölçütlerinin bir bölümünü karşılar. Genellikle okul döneminde tanılama yapılarak tedaviye başlanır (Kooij et al., 2019).

iii) Hafif dereceye sahip DEHB

DSM-V tanı ölçütlerini en düşük düzeyde karşılar. Genellikle sosyal yaşantısında bir sorunla karşılaşmazlar. Hastalık belirtileri en alt düzeyde olduğu için geç fark edilirler bu da tedavinin geç başlaması gibi olumsuz sonuçlar doğurabilir (Kooij et al., 2019).

2.1.4. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu etiolojisi

DEHB, çocukluk çağında sıkça görülen bir nöropsikiyatrik hastalıktır. Ancak, nörogelişimsel bozukluğun tam olarak nedenleri hala anlaşılammıştır. DEHB'in gelişiminde birçok farklı risk etmen rol aldığı ve multifaktöriyel etkenler olduğu düşünülmektedir (Çetin & Akay, 2014). DEHB'de nörobiyolojik bozukluklara genetik ve çevresel etkenlerin neden olduğu varsayılmaktadır (Çetin & Akay, 2014; Çetin, 2013).

DEHB'nin ortaya çıkmasında en önemli etmen olan genetik etkenlerin %70.0-76.0 oranında rol oynadığı belirtilmektedir (Çetin, 2013). Alanyazında yapılan farklı bir çalışmada ise, DEHB'nin oluşumunda genetik etmenlerin etki oranı % 80.0-90.0 olarak belirtilmiştir (Nigg et al., 2020). DEHB'nin oluşumunda genetik etmenlerin etkisini

araştırmak için yapılan ailelerin çocuk edinme ve ikiz çocuklar üzerindeki çalışmalarda da genetik etmenlerin %70.0 oranında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sciberras et al., 2017). İkiz çocuklar üzerindeki yapılan bir meta-analiz çalışması sonucunda ise genetik etmenlerin DEHB oluşumunda %77.0-88.0 oranında etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Cassone, 2015; Faraone & Larsson, 2019).

Yapılan moleküler genetik çalışmalarında dopaminerjik nörotransmitter sistemleri de DEHB ile ilişkilendirilmiştir. DEHB tanısı alan çocuklarda düşük dopamin düzeylerinin bulunduğu ileri sürülmüştür (Faraone & Larsson, 2019).

DEHB etyolojisine yönelik yapılan nörobiyolojik kanıtlarda fronto-subkortikal yollarda işlevsel bozuklukların temel kaynağında dopaminerjik ve noradrenerjik sistemlerdeki işlevsel bozukluklar ortaya çıkarılmıştır (Cassone, 2015; Graziano & Garcia, 2016; Kirk et al., 2017).

DEHB oluşumunda bir diğer etken olan çevresel etmenlerin, DEHB oluşumunda %10.0-40.0 arasında rol aldığı savunulmaktadır (Sciberras et al., 2017). DEHB etyolojisi üzerine yapılan başka bir çalışmada ise çevresel etmenlerin %20.0-30.0 oranında etkili olduğu belirtilmektedir (Banerji & Shah, 2017). Duygusal yoksunluk, aile ilişkileri, zorlayıcı yaşam koşulları ve kişinin yaşadığı çevre gibi etmenler (Banerji & Shah, 2017; Sokolova et al., 2017), DEHB'nin var olan durumunun ortaya çıkmasına, daha da kötüleşmesine ve hatta farklı psikiyatrik hastalıkların eklenmesine neden olabilmektedir (Çetin & Akay, 2014).

Çok sayıda prenatal, perinatal ve postnatal etmenin DEHB üzerinde etkili olabileceği bildirilmiştir. Prenatal ve perinatal risk etmenleri arasında; ileri yaşta gebelik, madde kullanımı, enfeksiyon hastalıkları, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, folik asit eksikliği, doğum sırasında komplikasyonlar ve ebeveyn stresi bulunurken, postnatal dönemde ise; beyin travmaları, metabolik/hormonal hastalıklar, yetersiz beslenme ve besinlerden kaynaklı risk etmenleri önemli rol oynamaktadır (Kooij et al., 2019; Santonastaso et al., 2020; Sciberras et al., 2018).

2.1.5. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun prognozu

Yapılan çalışmalarda DEHB'nin; %60.0-80.0 oranında ergenlikte, %40.0-60.0 oranında ise yetişkinlik döneminde sürdüğü sonucuna varılmıştır (Cordier et al., 2018). 2019 yılında yapılan farklı bir çalışmada ise DEHB'nin erişkinlik döneminde %30.0-65.0 oranında sürdüğü bildirilmiştir (Hamrakova et al., 2019). DEHB, genellikle çocukluk

döneminde başlayan bir hastalık olarak bilinse de, belirti ve bulgular yetişkinlik dönemine kadar sürebileceği alanyazındaki çalışmalarla da görülmektedir (Santonastaso et al., 2020).

DEHB tedavisinde tanının erken dönemde konulması oldukça önemlidir. Geç kalınmış tanılamada uyarıcı tedavisinin geç başlaması çocuklarda ergenlik ve erişkinlik döneminde anti-sosyal kişilik bozukluğu, depresyon, madde kullanımı, akademik başarısızlık gibi riskleri arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. DEHB'nin erişkinliğe dek sürmesinin nedenleri arasında en yaygın olarak; teşhis için geç kalınmış olma, tedavi olmama, hastalığın şiddetinin ağır seyretmesi ve eş tanıların varlığı olduğu düşünülmektedir (Hamrakova et al., 2019; Kooij et al., 2019).

2.1.6. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavisi

DEHB'nin tedavisinde şimdiye kadar birçok farklı tedavi seçenekleri önerilmiştir. Bu tedavi seçenekleri farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviler olarak iki gruba ayrılmaktadır (Feldman et al., 2018). Ancak bu iki tedavi yönteminin tek olarak kullanımı etkinliği sınırlı kalabilmektedir (Storebø et al., 2019). Farmakolojik tedavi yöntemlerinde; dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik gibi DEHB belirtileri üzerine etkili olsa da çocuğun sosyal ilişkilerini de düzeltebilmek için non-farmakolojik tedavi (psikoeğitimler, psikoterapiler) yöntemleri ile birlikte bir tedavi planlamasının yapılması tedavinin başarısını artırmaktadır. (Özgen et al., 2021; Storebø et al., 2019). DEHB tedavisinde, çocuk ve ailesinin psikolojik, davranışsal ve akademik sorunlarına odaklanan çok yönlü bir tedavi yaklaşımı önerilmektedir (Öztürk et al., 2018).

a) Farmakolojik tedavi yöntemleri

DEHB'nin tedavi temelinde farmakolojik tedavi teknikleri bulunmaktadır (Öztürk, 2022). 5 yaş üstü çocuk ve ergenlerde çevresel etmenler düzenlendikten sonra, DSM-V tanı ölçütlerine göre en az bir yaşam alanında izlenmeli/gözlemlenmeli hala çocukta DEHB belirtileri varsa ilaç tedavisi başlanması önerilmektedir (Öztürk et al., 2018) DEHB'de en sık kullanılan ilaç grubu psikostimülan grubundan olan, metilfenidat ve amfetamindir (Feldman et al., 2018). Psikostimülan grubu ilaçlar; prefrontal korteks etkinliğini artırarak, presinaptik alanda dopamin ve norepinefrin taşıyıcılarını bloke eder, katekolamin iletimini artırır ve bu şekilde DEHB'nin olumsuz etkilerinin azaltılması amaçlanır (Caye et al., 2020; Cortese et al., 2018). Çocuk ve ergenler üzerinde yapılan birçok meta-analiz çalışmaları sonucunda da psikostimülan grubu ilaçların DEHB

tedavisindeki etkinliği kanıtlanmış ve yaşam kalitesindeki artış vurgulanmıştır (Riany & Ihsana, 2021).

DEHB’li çocuk ve ergenlerde, psikostimulan ilaçların on yıldan daha uzun süre kullanımında; belirti ve bulguların azaltımı açısından ilacı bırakanlara göre daha iyi bir sonuç alındığı bildirilmiştir (Riany & Ihsana, 2021; Swanson et al., 2017). Psikostimulan ilaçların hafif/geçici olduğu için çoğunlukla kabul edilebilir yan etkileri vardır. Bu yan etkilerin başlıcaları; uyku düzeninde bozulma, mide bulantısı, nabızda artış, kan basıncında artış, baş ağrısı sayılabilir (Greenhill et al., 2020; Storebø et al., 2023). Psikostimulan ilaçların uzun süreli kullanımında yapılan bazı çalışmalarda büyüme hızını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Greenhill et al., 2020). Greenhill ve arkadaşları tarafından 2020 yılında tamamlanan bir çalışmada; DEHB tanılı 579 ve sağlıklı 289 çocuk 16 yıl boyunca izlenmiş, DEHB tanılı çocuklarda psikostimulan ilaç kullanımının ergenlik döneminde büyüme eğrilerinde sağlıklı çocuklardan farklılık gösterdiği belirtilmiş (Greenhill et al., 2020), DEHB tanısı alıp ilaç kullanan çocuklar ve ergenlerin, sağlıklı çocuklara göre boy uzunluklarının daha kısa vücut ağırlıklarının ise daha fazla olduğu açıklanmıştır (Greenhill et al., 2020; Hennissen et al., 2017).

DEHB ilaçları reçete edilirken mutlaka diğer tedavi seçeneği olan davranışsal girişimlerle birlikte reçete edilmelidir. Kanıta dayalı kılavuzlarda tedavi seçeneklerinde DEHB’nin en yaygın ve nitelikli tedavi seçenekleri; farmakolojik ve psikolojik, davranışsal girişimlerin bir arada uygulanması şeklinde önerilmektedir (Catalá-López et al., 2015; Kutlu & Durak, 2015; Thomas et al., 2015).

b) Non-Farmakolojik tedavi yöntemleri

DEHB, uzun yıllar süren bir hastalıktır ve çoğu hastada yürütücü işlev bozukluğuyla nitelendirilmektedir. Bu nedenle, bu tanı konan hastaların uzun sürede ya da aralıklı olarak danışmanlık, rehberlik ve psikoterapi gereksinimi olabilir. (Kutlu & Durak, 2015; Thomas et al., 2015). Alanyazında incelendiğinde farmakolojik tedavinin psikososyal terapiler ile bir arada yürütülmesi DEHB’nin oluşturduğu olumsuzlukların giderilmesinde daha başarılı sonuçlar ortaya çıkarttığı belirtilmiştir (Caye et al., 2019; Feldman et al., 2018; Özbay & Kayhan, 2024; Özgen et al., 2021; Özgün Öztürk, 2019). Ebeveyn eğitimi, sosyal beceri eğitimi, oyun terapisi, sanat terapisi ve bilişsel davranışçı terapi gibi psikososyal yöntemler, en önemli non-farmakolojik tedavi seçenekleri

arasında yer almaktadır. Bu yöntemler, DEHB'nin tedavisinde tamamlayıcı tedaviler olarak yeğlenmektedirler (Hunt et al., 2019; Karadağ, 2021).

Ebeveyn eğitimi; okul öncesi grupta ve 8-18 yaş arası hafif/orta DEHB belirtisi gösteren çocuk ve ergen hastalarda yeğlenebilecek kabul edilen birincil tedavi seçeneği olarak önceliklendirilmekte olup ağır DEHB belirtileri gösteren çocuk ve ergenlerde ilaç tedavisine önemli bir destek olması için yeğlenmektedir (Hunt et al., 2019; Risley et al., 2020). Yapılan çalışmalarda ebeveyn eğitimi ile; ebeveynde stresin azaltılması, özgüvenin artırılması ile uygunsuz aile işlevleri azaltılmış buna bağlı olarak verilen eğitimlerle DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde, DEHB belirti ve sorunlarının azaltıldığı sonucuna varılmıştır (Risley et al., 2020).

DEHB tedavisinde yararlı olduğu kanıtlanmış bir diğer tedavi yaklaşımı da BDT'dir. BDT uygulamasında temelde çocuk ve ergenlere, bilişsel ve davranışsal uyarılar verilerek öfke ve davranış bozukluğu sorununu ortadan kaldırarak, öz kontrol sağlamayı ve sorun çözme becerilerini artırması hedeflenmektedir (Caye et al., 2019; Coelho et al., 2017; Cortese et al., 2015; Daley et al., 2018; Ding et al., 2018; Risley et al., 2020; Sprich Susan E et al., 2016).

DEHB tedavisinde etkinliği tam olarak kanıtlanmamış non-farmakolojik tedavi yöntemleri, Neurofeedback eğitimi ve Noninvaziv Beyin Stimulasyonu uygulamalarıdır. Neurofeedback eğitimine göre, beyin etkinlikleri elektrotlarla görsel ve akustik bir sinyale dönüştürülerek katılımcının ekrandan bu aktiviteleri kontrol edebileceği düşünülmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda kanıt temeli zayıf bulunmuştur (Cairncross & Miller, 2020; Lee et al., 2019). Noninvaziv Beyin Stimulasyonu uygulamaların da ise; kortikal işlevleri kontrol etmek için kullanılan, dürtüsellik/hareketlilik ve dikkatsizlik gibi DEHB belirtilerini kontrol altına almak için umut verici bir teknik olmasına karşın tedavi kılavuzları tarafından henüz önerilmemektedir (Lee et al., 2019). Bir diğer non-farmakolojik tedavi seçeneklerinden olan; spor, bilinçli farkındalık eğitimi ve yoğa gibi terapilerin DEHB davranışları üzerinde olumlu etkisi olmasına karşın tedavide kanıt düzeylerinin zayıf kalması nedeniyle destekleyici tamamlayıcı tedavi olarak görülmemektedirler (Cairncross & Miller, 2020).

2.2. Bilişsel Davranış Terapi (BDT)

2.2.1. Bilişsel davranış terapi tanımı

Psikoterapi; sözel ve bireysel düşünce ve davranış tarzının, ilaç ya da benzeri etkiler olmadan düşünsel olarak gerçekleştirildiği yöntemler bütünüdür (Türkçapar, 2018). Etkinliği ve başarısı en çok araştırılmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiş psikoterapi yöntemi ise BDT'dir (Türkçapar, 2018). BDT; biliş, davranış ve duygu arasındaki etkileşime odaklanan bir psikoterapi yöntemidir. BDT, en temel biçimi ile bireyin duygu ve davranışlarının, yaşamış olduğu olaylardan etkilendiğini varsayar (Türkçapar, 2018). İşlevsel olmayan düşüncelerin aslında tüm psikolojik bozukluklarda, temel sorun ve ortak noktası olduğunu savunur (Bengisoy et al., 2019).

Bireyi kendisine yardımcı olmayan uyumsuz, bilişsel ve davranışsal kalıpları sorgulaması ve sonrasında kendisine yararlı olacak bilişsel ve davranışsal kullanışlı çözümler geliştirmesi konusunda destekler (Bengisoy et al., 2019). BDT'de bilişsel unsurlar olan düşünceler, imgeler ve inançlar kullanılır (Türkçapar, 2018). BDT bireyin rahatsızlıklarını, psikolojik iyi oluşunu ve dayanıklılığını hedefleyen bir terapi yöntemidir (Erden & Eminoğlu, 2020; Mahone & Denckla, 2017). BDT, günümüz çocuk ve ergenlerinin sorunlarıyla ilgilenmekle birlikte çocuklar ve ergenlerin işlevselliğini etkileyen var olan düşüncelere odaklanır (Karadağ, 2021).

BDT teknikleri, çocuk ve ergenin düşünce ve davranışlarında değişiklik ortaya çıkarırken; çarpıtılmış, yanlış düşüncelerin fark edilmesi sağlanır (Bengisoy et al., 2019). Ödev verme gibi çeşitli tekniklerle seçenekli düşünce üreterek duygu ve davranış değişikliği oluşturması amaçlanır (Vurucu, 2023).

Tarihi açıdan BDT'in gelişim süreci davranışçı modelin kabul edilmesiyle başlamaktadır. Davranışçı modelin temeli, 19. yüzyılda Pavlov'un köpeği ile yaptığı klasik koşullanma deneyi ile atılmış olup, klinik olarak kullanımı ise; 1960'lı yıllarda psikanaliz kuramına tepki olarak başlamıştır (Gürlek, 2023). Beck ve Ellis'in çalışmalarıyla 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra bilişsel yaklaşım teknikleri yaygın kullanılmaya başlanmış ve bilişsel terapilerin zamanla davranışçı terapistlerce de benimsenmesiyle bilişsel davranışçı terapi ismiyle yeni uygulamalar ortaya çıkmış ve yaygınlaşmıştır (Vurucu, 2023).

BDT araştırılmaya açık ve deneysel yöntemlerle gelişimini sürdüren bir terapi yöntemidir. BDT tarihte ilk kez depresyon hastalarının tedavisinde kullanılmaya

başlanmış olmasına karşın zaman içerisinde kuramsal alt yapısı aynı kalmak koşuluyla kullanılan bazı tekniklerde ve formatta değişiklikler yapılmış ve diğer; DEHB, yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluklar, dürtüsel bozukluklar, psikotik bozuklukların tedavisinde de etkinliği çalışmalarla kanıtlanmıştır (Gürlek, 2023).

Beck' in psikopatoloji ile ilişkili biliş modeline göre, herhangi bir durumda çocuk ve ergenler duyumsadıkları duyguların ve vermiş oldukları davranışsal tepkilerin temelinde içinde buldukları durumu nasıl algıladıkları ve bu algıya yönelik geliştirdikleri düşünceler yer almaktadır (Gürlek, 2023; Gürsoy, 2018). BDT çocuk ve ergenin içinde bulunduğu duruma göre vermiş olduğu duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkilerin yapısını kavramsallaştırırken, bilişi; otomatik düşünceler, bireyin en derinde yatan temel inanışlar ve otomatik düşünceleri güdüleyen ara inanışlar olmak üzere üç temel yapıda inceler (Durmuş, 2020; Katmer & Hamamcı, 2023; Vurucu, 2023).

Bilişsel modele göre; çocuk ve ergenler ilk yaşantılarla ve önemli yaşam olaylarıyla karşılaştıkça temel inanışlar oluşmaktadır. Temel inanışlara bağlı olarak ara inanışların etkili olmasıyla, bir olay ve durum ile karşılaşıldığında olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkacaktır. Bu olumsuz, işlevsel olmayan otomatik düşünceler çocuk ve ergende; duygusal, fizyolojik ve davranışsal sonuçlara neden olacaktır (Çam et al., 2014; Katmer & Hamamcı, 2023).

2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitim

Psikoeğitim kavramı; 1970'lerde psikolojik rahatsızlıkların farmakolojik tedavi seçeneğine farklı bir yöntem/tamamlayıcı olarak, danışanların var olan ve gelecekteki psikolojik sorunları çözmelerine ve yaşam kalitelerini arttırmalarına yardımcı olmak üzere geliştirilen bir eğitim tekniğidir (Willcutt, 2012). Amerikan Hemşireler Birliği'ne göre, ruh sağlığı hemşiresinin standartlarından biri; hastaya bireysel, grup ya da aile sağlık eğitimi vererek; başarılı, yeterli, üretken ve sağlıklı yaşam modellerinde hastaya destek olmaktır (Çam et al., 2014).

Hemşirelerin en önemli rollerinden biri; toplumun, ailenin ve bireyin sağlığını geliştirmek, hastalıkları önlemek ve hastalık durumunda uygun baş etme becerilerini öğretmektir (Willcutt, 2012). Bu görevleri yerine getirirken en önemli rollerinden biri eğitimidir (Willcutt, 2012).

Psikoeğitimin birçok işlevi ve hedefi vardır. Bununla birlikte en önemli işlevi, grup ya da bireylere belirlenen hedef doğrultusunda bilgi aktarım becerilerini arttırmaktır (Çalışkan & Tarakçıoğlu, 2019; Kahraman & Tanrıku, 2019; Willcutt, 2012). Psikoeğitim uygulamalarının; birey ve ailesinin bakım yükünü azaltmak, stresi yatıştırmak, iletişimi güçlendirmek, hasta ve ailesi için yaşam kalitesini arttırmak, yeni başa çıkma tekniklerini kazandırmak, davranışsal ve bilişsel değişiklikler yapmak, duygusal destek sağlamak, hastalığın belirti ve bulgularını öğretmek tedaviye uyumu arttırmak gibi birçok işlev ve hedefi vardır (Willcutt, 2012).

Psikoeğitimler çocuk ve ergenin ayrıca bakım verenin gereksinimlerine göre birçok farklı modelde de yapılabilmektedir. Bu modeller; destekleyici model, kapsamlı geniş model, çoklu aile grup terapisi, aile odaklı tedavi, davranışçı eğitim modeli olarak sıralanabilir (Willcutt, 2012).

Günümüzde psikoeğitim; içerik, kapsam ve uygulama olarak oldukça gelişmiş olup okul, hastane, toplum ruh sağlığı merkezleri ve üniversiteler gibi toplumun geniş bir kesiminde kullanılabilmektedir (Toğluk, 2023).

Birçok psikiyatrik hastalıkların tedavi sürecinde etkinliğini göstermiş olan BDT; biliş, davranış ve duygu arasındaki etkileşime odaklanarak DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin; hastalığın neden olduğu dürtüsellik ve davranım bozukluğunun tedavisinde kanıtlanmış etkin bir yöntemdir (Aksoy, 2024).

Yaşam süreçleri içerisinde DEHB tanılı çocuklar ve ergenler, özellikle kişisel ilişkilerde yerine getirilmesi gereken ödev, sorumluluk ve becerilerde zorluklar yaşadıkları bilinmektedir. Bu nedenle zor bir çocukluk geçiren DEHB tanılı bireyler yaşamlarının ilerleyen yıllarında erken tedavi edilmediklerinde olumsuz eleştirilerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu deneyimler DEHB tanılı çocuk ve ergenin, yetişkinlik döneminde birçok çeşitli psikiyatrik ek hastalıklara neden oluşturabilmektedir. BDT tabanlı uygulamalar, kısa süreli iyileştirici stratejilerin geliştirilmesine de katkıda bulunabilmektedir (Kooij et al., 2019).

DEHB'nin BDT ile tedavisi ilk kez 1980'li yıllarda çocuk ve ergende dürtüsel sorunlara yönelik olarak oturumlar şeklinde Kendall ve arkadaşları tarafından başlanmıştır. Bu oturumların içeriğinde; çocuk ve ergenin sorun çözebilme yeteneğini geliştirmesine ve öz kontrolünü arttırmasına yardımcı olacak uygulamalar yer almaktadır (Kendall & Braswell, 1982). Kendall tarafından yapılan BDT uygulamalarının temel

amacı, çocuğun verilen görevleri ve sorumlulukları yerine getirirken durup düşünmesini sağlamaktır. Karşılaştığı durumlar karşısında ilk aklına gelen işlevsel olmayan duygu, düşünce ve davranışları değil de kendini yavaşlatıp uygun ve işlevsel duygularla düşünüp davranış göstermesidir (Bourtzou Chafouz, 2024).

BDT uygulamasının DEHB’de dürtüsellik ve hiperaktivite belirti ve bulgularını azaltmada etkili olduğu birçok araştırmacı tarafından kanıtlanmıştır (Bourtzou Chafouz, 2024; İmren et al., 2013; Özgün Öztürk, 2019).

DEHB tanısı almış 8-18 yaş arasında çocuk ve ergene yönelik BDT uygulamaları sonucunda, DEHB belirti ve bulgularını azaltmak için non-farmakolojik bir yöntem olarak kullanılabileceği kanıtlanmıştır (Öztürk, 2022). Alanyazında 32 çalışmanın incelendiği başka bir çalışmada, BDT uygulamalarının DEHB belirtilerini azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır (Nimmo-Smith et al., 2020). BDT uygulamalarının, yaş dönemi fark etmeksizin etkili olduğunu göstermek amacıyla yapılan araştırmalarda, okul öncesi dönemdeki DEHB tanılı çocuklara uygulanan BDT' in, DEHB belirti ve bulgularını üzerinde olumlu etkiler sağladığı sonucuna varılmıştır (Abdolalizadeh & Neiazi, 2020).

BDT uygulamalarının, DEHB tanısı almış çocuklar ve ergenlerde görülebilecek anksiyete ve depresyon bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu ve ayrıca DEHB belirti ve bulgularının şiddetinde de iyileşmeler sağladığı belirtilmiştir (Sciberras et al., 2018). Çocukları ve ergenleri kapsayan BDT uygulamasının sonuçlarına yönelik yapılan bir meta-analiz çalışmasında; beceri eğitimi ve multimodal tedaviler, saldırgan davranışı azaltmada ve sosyal becerileri geliştirmede daha etkin iken; sorun çözme uygulamalarının öfke deneyimlerini azaltmada daha az etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sukhodolsky et al., 2004). Alanyazında belirtildiği üzere, BDT uygulamaları DEHB tedavisinde non-farmakolojik tedavi seçenekleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Abdolalizadeh & Neiazi, 2020; Nimmo-Smith et al., 2020; Sciberras et al., 2018; Sukhodolsky et al., 2004).

2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; çocuğun ve ergenin bulunduğu kültürel ortam ve değerler sistemi içinde, kendi durumunu nasıl algıladığı ve içinde yer aldığı ekosistemdeki birçok etmenden etkilenen bir kavramdır (Duran, 2017; Kandemir et al., 2014). Çocuk ve ergenin yaşamdan ve kişisel iyilik durumundan aldığı hoşnutluk bir bütün olarak da açıklanmaktadır (Kavurma, 2023; Topcu & Çam, 2022). Yaşam kalitesi, yenileyen ve

uzun süreli olan ruhsal sağlık sorunları açısından oldukça önemli bir kavram olmakla birlikte genel sağlık ve iyilik durumunun nicel bir ölçümüdür (ztrk et al., 2018).

Yaşam kalitesi; hastalık durumu, hastalık belirtileri, fiziksel durumu ve sosyal durumu olmak üzere dört alt kavramdan oluşmaktadır. Sağlık bilimlerinde “sağlığın korunması” kavramından “sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi” kavramına geçildiği için yaşam koşullarının araştırılması daha da önem kazanmıştır (Söngüt & zakar Akça, 2022). Çocukluk ağında görülmeye başlanan kronik hastalıklarda, beklenen yaşam süresinin uzamış olmasından dolayı hastalık izleminde yaşam kalitesinin izlenmesi de önem kazanmıştır (Kavurma, 2023).

DEHB’den kaynaklanan temel güçlüklerin iş yaşamını, okul başarısını, aile ve akran ilişkilerini olumsuz yönde etkilemesi sonucunda yaşam kalitesi de düşmektedir (Nilüfer & mr, 2021). DEHB tanısı alan çocuklar ve ergenler, DEHB tanısı olmayan çocuklar ve ergenlere göre sosyal ilişkilerde özellikle ilişki kurmakta önemli ölçüde sorunlar yaşamaktadırlar (Duran, 2017). DEHB, yaşamın hemen hemen her alanını etkilediği ve kronik bir seyir izlediği için, hastalık seyrinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Duran, 2017).

Yaşam kalitesi kavramında aile çevresi, sosyal ortam, ekonomik durum gibi dış etkenlerin yanı sıra en önemli etken olarak, fiziksel hastalıkların varlığı temel sorun olarak kabul edilmektedir (etin & Akay, 2014). Yaşam kalitesi, ocuk ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu, planlaması, izlenmesi, rutin sağlık izlemi ve klinik çalışmalarda güvenilir bir Şekilde değerlendirilmesi gereken önemli bir çıktıdır (Söngüt & zakar Akça, 2022). Yaşam kalitesinin izlenmesinin bir diğer önemli nedeni ise; yetişkinlik döneminde ortaya çıkan ve yaşam kalitesinde bozulmalara neden olan etkenlerin, bireyin çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan yaşam kalitesi sorunlarından kaynaklanmış olabileceğinin ve erken dönemde bu sorunları gidermeye yönelik uygun girişimlerde bulunulmayla birlikte yetişkinlikte yaşam kalitesi standartlarının ykseltilebileceğinin vurgulanmış olmasıdır (Söngüt & zakar Akça, 2022). ocuk ve ergenin yaşam kalitesini ölçmeye yönelik birçok farklı ölçek geliştirilmiştir (Nilüfer & mr, 2021). Bununla birlikte bu ölçeklerin ocuk tarafından mı yoksa çocuğun yanında bulunan bir büyüğü/ebeveyni tarafından mı doldurulması gerektiği tartışılan konulardandır. ocuk ve ergenlerin aileleri ile bir arada birbirine benzer olarak doldurabilecekleri değerlendirme formlarının sayısı az olsa da, sonuçların her zaman uyumlu olması beklenmemektedir (Nilüfer & mr, 2021).

Alanyazında DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Beckman ve arkadaşları tarafından 2016 yılında İsveç'te yapılan bir çalışmada, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin daha kötü sosyal ilişkileri ve okul başarısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Beckman et al., 2016).

2010 yılında Danckaerts ve arkadaşları tarafından yapılan 36 çalışmayı içeren bir meta-analiz çalışmasında, 29 çalışmada DEHB tanılı çocuk ve ergenin yaşam kalitesi düzeyinde önemli ölçüde bir düşüşün olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Danckaerts et al., 2010).

Varni ve arkadaşlarının 72 DEHB, 66 kanser, 57 serebral palsi ve 3256 sağlıklı 5-16 yaş arası çocuk ve ergeni kapsayan başka bir çalışmada, çocuk ve ergenlerde görülen diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi DEHB tanısı konan çocukların da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (Varni & Burwinkle, 2006). Ruhsal bozukluğu olan çocukların herhangi bir alanda yardıma ve desteğe gereksinim duymaları durumunda buna yönelik girişimde bulunmanın çocukların yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığı bildirilmiştir (Varni & Burwinkle, 2006).

2012 yılında Altın ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise; çocuk ve ergenin tanı aldığı ilk zamanlarda yaşam kalitesinin önemli derecede bozulduğu, tedavi süreci başladıktan ve başarılı şekilde ilerledikten sonra yaşam kalitesinde yeniden düzelmeler olduğu sonucunu bildirmiştir (Altın et al.).

Avrupa bölgesinde bulunan ülkelerde yapılan, DEHB tanılı çocuklar ve ergenlerin, akran ilişkileri, aile ilişkileri, ev ve okul ilişkilerine yönelik nitel çalışmada, DEHB tanılı çocukların diğer gruplara göre daha fazla çatışma yaşadıkları bu durumun yaşam kalitelerinde düşüşe neden olduğu belirtilmiştir (Topcu & Çam, 2022).

Kandemir ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan 7-16 yaş çocuk ve ergeni kapsayan 76 DEHB tanılı ve 59 sağlıklı çocuk ve ergenin yer aldığı çalışmada, DEHB tanılı grubun yaşam kalitesi toplam ve alt boyut ölçek puanları daha düşük çıkmıştır (Kandemir et al., 2014).

Peasgood ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada ise, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde kardeşler arası zorbalığın daha fazla olduğu ve bu ailelerin daha mutsuz olduğu belirtilmiştir (Peasgood et al., 2016).

Alanyazında da belirtildiği gibi DEHB'nin sağlıklı bireylere göre yaşam kalitesinde önemli ölçüde düşüklüğün ortaya çıkması; çocukluk ve yetişkinlik

dönemlerinde de akademik başarıda, sosyal ilişkilerde, iş yaşamında ve günlük yaşamın birçok yerinde işlevsel bozukluklara neden olmaktadır (Duran, 2017). Kronik bir hastalık olan DEHB'nin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin ölçülmesi, bu bozuklukların değerlendirilip uygun yaklaşımlarla birlikte yaşam kalitesini arttıracak; toplumsal, ulusal ve çevresel sağlık politikalar yeniden düzenlenebilir (Duran, 2017).

2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Anksiyete ve Depresyon

Ruhsal bir bozukluk olarak adlandırılan depresyonun; ortaya çıkma nedenleri, gidişi ve tedavisi yönünde oldukça kapsamlı, geniş ve karmaşık bir yapısı bulunmaktadır (Varni & Burwinkle, 2006). Depresyon; genel anlamda ruhsal durumdaki ümitsizlik, enerjide azalma, öz güven eksikliği, iştahsızlık, üzüntü, karamsarlık, değersizlik, uyku ve yeme sorunları ile uğraşılara karşı ilgisizlik gibi belirtileri olan, belirli olay ve hastalıklarla ortaya çıkabilen psikopatolojik bir durumdur (Bal, 2018; Gül & Öncü, 2018; Gümüş et al., 2014; Selçuk Duru et al., 2021).

Çocuk ve ergenlerde en belirgin depresyon belirtileri; okula karşı ilgisizlik, öz bakımda azalma, günlük aktiviteler ve oyunlara katılmada azalma, iştah ve uyku sorunları, yetişkinler gibi geleceğe karşı karamsarlık olarak kendini gösterebilmektedir (Güleş et al., 2018).

Günümüzde ergen ve çocuklarda geçmişe göre depresyon görülme oranı artmaktadır (Filazoğlu Çokluk & Pekel, 2024; Güleş et al., 2018). Özellikle ergenlikte depresyon görülme oranının %15.0-20.0 arasında değiştiği belirtilmiştir (Filazoğlu Çokluk & Pekel, 2024). Depresyonun çocuk ve ergenlerde görülen bir psikopatolojik bozukluk olduğunda tedavi edilmesi bireyin ruhsal sağlığı açısından oldukça önemli olup BDT uygulamaları, çocuk ve ergende depresyon ve ruhsal bozuklukların tedavisinde etkin rol oynamaktadır (Dokuzlu, 2022).

Yapılan çalışmalar sonucu DEHB tanılı çocuk ve ergende hastalığın getirmiş olduğu işlevsel olmayan dürtü/hareketlilik ve dikkat sorunlarıyla bağlantılı olarak sosyal uyum güçlüklerinin depresyon gelişme riski, DEHB tanısı almayan sağlam çocuk ve ergenlere göre 5.5 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Holbrook et al., 2016). DEHB erken dönemde tanılanmayıp tedavi başlanmadığında, süreç içerisinde eş tanılar ile depresyon görülme olasılığının artması ve DEHB belirtilerinin daha da şiddetleneceği düşünülmektedir (Arıcak & Beşaltı, 2018; Holbrook et al., 2016).

Daviss ve arkadaşları tarafından üçüncü basamak ruh sağlığı kliniğinde, 11-18 yaş arası 75 DEHB tanılı çocuk ve ergenleri kapsayan retrospektif bir çalışmada DEHB belirtilerin ortaya çıkmasından tedavi başlangıcı arasında geçen süre uzadıkça majör depresyon gelişme riskinin arttığı öne sürülmüştür (Daviss et al., 2008).

Anksiyete; nedeni bilinmeyen belirsiz korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacak duyumsaması ile yaşanan psikopatolojik düşüncelerdir (Selçuk Duru et al., 2021). Çocukluk ve ergenlik dönemi anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli bir risk evresidir (Kılıçoğlu et al., 2020). Bu dönemde anksiyete; başlangıç seviyesi olan hafif belirtilerden, ciddi anksiyete bozukluklarına varıncaya dek çeşitli aşamalarda kendini gösterebilmektedir (Kılıçoğlu et al., 2020). Anksiyete organizmanın tehlikeli durumlardan kaçmaya çalıştığı beyin vermiş olduğu patolojik olmayan bir duygu olarak da gösterilebilir. Anksiyete işlevselliği bozmaya başladığında, bu noktadan sonra patolojik duruma gelmektedir (Kaval & Sütçü, 2016).

Anksiyete belirtileri; fizyolojik, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtiler olarak dört grupta toplanabilir (Nilüfer & Ömür, 2021). Fizyolojik belirtilerde; solunum ve kalp atımında hızlanma, terleme, bitkinlik, iştahsızlık, kaşınma gibi belirtiler sayılabilirken duygusal belirtilerde; korku, şaşkınlık, endişe, gerginlik, sabırsızlık, tedirginlik gibi belirtiler gösterebilmektedir. Davranışsal belirtilerde; konuşma bozukluğu, durgunluk, uyum sağlayamama, kaçma-kaçınma belirtileri olabilirken bilişsel belirtilerde ise; dikkati toplayamama, nesnellikte kayıplar, zihinsel bulanıklıklar, olayların üstünden gelemeyecek düşüncesi ortaya çıkabilmektedir (Kaval & Sütçü, 2016)

Epidemiyolojik çalışmalar, DEHB olan çocukların yaklaşık üçte birinde anksiyete bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur (Holbrook et al., 2016). Alanyazında yapılan sağlıklı çocuk ve ergen ile DEHB tanısı olan çocuk ve ergenin karşılaştırdığı çalışmada, DEHB tanısı alanlarda anksiyete görülme oranı 3 kat daha fazla çıkmıştır (Beckman et al., 2016).

Alanyazında Mancini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, anksiyete bozukluğu tanısı alan 149 çocuk ve ergene yönelik yapılan araştırmada, %19.5'inin DEHB tanısı aldığı belirlenmiştir (Koyuncu & Binbay, 2014). 2014 yılında Koyuncu ve Binbay tarafından yapılan bir çalışmada, DEHB tanılı çocuk ve ergende anksiyete bozukluğunun daha erken dönemlerde başladığı ve DEHB'nin anksiyete ve depresyonla ilişkisini güçlendirdiği belirtilmiştir (Koyuncu & Binbay, 2014).

Alanyazında yapılan birçok çalışmada DEHB yalnızca çocuk üzerinde değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini de etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Aricak & Beşaltı, 2018). DEHB tanısı alan çocuk ve ergenin ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon düzeylerinin, sağlıklı normal gelişim gösteren çocuk ve ergenin ebeveynlerine kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Aricak & Beşaltı, 2018).

Sonuç olarak DEHB tanılı çocuk ve ergende, depresyon ve anksiyete bozukluğunun görülme oranı, sağlıklı çocuk ve ergene göre daha yüksek düzeydedir (Holbrook et al., 2016).

DEHB tanısına ek olarak depresyon ve anksiyete eklenmesi hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (Holbrook et al., 2016). BDT uygulamalarının, depresyon ve anksiyetenin yıkıcı etkilerini onarmada etkili olduğu çalışmalarla belirtilmiştir (Asutay & Karaaziz, 2023; Filazoğlu Çokluk & Pekel, 2024; Karaman et al., 2013; Vurucu, 2023).

2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Hemşirelik Uygulamaları

DEHB, çocuk ve ergenlerin yaşamını olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren çok yönlü bir hastalıktır (Kaval & Sütücü, 2016). Bu hastalığın tedavisinde, psikososyal ve farmakolojik tıbbi girişimler ayrı ayrı ya da birlikte kullanılmaktadır (Kaval & Sütücü, 2016). Tıbbi girişimlerde, farmakolojik ilaç uygulamaları uzman çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından çocuk ve ergene yönelik olarak belirlenip uygulanırken, psikososyal yaklaşımlar; aile, okul ve çocuk/ergen odaklı olmalıdır (Öztürk, 2022).

DEHB hastalığında hemşirenin rolü, sağlığın iyileştirilmesi, sürdürülmesi ve korunması süreçlerinde etkin olarak yer alan bir sağlık çalışanı olmaktır (Topcu & Çam, 2022). Yasalarca da koruma altına alınan bu görevde yalnız çocuğun ve ergenin değil aynı zamanda ailesiyle çevresinin de bakım sürecinde birlikte yönetilmesinin önemli olduğu belirtilmiştir (Bakanlığı, 2010; Topcu & Çam, 2022). Çok yönlü bir tedavi yaklaşımı gerektiren DEHB'de, psikososyal girişim ve iletişim becerilerinin kullanıldığı tedavilerde disiplinler arası çalışma büyük önem taşımaktadır (Kooij et al., 2019). Hemşire; aile, çocuk ve diğer çevre ile DEHB'nin getirdiği bilişsel ve davranışsal bozuklukların tedavisinin sürdürülmesinde kilit rol oynamaktadır (Emser et al., 2018; Yüyen & Ayakdaş Dağlı, 2023).

DEHB tanısı verilirken, DSM-V ölçütlerindeki belirtilerin en az iki farklı ortamda (ev, okul vb.) görülmesi gerektiği belirtilmektedir (Topcu & Çam, 2022). Bu nedenle tanı sürecinde; hekim, hemşire, öğretmen, aile gibi çeşitli kişilerden görüş alınması önemlidir.

DEHB'nin tanılanmasında olduğu gibi tedavisinde de ekip işi önemli bir yer tutmaktadır. Çocuk ve okul hemşiresinin iş birliği, akademik başarısının artırılması için önemli bir etken olup hemşire bu ekibin en önemli üyesidir (Heuer & Williams, 2016; Topcu & Çam, 2022). DEHB'de verilen hemşirelik bakımının temelini, çocuk/ergenle birlikte ailenin desteklenmesi ve eğitimi oluşturmaktadır (Çakır & Ertem, 2021).

Alanyazın incelendiğinde DEHB psikososyal tedaviler içinde çocuk/ergen ve ebeveynlere yönelik verilen eğitimin geçerliliği kanıtlanmış yöntemler arasında gösterilmektedir (Yüyen & Ayakdaş Dağlı, 2023). Bu eğitim programında; ebeveynlere yönelik hastalığın tanımı, çocuğa yönelik davranış şekillerini kapsayan konular yer alırken; çocuk ve ergene yönelik eğitim içeriklerinde; ilaç tedavilerine uyum, yaşanan sorunla baş edebilme gibi davranışsal ve bilişsel konular yer almaktadır (Öztürk, 2022).

Çocuk ve ergenin olay ve durum karşısında, DEHB'nin getirmiş olduğu işlevsel olmayan bilişsel ve davranışsal sorunlar önemli çatışmalara neden olabilmektedir (Özyurt et al., 2016). Bu durum çocuk/ergen ve ebeveynlerde önemli anksiyete depresyona neden olabileceğinden hemşire bu durumun farkında olmalı, psiko eğitimlerde çocuklar ve ergenlere yer verdiği kadar ebeveynlere de yer vermelidir (Gundogdu et al., 2016a, 2016b).

DEHB ve hemşirelik uygulamaları ile ilgili alanyazın incelendiğinde; DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin empati düzeyleri, ailelerin algıladığı sosyal destek, kişiler arası sorun çözme eğitimi, annelerin tükenmişlik düzeyleri ve çocuk yetiştirme tutumları, ailelerin bilgi düzeyleri hakkında tezlere ulaşılmıştır (Topcu & Çam, 2022).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin DEHB'li çocukların tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynadığı, pek çok araştırma ve literatürle desteklenen bir gerçektir. Hemşirelerin, bilişsel davranış terapisi temelli psiko eğitim süreçlerine dahil olmalarının, tedaviye yönelik desteğin güçlendirilmesi açısından büyük bir önem taşıdığı belirtilmektedir (Nabors et al., 2013). Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin bu süreçteki görevleri arasında, eğitim ve bilgilendirme, izleme ve destek, çocuğun gelişimsel izlemi, aile ve çocuk arasındaki iletişimin güçlendirilmesi ve psiko eğitim sürecinin uygulanması yer almaktadır (Rosenbaum et al., 2016).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin DEHB'li çocukların tedavi sürecindeki rolü, yalnızca fiziksel bakım ile sınırlı kalmaz. Psiko eğitim ve bilişsel davranış terapisi temelli müdahalelerde, hemşirelerin eğitici, izleyici ve destekleyici rolü,

çocuğun terapiden en iyi şekilde faydalanmasına olanak tanır (Hoza et al., 2012). Ayrıca, hemşireler, çocukların yaşam kalitesini artırmaya, anksiyete ve depresyon gibi ikinci planda gelişebilecek psikolojik sorunları yönetmeye yardımcı olurlar. Bu bağlamda, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin tedavi sürecine dahil olmaları, DEHB'li çocukların gelişim süreçlerinde daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlar.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, ön test/son test olacak şekilde, tek kör randomize kontrollü deneysel bir tasarım olarak planlanmıştır.

Tek körleme çalışmasında katılımcılar hangi çalışma grubunda olduğunu bilmemektedir.

3.2. Araştırma Hipotezleri

Hipotez 1 (H1): DEHB tanısı olan çocuklara bilişsel davranış terapisi temelli verilen psikoeğitim programı çocukların yaşam kalitesi düzeyine etkisi vardır.

Hipotez 2 (H2): DEHB tanısı olan çocuklara bilişsel davranış terapisi temelli verilen psikoeğitim programı çocukların anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı

Bu çalışma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi/Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü'nde 25 Eylül 2023 ile 29 Ağustos 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik boyutu yönünden aşağıda belirtilen işlemler yapılmıştır.

- Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 2022/29 numaralı kararı ile bu araştırma, 19.12.2022 tarihinde doktora tez konusu olarak kabul edildi (EK 1.).
- Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan, 31.01.2023 tarihli ve 2023/31 numaralı karar ile etik izin alınmıştır (Ek 2.).
- Araştırmanın yapılacağı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden 22.09.2023 tarihli 24523'nolu karar ile yazılı kurum izni alındı (Ek 3.).
- Çalışma kapsamında Klinik Araştırma Numarası (Clinical Trial Number) alındı (NCT06624527).
- Araştırma kapsamında Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi'nden "Çocuk ve

Ergenlerde BDT Uygulayıcı Eğitimi” alındı (Barkod No: UN_041054323475554869027) (Ek 4.).

- Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler için ölçek geliştiricilerinden e-mail yoluyla izin alındı (Ek 5.).
- Araştırma kapsamında, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara çalışma hakkında ön bilgilendirme yapılmıştır.
- Hastaların isim ve bilgi gizliliği temel alınmıştır.
- Araştırmaya katılım gönüllülük temeline dayandırılarak ile yapılmıştır. Hastalardan araştırmaya katılmak için herhangi bir ücret istenmemiş ve araştırmaya katılan hastalara ek bir ödeme yapılmamıştır.
- Araştırmada girişim grubuna uygulanan BDT temelli psikoeğitimler, çalışma kapsamında etik sorun olmaması için 29 Ağustos 2024 tarihinden sonra kontrol grubuna da uygulanmıştır.
- Araştırma TÜBİTAK 1002- A Hızlı Destek kapsamında (Proje No: 323S232) desteklenmiştir.

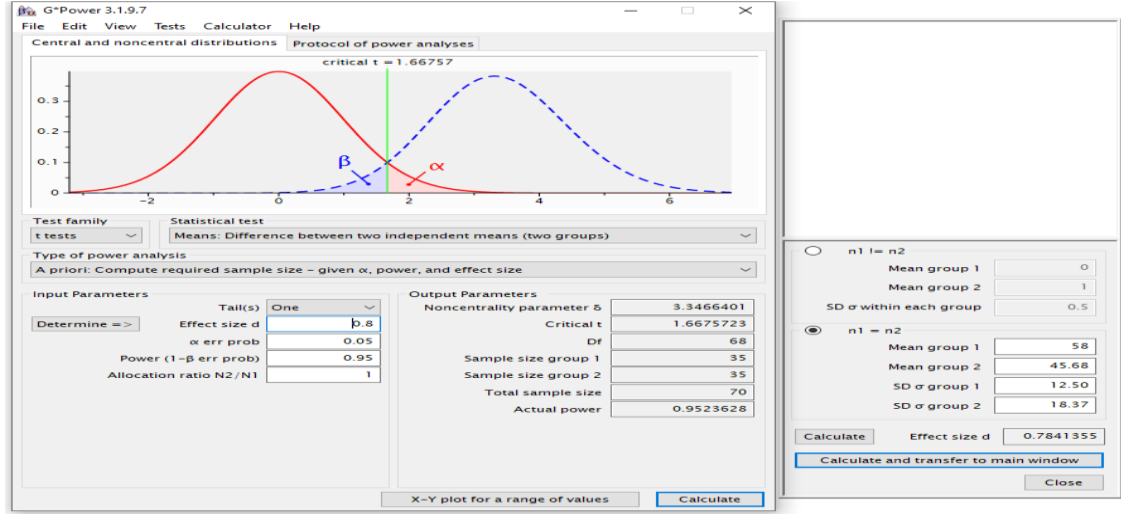
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi bölümüne başvuran, DEHB tanısı konan tüm çocuklar (yeni tanı alan çocuklar ve izlemleri yapılan çocuklar) ve ebeveynleri araştırmanın evrenini oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini, araştırma katılım ölçütlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ve aileleri oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için çalışmaya başlamadan önce, alanyazın incelemelerinde referans sonuçlar temel alınarak yapılan çalışmalar değerlendirilmiştir (Özgün Öztürk, 2019; Yılmaz, 2022). G Power 3.1.9.7 programına girilen veriler doğrultusunda, alfa: 0.05, etki büyüklüğü 0.8, güven aralığı %95 iken, her bir grup için araştırmaya alınması gereken katılımcı sayısı kontrol grubu için 35 çocuk ve ebeveyni; girişim grubu için 35 çocuk ve ebeveyn olarak belirlenmiştir.

Araştırma sürecinde oluşabilecek kayıplar göz önünde bulundurularak örneklem gruplarını 40’ ar kişilik gruplar halinde oluşturulmuş ve çalışmaya başlanmıştır. Bu sayı, istatistiksel gücü sağlamak ve araştırmanın geçerliliğini artırmak amacıyla belirlenmiştir.

Şekil 1. Örneklem Grubu Belirlemesi; G Power 3.1.9.7 Analiz Sonucu



3.5.1. Örneklem Alınma Ölçütleri

Çocukların araştırmaya katılım ölçütleri;

- DSM-V tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan,
- DEHB' ye eşlik eden eş psikiyatrik ve fiziksel hastalığı olmayan,
- Zihinsel engeli olmayan,
- Farmakolojik olarak tedavi almayan,
- 8-12 yaş aralığında olan,
- Okuma yazma bilen,
- İletişim kurulabilen ve iş birliği sağlanan,
- Araştırmaya katılımı kabul (ebeveyni ve/veya kendisi) eden çocuklar araştırma kapsamına alınmıştır.

Ebeveynlerin araştırmaya katılım ölçütleri:

- Çocuğunun araştırmaya katılmasına onay veren,
- Çocuğu ile birlikte yaşayan
- Çocuğun öz ebeveyni veya 1. derece bakımı üstlenmiş olan,
- İşitme-konuşma engeli olmayan,
- Tanı ve tedavi aldığı herhangi bir ruhsal hastalığı bulunmayan,
- İletişim kurabilen ve iş birliğine açık olan ebeveynler araştırmaya kapsamına alınmıştır.

Örneklem belirleme dışında kalan ölçütler, araştırmada dışlama ölçütleri olarak kabul edilmektedir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, çocuklar ve ebeveynleri için alanyazına dayalı olarak oluşturulan "*Kişisel Bilgi Formu*" (Durukan et al., 2009; Montoya et al., 2014; Öztürk, 2022; Yılmaz, 2022), çocukların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla "*Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇIYKÖ)*", çocukların anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmek için ise, çocuk ve ebeveyn tarafından ayrı ayrı doldurulan "*Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y- Çocuk/Ebeveyn Formu)*" kullanıldı (Ek. 6).

3.6.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu", çocuklara ve ebeveynlere ilişkin sosyodemografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleği, medeni durumu ve aylık gelirini, okul başarısı) ve hastalık hakkındaki bilgileri belirlemeye yönelik çocuklara yönelik 6, ebeveyne yönelik 11 soru olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır (Montoya et al., 2014; Öztürk et al., 2018; Yılmaz, 2022), (Ek. 6).

3.6.2. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (ÇIYKÖ)

Varni ve arkadaşları tarafından 1999 yılında, 2-18 yaş arasındaki çocukların fiziksel ve psikososyal yaşantılarını hastalıktan bağımsız olarak, sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık olma durumunun bileşenleri olan fiziksel sağlık, duygusal, sosyal ile okul işlevselliği ve psiko-sosyal sağlık alanlarını sorgulamaktadır. Toplamda 23 maddeden oluşan ölçek dördümlük likert şeklindedir. Ölçeğin güvenilirlik değerlendirmesinde, Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuştur. Madde puanları 0 ile 100 arasında değerlendirilir. Eğer sorunun yanıtı "hiçbir zaman" olarak işaretlenmişse 100 puan, "nadiren" olarak işaretlenmişse 75 puan, "bazen" olarak işaretlenmişse 50 puan, "sıklıkla" olarak işaretlenmişse 25 puan, "hemen her zaman" olarak işaretlenmişse ise 0 puan alınır. Bir kişinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, toplam puanı ne kadar yüksekse o kadar olumlu olarak değerlendirilir. Ölçek puanlaması üç farklı alanda yapılır: Ölçek Toplam Puanı, Fiziksel Sağlık Toplam Puanı ve Psikososyal Sağlık Toplam Puanı. Psikososyal Sağlık Toplam Puanı; duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliğini değerlendiren alanları kapsamaktadır (Varni & Burwinkle, 2006).

Ölçeğin Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2-7 yaş grupları için 2007 yılında, 8-18 yaş grupları için ise 2008 yılında; Çakın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Memik, 2007). Güvenilirlik değerlendirmesi için iç tutarlık çalışması yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Geçerlik değerlendirmesi ise, yapı geçerliğine ve klinik geçerliğine bakılarak yapılmıştır (Memik et al., 2007). Bu yapılan çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı girişim grubunda ön test ölçümlerinde 0.89, son test ölçümlerinde ise 0.90; kontrol grubu ön test ölçümlerinde 0.93 ve son test ölçümlerinde 0.94 olarak bulunmuştur (Ek. 6).

Araştırma sonuçlarına göre, çocuğun yaşam kalitesini olanaklar ölçüsünde kendisinin değerlendirmesi istenmektedir (Nilüfer & Ömür, 2021). Alanyazın doğrultusunda, bu araştırmamızda yaşam kalitesi formunu yalnızca çocuk ve ergenler doldurmuştur (Nilüfer & Ömür, 2021).

3.6.3. Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği- yenilenmiş çocuk/ebeveyn formu (ÇADÖ-Y- ÇF, ÇADÖ-Y-EF)

Yenilenmiş Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y), çocuklarda DSM-IV temelli depresyon ve anksiyete bozukluklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir klinik belirti-bulgu tarama ölçeğidir.

Chorpita ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen bu ölçek, ebeveyn ve çocuk formlarından oluşur ve her bir form bağımsız olarak doldurulabilir. Çocuk ve ebeveyn ölçeği 47 maddeden ve toplamda 6 alt boyuttan oluşmaktadır (Chorpita et al., 2000). Bu boyutlar şunlardır: Ayrılma Anksiyetesi (5, 9, 17, 18, 33, 45, 46. maddeler), Sosyal Fobi (4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38 ve 43. maddeler), Obsesif Kompulsif Bozukluk (10, 16, 23, 31, 42 ve 44 maddeler), Panik Bozukluk (3, 14, 24, 26, 28, 34, 36, 39 ve 41. maddeler), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (1, 13, 22, 27, 35 ve 37. maddeler) ve Majör Depresif Bozukluk (2, 6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 40 ve 47 maddeler). Ölçek puan değerlendirilmesinde, toplamda sekiz puan sayımı yapılabilmektedir. Bu puanlar; altı alt boyut, anksiyete toplam puanı ve anksiyete-depresyon toplam puanı olarak bilinen ölçeğin toplam puanlarını temsil etmektedir (Görmez et al., 2017).

Toplam Anksiyete Puanını belirlemek için; Ayrılma Anksiyetesi, Sosyal Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu alt boyutları maddelerinin puanları toplanmaktadır. Anksiyete-Depresyon Toplam Puanı ise,

bu hesaplama Majör Depresif Bozukluk alt boyutu puanının eklenmesiyle elde edilir (Görmez et al., 2017).

Ölçeğin özgün formundaki alt boyutların Cronbach alfa katsayıları; Sosyal Fobi için 0.82, Panik Bozukluk için 0.79, Ayrılma Anksiyetesi için 0.76, Majör Depresif Bozukluk için 0.76, Obsesif Kompulsif Bozukluk için 0.73 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu için 0.77 olarak açıklanmıştır (Chorpita et al., 2000).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik güvenirlik çalışması Görmez ve arkadaşları tarafından 2017 yılında gerçekleştirilmiş, Cronbach alfa 0.95, alt alt boyutlar ise 0.75 ile 0.86 arasında açıklanmıştır. Türkçeye uyarlanması yapılan Ölçek 47 maddeden oluşmakta olup dördümlük likert yapısıdır (0= asla, 1=bazen, 2=sık sık ve 3=her zaman) (Görmez et al., 2017).

Çocuk ve ebeveyn ölçeği tamamlandıktan sonra, çocuğun cinsiyeti ve yaş skorlama tablosuna kaydedilerek; T ve RAW puanları belirlenmektedir. Ölçek puan hesaplaması ölçek geliştiricisi tarafından özel kapalı formülasyonla hazırlanmış RCADS-Parent: scoring program version 32 Excel programı kullanılarak yapılmıştır. RAW skoru değerlendirilmesinde herhangi bir kesme puanı bulunmamakta olup skor değeri arttıkça anksiyete depresyon durumu artmaktadır. Herhangi bir alt ya da toplam ölçek T skoru 65 ve üzerindeki puanlar sınırda klinik eşiği gösterirken, 70 ve üzerindeki puanlar klinik eşik olarak kabul edilmektedir (Görmez et al., 2017)., (Ek. 6).

Yapılan bu çalışmada; ön test ve son test ÇADÖ-Y-ÇF Cronbach alfa katsayıları sırasıyla, girişim grubunda 0.85 ve 0.80, kontrol grubunda ise 0.97 ve 0.98 olarak belirlendi. Ebeveyn katılımcıların ön test ve son test ÇADÖ-Y-EF Cronbach alfa katsayıları sırasıyla, girişim grubunda 0.95 ve 0.90, kontrol grubunda ise 0.97 ve 0.95 olarak bulundu.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

a) Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

ÇİYKÖ, ÇADÖ-Y- ÇF ve ÇADÖ-Y-EF puanlarıdır.

b) Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

Araştırmanın bağımsız değişkeni BDT temelli verilen psikoeğitim programıdır.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli izinler alındıktan sonra veri toplama aşamasına geçildi. İki aşamadan oluşan veri toplama aşamaları aşağıda verilmiştir.

Birinci Aşama:

Veri toplama öncesinde araştırmacı ve alanyazı doğrultusunda BDT Temelli Psikoeğitim Programı hazırlandı ve alanda BDT uygulaması yapan akademik çalışmalar yürüten bireylerden uzman görüşleri alındı. (Bourtzou Chafouz, 2024; Kendall, 2011; Kendall & Braswell, 1982)

BDT Temelli Psikoeğitim programı uygulamasında aşağıda belirtilen hedef, uygulama ve çıktıları doğrultusunda hazırlanmıştır.

- Çocukların DEHB ile ilgili farkındalıklarını artırmak, DEHB'nin belirtilerini ve nedenlerini çocukların yaş seviyelerine uygun şekilde açıklamak. Bunun sonucunda; çocuk, DEHB'nin belirtilerini tanımlayabilir ve bu belirtilerin kendi yaşamını nasıl etkilediğini anlayabilir. DEHB'nin bir "eksiklik" değil, bir nörolojik farklılık olduğunu kavrayabilir.
- Dürtüsellik, dikkat eksikliği ve hiperaktiviteyi yönetme becerilerini geliştirmek, duygusal farkındalık kazandırarak öfke ve hayal kırıklığı gibi duyguları kontrol etmelerine yardımcı olmak. Bunun sonucunda; kendi duygularını fark edebilir ve bu duyguları uygun yöntemlerle açıklayabilir.
- Sorun çözme ve öz-düzenleme yeteneklerini desteklemek, dürtüsellik sonucu ortaya çıkan hatalı davranışları azaltmaya yönelik teknikler kazandırmak. Bunun sonucunda; karşılaştığı sorunlara çözüm geliştirmek için adım adım sorun çözme stratejilerini kullanabilir. Seçenekleri değerlendirme ve sonuçları önceden kestirme becerisi geliştirebilir.
- Sosyal beceriler ve iletişim yeteneklerini güçlendirmek, çocukların sosyal ortamlarda uygun davranışlar sergilemelerine yönelik elverişli yöntemler sunmak. Bunun sonucunda; diğer akran ve bireylerle iletişim kurarken uygun dil ve beden dilini kullanabilir. Grup etkinliklerine katılım sırasında iş birliği yapmayı öğrenebilir.
- Akademik başarıyı artırmaya yönelik stratejiler öğretmek, zaman yönetimi ve düzenleme becerileri geliştirmek. Bunun sonucunda; günlük görevler ve etkinlikler için bir plan yapabilir ve bu plana bağlı kalabilir. Görevleri

önceliklendirmeyi öğrenerek zamanı daha etkili kullanabilir. Ödev ve projeleri zamanında tamamlamak için adım adım bir plan geliştirebilir.

- Çocukların DEHB'nin getirmiş olduğu olumsuzluklara karşın, özsaygısını ve özgüvenini artırmak bir diğer hedef olarak belirlenmiştir. Bunun sonucunda; kendi güçlü yanlarını ve başarılarını fark ederek kendine güven geliştirebilir. Kendi hatalarını kabul edip bu hatalardan öğrenmeyi başarabilir.

BDT Temelli Verilen Psikoeğitim Programına ebeveyn katılımı da sağlanarak;

- Ebeveynler, terapi sırasında öğretilen teknikleri ev ortamında uygulayarak çocuğun öğrenme süreçlerini pekiştirmesini sağlamak ve ebeveynlere çocuğun olumlu davranışlarını ödüllendirme ve pekiştirme yöntemlerini göstermek.
- DEHB'nin belirtileri ve çocuğun yaşadığı zorluklarla ilgili bilgi dağarcığını arttırarak, daha sabırlı ve empatik bir yaklaşım geliştirmelerine yardımcı olup, stres ve duygusal zorluklarla başa çıkma konusunda ebeveynlere rehberlik etmek.
- Çocuğun öz güvenini arttırmak için ebeveynlerin özendirici ve destekleyici rolünü arttırarak, çocuğun dürtüsellik, dikkat eksikliği ve hiperaktivite sorunlarını yönetmek için olumlu davranış yönetimi tekniklerini öğretmek.
- Ebeveynler, çocuklarının karşılaştığı sorunları daha iyi anlayabilmesini ve çözüm süreçlerine etkin biçimde katkıda bulunabilmesini sağlamak,
- Ebeveynlerin DEHB hakkında psikoeğitim içeriğinde eğitim alarak, çocuğun davranışlarına yönelik daha yapıcı tepkiler vermelerini sağlayarak aile içi çatışmaları azaltılması hedeflenmektedir.

BDT Temelli Psikoeğitim Programı'nın içeriği uygulamaları aşağıda belirtilen konu başlıkları üzerine temellendirildi:

- **1.Oturum:** Tanışma, çocuk ve aileye BDT temelli verilecek olan psikoeğitim hakkında bilgilendirme
- **2.Oturum:** DEHB hakkında genel bilgilendirme
- **3.Oturum:** Duygularımızı tanıma
- **4.Oturum:** Sorun çözebilme DEHB nedenli oluşan sorunu anlama, dürtü ve hareketliliği farkında olma, yatıştırma
- **5.Oturum:** Dürtüsellliği engellemeye yönelik eğitimler
- **6.Oturum:** Dikkat toplama eğitimleri
- **7.Oturum:** Uygun davranışı bulma

- **8.Oturum:** Genel değerlendirmenin yapılması ve sonlandırma

Belirlenen hedef ve çıktıları doğrultusunda hazırlanan ve 8 oturumdan oluşan BDT Temelli Psikoeğitim Programı'nın oturum içerikleri uygulamaları ayrıntılı olarak Ek.7'de verilmiştir (Ek. 7).

İkinci Aşama:

Veriler toplanmaya başlanmadan önce çalışmaya alınma ölçütlerine uyan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğinde çalışan uzman/asistan hekim tarafından DEHB tanılması yapılan çocuk ve ebeveynine çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerin iletişim bilgileri kaydedilerek örneklem grubu oluşturuldu.

Örneklem grubuna katılan çocuk ve ebeveyni ardışık sıraya göre sıralandı. Tek sayılar girişim grubu, çift sayılar ise kontrol grubu olacak şekilde rastgele iki gruba ayrılmış olup çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi. Verilerin toplanması için Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde önceden görüşmelerin yapılabileceği uygun bir oda hazırlandı.Kontrol ve girişim grubunda bulunan çocukların ebeveynleri ile randevu için önceden telefon ile görüşülerek uygun tarih ve saatler belirlendi. Veriler DEHB tanılı çocuk ve ebeveyni ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

a) Kontrol Grubundaki Katılımcılardan Veri Toplanması

- Araştırmada kontrol grubunda yer alan çocuk ve ebeveynine önceden telefon görüşmesi yapılarak çalışma hakkında bilgi verildi. Görüşme sonrası hastaneye geldiklerinde ilk görüşmede yeniden çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alındı. Araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme yöntemi ile ortalama 20-25 dk süren ön test uygulaması yapıldı.
- İlk görüşmeden sonra hekim kontrolüne geldiklerinde (ilk görüşmeden yaklaşık 30-40 gün sonra) çocuk ve ebeveynlere son test uygulaması yapılarak veri toplama işlemi tamamlandı.
- Ön test ve son test uygulamaları sırasında ÇADÖ-Y-EF çocuğun yanında her iki ebeveyninin bulunduğu durumlarda anne öncelikle alınarak dolduruldu.

Çalışma grupları rastgele örnekleme yöntemi ile belirlendiği için araştırma bitirildikten sonra etik sorun oluşmaması amacıyla 29 Ağustos 2024 tarihinden sonra

kontrol grubunda bulunan çocuk ve ebeveynlerine BDT Temelli Psikoeğitim Programı uygulandı.

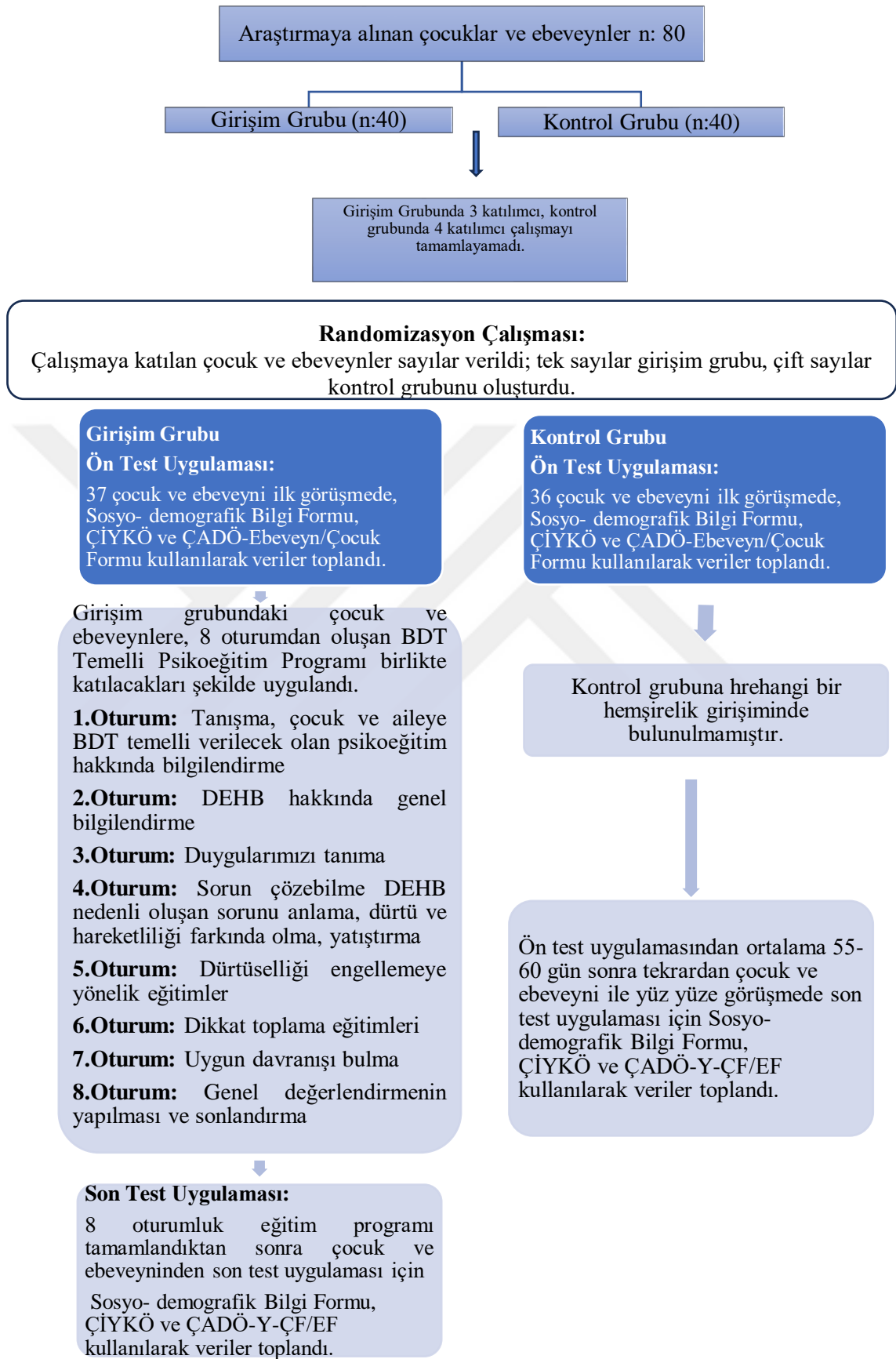
b) Girişim Grubundaki Katılımcılardan Veri Toplanması

Girişim grubunda bulunan çocuk ve ebeveynlerden veri toplama aşamasında aşağıda verilen süreç izlendi.

- Girişim grubunda yer alan ebeveynler belirlendikten sonra önce telefon görüşmesi yapılarak çalışmanın amacı yöntemi yeniden anlatıldı ve ilk görüşme için tarih saat belirlendi. İlk görüşmede yazılı onamları alındı.
- Hafta içi belirlenen randevu saatlerinde çocuk ve ebeveyni ile bireysel yüz yüze görüşme tekniği ile haftada bir oturum olacak şekilde toplamda 8 oturum planlandı.
- Planlanan ilk oturumda ön test uygulaması yapıldı.
- Her oturum ortalama 40-45 dk sürdü.
- Her oturum sonrasında girişim grubunda ki ebeveynler ile bir sonraki oturum tarih ve saati belirlendi.
- Planlanan son 8. oturumda son test uygulaması yapıldı.
- Bu grupta da veriler araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Bu işlem oturum süresi dışında 20-25 dk arası sürdü.
- ÇADÖ-Y-EF oturum sırasında çocuğun yanında her iki ebeveyninin bulunduğu durumlarda anne öncelikle alınarak dolduruldu.

Çalışmanın yürütüldüğü sırada, girişim grubunda bulunan 3 çocuk ve ebeveyn ve kontrol grubunda ise 4 çocuk ve ebeveyn çalışmayı tamamlayamadığı için araştırma kapsamından çıkarıldı. Araştırma sonucunda girişim grubunda 37 çocuk ve ebeveyn, kontrol grubunda ise 36 çocuk ve ebeveynden veri toplandı.

Şekil 2. Araştırma Akış Şeması



3.9. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Sapiro-Wilk Testi ile incelendi. Girişim ve kontrol grubu arasındaki farklılık verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği durumlarda fark analizlerin için Independent Samples t testi ile incelendi. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenlerde grup karşılaştırmaları Mann Whitey U testi ile gerçekleştirildi. İlk ölçüm ile son ölçüm arasındaki farklılıkların karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenler için Paired t test, normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için Wilcoxon testi uygulandı. Nitel değişkenlerde gruplar arasındaki dağılımsal farklılıklar Chi Square test ve Fisher exact test ile incelendi. Nitel değişkenlerde yinelenen ölçümler arasındaki dağılımsal farklılıklar McNemar testi ile incelendi. Nicel değişkenler arasındaki ilişki Searman Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach alfa katsayıları ile incelendi. İstatistik parametreleri ortalama, standart sapma, medyan oran (%) ve sayı (n) ile açıklandı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Versiyon 22 ve Jamovi 2.3.16 yazılımlarından yararlanıldı.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan çocuk ve ebeveynlerinin girişim/kontrol gruplarına göre sosyo-demografik özellikleri, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuk Anksiyete ve Depresyon-Yenilenmiş Çocuk/Ebeveyn Formu Ölçeğinden elde edilen verilerle ilgili analizler içermektedir.

Çizelge 4.1. Çocukların Gruplara Göre Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması						
Değişkenler	Girişim Grubu n:37		Kontrol Grubu n:36		p	Test Değeri
	Ort ±SS	Ort ±SS	n	%		
Yaş Ortalaması	10.35±1.40		10.47±1.28		0.751	$\chi^2=0.951$
	n	%	n	%		
Yaş						
8-9 Yaş	12	32.50	10	27.76	0.742	$\chi^2=0.630$
10-11 Yaş	14	37.76	16	44.43		
12 Yaş	11	29.74	10	27.81		
Cinsiyet						
Kız	11	29.73	18	50.00	0.077	$\chi^2=3.131$
Erkek	26	70.27	18	50.00		
Eğitim Durumu						
İlkokul	22	59.46	24	66.67	0.630	$\chi^2=1.342$
Ortaokul	15	40.54	12	33.33		
Kardeş Sayısı						
Tek Çocuk	13	35.14	5	13.89	0.002*	U=408.000
2-3 Kardeş	23	62.16	20	55.56		
4 ve Daha Fazlası Kardeş	1	2.70	11	30.55		
Kendi Okul Başarısı						
İyi	16	43.24	10	27.78	0.112	U=502.000
Orta	16	43.24	14	38.89		
Kötü	5	13.52	12	33.33		
İlgilendiği bir Hobinin Olması						
Evet	24	64.86	5	13.89	0.001*	$\chi^2=19.802$
Hayır	13	35.14	31	86.11		

χ^2 : Chi Square test; Exact test; U: Mann Whitney U test; a:0.05; * farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Çizelge 4.1' de yer almaktadır. Çalışma kapsamına giren çocukların yaş ortalamasının girişim grubu için 10.35±1.40, kontrol grubu için 10.47±1.28 yıl olduğu ve her iki çalışma grubunda da en yüksek oranda 10-11 yaş aralığında oldukları saptandı. Çocuk katılımcıların girişim grubunda %70.27'sinin (n=26), kontrol grubunda ise %50.00'ının (n=18) erkek olduğu, girişim grubunun %59.46'sının (n=22), kontrol grubunun ise %66.67'sinin (n=24) eğitim düzeyinin ilkököl olduğu, ayrıca girişim grubunun %62.16'sının (n=23), kontrol

grubunun ise %55,56'sının (n=20) 2-3 kardeşi olduğu belirlendi. Girişim grubunun %13.51'inin (n=5), kontrol grubunun ise %33.33'ünün (n=12) okul başarısını kötü olarak değerlendirdiği ve girişim grubunun %64.86'sının (n=24), kontrol grubunun ise %13.89'unun (n=5) ilgilendiği bir hobisinin olduğu gözlemlendi. Çalışma kapsamına alınan çocukların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; girişim ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve kendi okul başarısını değerlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Çizelge 4.1). Çalışmada girişim ve kontrol gruplarında yer alan çocukların kardeş sayıları ($p:0.002$, $U:408.000$) ve hobisi olma durumları açısından ($p:0.001$, $\chi^2=19.802$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$) (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Ebeveynlerin Gruplara Göre Sosyo-Demografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması						
Değişkenler	Girişim Grubu n:37		Kontrol Grubu n:36		p	Test Değeri
	Ort ±SS		Ort ±SS			
Yaş Ortalaması	38.92±5.53		40.19±5.07		0.159	$\chi^2=2.675$
	n	%	n	%		
Çocuğa Yakınlık Derecesi						
Anne	29	78.38	19	52.78	0.021*	U=495.500
Baba	8	21.62	17	47.22		
Eğitim Durumu					0.094	$\chi^2=7.759$
Okur Yazar	7	18.92	1	2.77		
İlköğretim	9	24.32	18	50.00		
Lise	9	24.32	6	16.67		
Yüksek Öğretim	11	29.74	9	25.00		
Lisans Üstü	1	2.70	2	5.56		
Çalışma Durumu						
Evet	19	51.35	24	66.67	0.236	$\chi^2=1.768$
Hayır	18	48.65	12	33.33		
Aile Tipi					0.472	U=615.500
Çekirdek Aile	28	75.68	25	69.44		
Parçalanmış (Tek ebeveyn ya da Parçalanmış)	5	13.51	4	11.12		
Geniş Aile	4	10.81	7	19.44		
Gelir Düzeyi					0.200	U=563.500
Gelir Giderden Yüksek	14	37.84	9	25.00		
Gelir ve Gider Eşit	20	54.05	22	61.11		
Gelir Giderden Düşük	3	8.11	5	13.89		
Çocuğunun Okul Başarısını Değerlendirmesi					0.054	U=523.500
İyi	12	32.43	5	13.89		
Orta	23	62.16	27	75.00		
Kötü	2	5.41	4	11.11		
Çocuğa DEHB Tanısı Konulma Süresi					0.897	U=655.000
0-6 ay	4	10.81	3	8.33		
7 Ay- 12 Ay	3	8.11	4	11.11		
13-24 Ay	9	24.32	8	22.22		
25 Ay ve Üzeri	21	56.76	21	58.34		
Daha Önceden DEHB Hastalığını Bilme Durumu					0.595	$\chi^2=0.534$
Evet	26	70.27	28	77.78		
Hayır	11	29.73	8	22.22		
Çevrede DEHB Tanısı Almış (Kardeş/Kuzen) Kişi Varlığı					0.295	$\chi^2=1.096$
Var	23	62.16	18	50.00		
Yok	14	37.84	18	50.00		
Çocuğun DEHB'e İlişkin Terapi Alma Durumu					0.163	U=570.000
Evet	7	18.92	12	33.33		
Hayır	30	81.08	24	66.67		

χ^2 : Chi Square test; Exact test; U: Mann Whitney U test; a:0.05; * farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Ebeveyn katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Çizelge 4.2' de verilmiştir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin yaş ortalamaları sırası ile 38.92 ± 5.53 ve 40.19 ± 5.07 yıl olarak saptandı. Girişim grubundaki ebeveynlerin %78.38'inin (n=29) kontrol grubunda yer alanların ise %52.78'inin (n=19) anne olduğu, eğitim düzeylerinin girişim grubunda yüksek öğretim (%29.74; n=11) kontrol grubunda ise ilköğretim düzeyinde (%50.00; n=18) yoğunlaştığı, girişim grubunda bulunan ebeveynlerin %51.35'inin (n=19), kontrol grubunda bulunan ebeveynlerin ise %66.67'inin (n=24) çalıştığı, her iki grupta da büyük çoğunluğunun çekirdek aile tipinde olduğu ve hem girişim (%54.05; n=20) hem de kontrol grubunun (%61.11; n=22) yarısından fazlasının geliri ile giderinin birbirine eşit olduğu gözlemlendi.

Çalışma kapsamına alınan girişim grubu ebeveynlerin %62.16'sı (n=23), kontrol grubu ebeveynlerin %75.00'i (n=27) çocuklarının okul başarı durumlarını orta düzeyde değerlendirdikleri görüldü (Çizelge 4.2).

Her iki grupta da yer alan ebeveynler birbirine oldukça yakın oranlarda (Girişim Grubu: %56.76; n=21 ve Kontrol Grubu: %58.33; n=21) çocuklarına DEHB tanısının 25 ay ve üzeri zamandan önce konulduğunu, girişim grubunun %70.27'sinin (n=26) kontrol grubunun %77.78'inin (n=28) DEHB hastalığını daha önceden bildiğini, girişim grubunun %62.16'sının (n=23) kontrol grubunun %50.00'sinin (n=18) DEHB tanısı almış kardeş/kuzen olduğunu belirtilmiştir (Çizelge 4.2).

Çocuklarına yönelik daha önceden terapi uygulaması alma durumuna göre çalışmada girişim grubunda ki ebeveynlerin %81.08'i (n=30), kontrol grubundakilerin ise %66.67'si (n=24) çocuklarının daha önce DEHB'e ilişkin terapi almadıklarını belirttiler (Çizelge 4.2).

Çalışmada ebeveynlerin çocuğa yakınlık derecesinde ($p:0.021$, $U=495.500$) ve çocukta DEHB tanısına eşlik eden başka psikiyatrik hastalık varlığında ($p:0.001$, $\chi^2=18.628$) ($p<0.05$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Çizelge 4.3. Çocukların Gruplar Arası ve Grup İçi ÇİYKÖ Ön Test ile Son Test Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması						
ÇİYKÖ Alt Boyutları ve Toplamı (Ön Test ve Son Test Uygulaması)	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p	Test Değeri
	Median	Ort ±Ss	Median	Ort ±Ss		
Ön Test Uygulaması; Fiziksel Sağlık Alt Boyutu ^b	75.00	65.29±23.9 1	51.56	58.82±19.24	0.001*	U=436.000
Son Test Uygulaması; Fiziksel Sağlık Alt Boyutu ^b	85.00	82.30±14.2 2	65.00	62.92±12.27	p<0.001*	U=217.000
p ve Test Değeri^d	p<0.001* Z: -3.490		0.004* Z: -2.905			
Ön Test Uygulaması; Duygusal İşlevsellik Alt Boyutu ^b	65.00	61.62±18.8 2	60.00	61.81±12.94	0.781	U=612.000
Son Test Uygulaması; Duygusal İşlevsellik Alt Boyutu ^b	85.00	84.30±13.1 2	65.00	62.92±12.27	p<0.001*	U=237.000
p ve Test Değeri^d	p<0.001* Z: -4.953		0.874 Z: -0.158			
Ön Test Uygulaması; Sosyal İşlevsellik Alt Boyutu ^b	75.00	69.46±23.0 3	75.00	73.33±15.02	0.548	U=612.000
Son Test Uygulaması; Sosyal İşlevsellik Alt Boyutu ^b	90.00	86.35±14.4 6	72.50	70.14±18.46	p<0.001*	U=325.500
p ve Test Değeri^d	p<0.001* Z: -3.894		0.282 Z: -1.075			
Ön Test Uygulaması; Okul İşlevselliği Alt Boyutu ^a	55.00	56.62±17.4 8	60.00	57.50±14.37	0.816	t: 0.234
Son Test Uygulaması; Okul İşlevselliği Alt Boyutu ^b	75.00	70.95±17.5 1	57.50	54.86±11.80	p<0.001*	U=278.500
p ve Test Değeri^d	p<0.001* Z: -3.661		0.188 Z: -1.317			
Ön Test Uygulaması; Psiko-Sosyal Sağlık Alt Boyutu ^a	63.33	62.57±15.8 3	64.33	64.21±11.36	0.611	t: 0.511
Son Test Uygulaması; Psiko-Sosyal Sağlık Alt Boyutu ^a	81.67	79.86±12.0 7	62.50	62.64±11.49	p<0.001*	t: 3.241
p ve Test Değeri^a	p<0.001* t: -7.299		0.303 t: 1.045			
Ön Test Uygulaması; ÇİYKÖ Toplam Puan ^a	65.00	66.25±15.6 7	59.69	60.61±12.16	0.620	t: 0.497
Son Test Uygulaması; ÇİYKÖ Toplam Puan ^b	80.00	80.47±11.9 5	61.88	62.71±11.19	p<0.001*	U=202.500
p ve Test Değeri^d	p<0.001* Z: -5.137		0.781 Z: -0.278			

^aIndependent samples t test; ^bMann Whitney U test; ^cPaired t test; ^dWilcoxon test; a:0.05; *Gruplar arasındaki farklılık anlamlı

DEHB tanılı çocuk katılımcılar tarafından doldurulan ÇİYKÖ kontrol ve girişim grubu arasındaki ön ve son test uygulaması ölçek toplam ve alt boyutları puanı ortalamaları ve karşılaştırmasının istatistiksel sonuçları çizelge 4.3' de verilmiştir (Çizelge 4.3.).

Çalışmada ÇİYKÖ *Fiziksel Sağlık* alt boyutuna ilişkin ön test ve son test puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulundu (p=0.001, U=436.000; p<0.001, U=217.000). ÇİYKÖ *Fiziksel Sağlık* Değerlendirme alt boyutuna ilişkin grup içi puan ortalamaları karşılaştırıldığında hem girişim hem de kontrol grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği belirlendi (p<0.001, Z:-3.490; p=0.004, Z:-2.905) (Çizelge 4.3.).

ÇİYKÖ *Duygusal İşlevsellik* alt boyutuna ilişkin ön test puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği ($p=0.781$, $U=612.000$), son test puan ortalamasının girişim grubunda daha yüksek bulunduğu ($p<0.001$, $U=237.000$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. ÇİYKÖ *Duygusal İşlevsellik* alt boyutuna ilişkin grup içi puan ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001$, $Z:-4.953$), kontrol grubunda ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.874$, $Z:-0.158$) (Çizelge 4.3.).

ÇİYKÖ *Sosyal İşlevsellik* alt boyutuna ilişkin ön test puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği ($p: 0.548$, $U:612.000$), son test puan ortalamasının girişim grubunda daha yüksek bulunduğu ($p<0.001$, $U=325.500$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. ÇİYKÖ *Sosyal İşlevsellik* alt boyutuna ilişkin grup içi puan ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001$, $Z:-3.894$), Kontrol grubunda ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p:0.282$, $Z:-1.075$) (Çizelge 4.3.).

ÇİYKÖ *Okul İşlevsellik* alt boyutuna ilişkin ön test puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği ($p:0.816$, $t:0.234$), son test puan ortalamasının girişim grubunda daha yüksek olduğu ($p<0.001$, $U=278.500$) ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ÇİYKÖ *Okul İşlevsellik* alt boyutuna ilişkin grup içi puan ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001$, $U=278.500$), kontrol grubunda ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p:0.188$, $Z: -1.317$) (Çizelge 4.3.).

ÇİYKÖ *Psiko-Sosyal Sağlık* alt boyutuna ilişkin ön test puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği ($p:0.611$, $t: 0.511$), son test puan ortalamasının girişim grubunda daha yüksek bulunduğu ($p<0.001$, $t:3.241$) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. ÇİYKÖ *Psiko-Sosyal Sağlık* alt boyutuna ilişkin grup içi puan ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001$, $t:-7.299$), Kontrol grubunda ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p:0.303$, $t:1.045$) (Çizelge 4.3.).

Çalışmada ÇİYKÖ ön test *Toplam Puan* ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği (p:0.620, t:0.497), son test puan ortalamasının girişim grubunda daha yüksek bulunduğu (p<0.001, U=202.500) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. ÇİYKÖ grup içi *Toplam Puan* ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p<0.001, Z:-5.137), kontrol grubunda ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p:0.781, Z: -0.278) (Çizelge 4.3.).

Çizelge 4.4. Çalışma Grubunda Yer Alan Çocukların Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Yenilenmiş Çocuk Formu Ön ve Son Test Puan Ortalamasının Karşılaştırması						
ÇADÖ-Y-ÇF Alt Boyutları ve Toplamı (Ön Test-Son Test Uygulaması) T Skorları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		p	Test Değeri
	Median	Ort ±Ss	Median	Ort ±Ss		
Ön Test Uygulaması; Ayrılma Anksiyetesi Alt Boyutu ^b	71.00	69.76±9.72	75.50	72.50±8.79	0.206	U:553.500
Son Test Uygulaması; Ayrılma Anksiyetesi Alt Boyutu ^b	55.00	54.97±8.93	74.00	70.17±11.17	p<0.001*	U:208.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.967		0.085	Z:-1.720		
Ön Test Uygulaması; Sosyal Fobi Alt Boyutu ^a	60.00	58.27±8.57	59.00	57.22±9.69	0.654	t:0.489
Son Test Uygulaması; Sosyal Fobi Alt Boyutu ^b	40.00	40.27±8.23	57.00	55.78±9.96	p<0.001*	U:164.500
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.989		0.734	Z:-0.340		
Ön Test Uygulaması; Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu ^b	59.00	58.35±12.71	54.50	53.92±10.43	0.232	U:472.000
Son Test Uygulaması; Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu ^a	41.00	42.49±7.25	55.00	56.00±12.35	0.003*	t:-5.720
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.679		0.090	Z:-1.694		
Ön Test Uygulaması; Panik Bozukluk Alt Boyutu ^a	63.00	61.97±11.19	60.00	61.03±13.25	0.228	t:-0.329
Son Test Uygulaması; Panik Bozukluk Alt Boyutu ^b	45.00	46.27±8.59	63.00	61.53±14.09	p<0.001*	U:237.000
p Test Değeri^d	P<0.001* Z:-4.958		0.555	Z:-0.591		
Ön Test Uygulaması; Yaygın Anksiyete Bozukluk Alt Boyutu ^a	55.00	54.57±8.83	56.00	55.00±8.78	0.877	t: -1.264
Son Test Uygulaması; Yaygın Anksiyete Bozukluk Alt Boyutu ^a	39.00	39.62±7.03	56.50	55.08±11.02	0.001*	t:-7.168
p Test Değeri^c	p<0.001* t:9.171		0.961	t:-0.49		
Ön Test Uygulaması; Majör Depresif Bozukluk Alt Boyutu ^a	56.00	57.35±13.29	56.50	57.69±13.60	0.918	t: 0.109
Son Test Uygulaması; Majör Depresif Bozukluk Alt Boyutu ^b	40.00	39.89±9.79	59.50	57.28±15.47	p<0.001*	U:254.500
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-5.130		0.620	Z:-0.496		
Ön Test Uygulaması; Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^b	66.00	63.27±7.46	62.00	61.64±11.53	0.663	U:626.500
Son Test Uygulaması; Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^b	41.00	41.78±6.69	65.00	61.14±13.69	p<0.001*	U:162.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-5.305		0.701	Z:-0.385		
Ön Test Uygulaması; Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	65.00	63.43±8.45	63.00	61.83±12.42	0.113	t: 0.720
Son Test Uygulaması; Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^b	40.00	39.86±9.29	63.50	61.17±14.56	p<0.001*	U:166.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-3.506		0.822	Z:-0.226		
ÇADÖ-Y-ÇF Alt Boyutları ve Toplamı (Ön Test-Son Test Uygulaması) RAW Skorları						
Ön Test Uygulaması; Ayrılma Anksiyetesi Alt Boyutu ^a	8.00	7.41±3.29	9.00	8.33±3.63	0.782	t: -0.251

Son Test Uygulaması; Ayrılma Anksiyetesi Alt Boyutu ^b	3.00	4.46±6.08	8.00	8.28±4.57	p<0.001*	U:276.500
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.165		0.992 Z:-0.009			
Ön Test Uygulaması; Sosyal Fobi Alt Boyutu ^a	15.00	13.97±4.41	15.00	13.72±4.27	0.625	t: -0.247
Son Test Uygulaması; Sosyal Fobi Alt Boyutu ^a	7.00	6.76±3.45	13.50	12.89±5.14	0.001*	t: -6.002
p Test Değeri^c	0.001* t: 9.428		0.189 Z:-1.315			
Ön Test Uygulaması; Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu ^a	8.00	7.43±3.36	5.00	5.19±3.50	0.003*	t: 3.224
Son Test Uygulaması; Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu ^b	2.00	2.78±2.20	6.00	6.33±3.99	p<0.001*	U:296.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-5.078		0.005* Z: -2.804			
Ön Test Uygulaması; Panik Bozukluk Alt Boyutu ^b	8.00	7.54±4.31	6.00	7.31±5.33	0.695	U:630.500
Son Test Uygulaması; Panik Bozukluk Alt Boyutu ^b	3.00	3.19±2.66	7.00	8.53±6.37	p<0.001*	U:326.500
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.867		0.003* Z:- 2.079			
Ön Test Uygulaması; Yaygın Anksiyete Bozukluk Alt Boyutu ^a	8.00	7.41±3.29	9.00	8.33±3.63	0.782	t: -0.251
Son Test Uygulaması; Yaygın Anksiyete Bozukluk Alt Boyutu ^b	3.00	4.46±6.08	8.00	8.28±4.57	p<0.001*	U:276.500
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.165		0.992 Z:-0.009			
Ön Test Uygulaması; Majör Depresif Bozukluğu Alt Boyutu ^b	9.00	10.32±5.67	8.50	9.67±6.24	0.662	U:626.500
Son Test Uygulaması; Majör Depresif Bozukluk Alt Boyutu ^b	4.00	4.76±4.74	9.50	10.22±6.89	p<0.001*	U:340.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.624		0.311 Z: -1.013			
Ön Test Uygulaması; Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	44.00	43.73±11.51	41.00	41.75±17.65	0.290	t: 0.569
Son Test Uygulaması; Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	21.00	20.76±8.36	44.00	42.92±22.85	0.001*	t: 4.241
p test Değeri^c	0.001* t:11.566		0.605 t:-0.522			
Ön Test Uygulaması; Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	52.00	54.00±15.84	49.00	51.25±23.64	0.295	t: 0.571
Son Test Uygulaması; Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	25.00	24.89±10.48	53.50	52.58±30.10	0.001*	t: -5.277
p Test Değeri^c	0.001* t:12.277		0.646 t:-0.642			

^aIndependent samples t test; ^bMann Whitney U test; ^cPaired t test; ^dWilcoxon test; $\alpha:0.05$; *Gruplar arasındaki farklılık anlamlı

DEHB tanımlı çocuk katılımcıların, ÇADÖ-Y-ÇF ön test ve son test alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması Çizelge 4.4' de verilmiştir. İstatiksel incelemeler T ve RAW skorları dikkate alınarak iki skora içinde yapılmıştır (Çizelge 4.4).

ÇADÖ-Y-ÇF T puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analize göre; *Ayrılma Anksiyetesi* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken ($p:0.206$, $U:553.500$), gruplar arası son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001*$, $U:208.000$). ÇADÖ-Y-ÇF *Ayrılma Anksiyetesi* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001*$, $Z:-4.967$), kontrol grubunda ise ön test son test

puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p:0.085, Z:-1.720) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF'nin T puanı ortalamalarına ilişkin *Sosyal Fobi* alt boyutuna ilişkin gruplar arası ön test puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış (p:0.654, t:0.489) olmasına karşın, son test puan ortalamalarında girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.001*, U:164.500). *Sosyal Fobi* alt boyutunun grup içi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0.001*, Z:-4.989), kontrol grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p:0.734, Z:-0.340) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF T puanı ortalamalarına ilişkin *Obsesif Kompulsif Bozukluk* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken (p:0.232, U:472.000), gruplar arası son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0.003*, t:-5.720). ÇADÖ-Y-ÇF *Obsesif Kompulsif Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p<0.001*, Z:-4.679), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p:0.090, Z:-1.694) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF'nin T puanı ortalamalarına ilişkin *Panik Bozukluk* alt boyutuna ilişkin gruplar arası ön test puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (p:0.228, t:-0.329), son test puan ortalamalarında girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.001*, U:237.000). *Panik Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0.001*, Z:-4.958), kontrol grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p:0.555, Z:-0.591) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF *Yaygın Anksiyete Bozukluk* alt boyutu T puanı ortalamalarına ilişkin gruplar arası karşılaştırmada, ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı sonuç bulunmazken ($p:0.877$, $t:-1.264$), son test puan ortalamasının girişim grubunda daha düşük bulunduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p:0.001^*$, $t:-7.168$). ÇADÖ-Y-ÇF *Yaygın Anksiyete Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001^*$, $t:9.171$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p:0.961$, $t:-0.49$) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF T puanı ortalamalarına ilişkin *Majör Depresif Bozukluk* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken ($p:0.918$, $t:0.109$), gruplar arası son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.001^*$, $U:254.500$). ÇADÖ-Y-ÇF *Majör Depresif Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001^*$, $Z:-5.130$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırılmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p:0.620$, $Z: -0.496$) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF'nin T puanı ortalamalarına ilişkin *Anksiyete Bozukluk Toplam Puan* ön test ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p:0.663$, $U:626.500$). Son test puan ortalamasının girişim grubunda daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.001^*$, $U:162.000$). Grup içi değerlendirmelerde ise girişim grubunda ön test ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($p<0.001^*$, $Z:-5.305$), kontrol grubunda ise ön test ile son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p:0.701$, $Z:-0.385$) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF T puanı ortalamalarına ilişkin *Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan* ön test ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p:0.113$, $t: 0.720$). Gruplar arası son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.001^*$, $U:166.000$). ÇADÖ-Y-ÇF *Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan* ortalamaları grup içi karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001^*$, $Z:-3.506$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları

arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p:0.822, Z: -0.226) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF'nin RAW skorlama ortalamalarına göre *Ayrılma Anksiyetesi* alt boyutunda, gruplar arası ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p:0.782, t:-0.251). Son test puan ortalamalarında, girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p<0.001*, U:276.500). Grup içi analizde, girişim grubunda ön test ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü (p<0.001*, Z:-4.165). Kontrol grubunda ise ön test ile son test puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p:0.992, Z:-0.009) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Sosyal Fobi* alt boyutu puan ortalamalarını gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken (p:0.625, t:-0.247), gruplar arası son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0.001*, t: -6.002). ÇADÖ-Y-ÇF *Sosyal Fobi* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p:0.001*, t: 9.428), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p:0.189, Z:-1.315) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Obsesif Kompulsif Bozukluk* alt boyutu için gruplar arası ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p=0.003*, t=3.224). Son test puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p<0.001*, U=296.000). Grup içi karşılaştırmalarda ise girişim grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0.001*, Z=-5.078), kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0.005*, Z=-2.804) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF *Panik Bozukluk* alt boyutu RAW puanı ortalamalarına ilişkin gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken (p:0.695, U:630.500), son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu belirlendi ($p < 0.001^*$, $U = 326.500$). *ÇADÖ-Y-ÇF Panik Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p < 0.001^*$, $Z = -4.867$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.003^*$, $Z = -2.079$) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Yaygın Anksiyete Bozukluk* alt boyutunda, gruplar arası ön test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p = 0.782$, $t = -0.251$). Son test puan ortalamaları incelendiğinde, girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.001^*$, $U = 276.500$). Grup içi karşılaştırmalarda ise girişim grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.001^*$, $Z = -4.165$), kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p = 0.992$, $Z = -0.009$) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Majör Depresif Bozukluk* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken ($p = 0.662$, $U = 626.500$), son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olduğu ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görüldü ($p < 0.001^*$, $U = 340.000$).

ÇADÖ-Y-ÇF *Majör Depresif Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p < 0.001^*$, $Z = -4.624$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p = 0.311$, $Z = -1.013$) (Çizelge 4.4.). ÇADÖ-Y-ÇF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Anksiyete Bozukluk Toplam Puanı* açısından gruplar arası ön test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p = 0.290$, $t = 0.569$). Son test puan ortalamaları değerlendirildiğinde, girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p = 0.001^*$, $t = 4.241$). Grup içi karşılaştırmalarda, girişim grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p = 0.001^*$, $t = 11.566$), kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi ($p = 0.605$, $t = -0.522$) (Çizelge 4.4.).

ÇADÖ-Y-ÇF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan* ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken (p:0.295, t: 0.571), son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük bulunduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p:0.001*, t:-5.277). ÇADÖ-Y-ÇF *Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam* grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p:0.001*, t:12.277), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırılmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p:0.646, t:-0.642) (Çizelge 4.4.).

Çizelge 4.5. Çalışma Gruplarında Yer Alan Ebeveynlerin Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Ebeveyn Formu Ön ve Son Test Puan Ortalamasının Karşılaştırması						
ÇADÖ-Y-EF Alt Boyutları ve Toplamı (Ön Test-Son Test Uygulaması) T Skorları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		P	Test Değeri
	Median	Ort ±Ss	Median	Ort ±Ss		
Ön Test Uygulaması; Ayrılma Anksiyetesi Alt Boyutu ^b	80.00	74.92±8.88	80.00	71.72±11.86	0.422	U:600.500
Son Test Uygulaması; Ayrılma Anksiyetesi Alt Boyutu ^b	62.00	63.11±9.93	80.00	71.56±12.03	0.001*	U:348.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.072		0.924 Z:-0.095			
Ön Test Uygulaması; Sosyal Fobi Alt Boyutu ^a	63.00	62.73±9.19	63.00	61.75±12.18	0.550	t:0.387
Son Test Uygulaması; Sosyal Fobi Alt Boyutu ^b	47.00	47.41±6.32	64.00	62.03±13.22	p<0.001*	U:244.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.952		0.977 Z:-0.029			
Ön Test Uygulaması; Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu ^b	61.00	63.49±10.43	61.50	64.28±12.49	0.846	U:648.500
Son Test Uygulaması; Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu ^b	51.00	53.24±8.91	62.00	62.28±13.35	0.003*	U:399.000
P Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.483		0.043 Z:-2.206			
Ön Test Uygulaması; Panik Bozukluk Alt Boyutu ^b	65.00	66.84±10.62	79.50	69.42±13.76	0.139	U:535.000
Son Test Uygulaması; Panik Bozukluk Alt Boyutu ^b	53.00	57.19±10.10	75.50	67.92±13.67	0.001*	U:360.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-3.439		0.304 Z:-1.027			
Ön Test Uygulaması; Yaygın Anksiyete Bozukluk Alt Boyutu ^b	58.00	60.46±7.14	64.50	64.33±11.54	0.131	U:529.500
Son Test Uygulaması; Yaygın Anksiyete Bozukluk Alt Boyutu ^b	51.00	50.70±6.67	61.00	63.31±11.17	p<0.001*	U:383.500
p Test Değeri^c	p<0.001* t:7.105		p: 0.465 t:0.739			
Ön Test Uygulaması; Majör Depresif Bozukluk Alt Boyutu ^b	63.00	62.95±9.30	63.50	61.69±17.80	0.778	U:640.500
Son Test Uygulaması; Majör Depresif Bozukluk Alt Boyutu ^b	50.00	50.59±7.48	66.00	62.83±14.94	p<0.001*	U:341.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.761		0.751 Z:-0.318			
Ön Test Uygulaması; Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^b	72.00	70.14±8.42	74.50	68.75±13.05	0.712	U:633.000
Son Test Uygulaması; Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^b	52.00	53.57±7.36	72.50	67.36±13.78	p<0.001*	U:286.500
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-5.096		0.084 Z:-1.730			

Ön Test Uygulaması; Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^b	71.00	69.81±8.24	75.00	68.25±13.75	0.540	U:611.000
Son Test Uygulaması; Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^b	53.00	52.70±7.51	69.50	63.14±19.15	0.001*	U:362.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-5.163		0.065 Z:-1.845			
ÇADÖ-Y-EF Alt Boyutları ve Toplamı (Ön Test-Son Test Uygulaması) RAW Skorları						
Ön Test Uygulaması; Ayrılma Anksiyetesi Alt Boyutu ^a	9.00	8.41±2.85	8.00	8.17±4.33	0.130	t:0.277
Son Test Uygulaması; Ayrılma Anksiyetesi Alt Boyutu ^b	4.00	4.11±1.87	8.00	7.72±4.31	p<0.001*	U:311.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-5.108		0.193 Z:-1.301			
Ön Test Uygulaması; Sosyal Fobi Alt Boyutu ^a	14.00	14.00±3.97	13.50	12.97±5.71	0.160	t:0.891
Son Test Uygulaması; Sosyal Fobi Alt Boyutu ^a	7.00	6.92±2.59	14.00	12.81±6.04	p<0.001*	t:-5.437
p Test Değeri^c	p<0.001* t:10.526		0.775 t:0.288			
Ön Test Uygulaması; Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu ^b	5.00	5.78±3.31	6.00	6.56±7.08	0.969	U:662.500
Son Test Uygulaması; Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu ^b	3.00	2.54±1.83	5.00	5.39±3.94	0.001*	U:399.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.985		0.114 Z:-1.582			
Ön Test Uygulaması; Panik Bozukluk Alt Boyutu ^b	6.00	6.51±3.46	8.50	9.06±6.31	0.141	U:533.000
Son Test Uygulaması; Panik Bozukluk Alt Boyutu ^b	3.00	3.43±2.36	7.00	7.97±5.88	0.001*	U:353.000
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.303		0.099 Z:-1.649			
Ön Test Uygulaması; Yaygın Anksiyete Bozukluk Alt Boyutu ^a	6.00	6.59±2.13	7.50	7.31±3.17	0.100	t:-1.122
Son Test Uygulaması; Yaygın Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu ^a	3.00	3.54±1.52	6.00	7.06±3.14	p<0.001*	t:-6.108
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-5.204		0.529 Z:-0.636			
Ön Test Uygulaması; Majör Depresif Bozukluk Alt Boyutu ^b	10.00	10.38±4.26	9.50	9.69±6.55	0.539	U:610.500
Son Test Uygulaması; Majör Depresif Bozukluk Alt Boyutu ^a	4.00	4.73±2.64	9.50	9.31±6.62	p<0.001*	t:-3.901
p Test Değeri^d	p<0.001* Z:-4.995		0.551 Z:-0.596			
Ön Test Uygulaması; Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	42.00	41.81±11.26	44.00	44.33±23.68	0.565	t:0.487
Son Test Uygulaması; Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	21.00	20.95±7.58	39.00	40.11±22.33	p<0.001*	t:-4.936
p Test Değeri^c	p<0.001* t:14.238		0.003* t: 2.194			
Ön Test Uygulaması; Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	51.00	51.16±12.13	54.50	54.03±29.96	0.597	t:0.452
Son Test Uygulaması; Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan ^a	25.00	25.86±9.76	49.00	49.25±28.95	p<0.001*	t:4.650
p Test Değeri^c	p<0.001* t:14.796		0.057 t:1.967			

^aIndependent samples t test; ^bMann Whitney U test; ^cPaired t test; ^dWilcoxon test; a:0.05; *Gruplar arasındaki farklılık anlamlı

Çalışma kapsamına giren ebeveynlerin, ÇADÖ-Y-EF ön test ve son test alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması Çizelge 4.5' de verilmiştir. İstatistiksel incelemeler T ve RAW skorları dikkate alınarak iki skorlama içinde yapılmıştır (Çizelge 4.5).

ÇADÖ-Y-EF T puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analizde, *Ayrılma Anksiyetesi* alt boyutunda gruplar arası ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.422$, $U=600.500$). Son test puan ortalamaları incelendiğinde, girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0.001^*$, $U=348.000$). Grup içi değerlendirmelerde, girişim grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001^*$, $Z=-4.072$). Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p=0.924$, $Z=-0.095$) (Çizelge 4.5).

ÇADÖ-Y-EF T puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analize göre; *Sosyal Fobi* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmasında ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken ($p:0.550$, $t:0.387$), gruplar arası son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001^*$, $U:244.000$). ÇADÖ-Y-EF *Sosyal Fobi* alt boyutu grup içi puan ortalamaları karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001^*$, $Z:-4.952$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p:0.977$, $Z:-0.029$) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF T puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analizde, *Obsesif Kompulsif Bozukluk* alt boyutunda gruplar arası ön test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.846$, $U=648.500$). Son test puan ortalamaları incelendiğinde, girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.003^*$, $U=399.000$). Grup içi karşılaştırmalarda, girişim grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.001^*$, $Z=-4.483$), kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p=0.043$, $Z=-2.206$) (Çizelge 4.5).

ÇADÖ-Y-EF T puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analize göre; *Panik Bozukluk* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmadı ($p:0.139$, $U:535.000$), son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p:0.001^*$, $U:360.000$). ÇADÖ-Y-EF *Panik Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği

($p < 0.001^*$, $Z: -3.439$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p: 0.304$, $Z: -1.027$) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF T puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analize göre; *Yaygın Anksiyete Bozukluk* alt boyutu için gruplar arası karşılaştırmada, ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p: 0.131$, $U: 529.500$). Son test puan ortalamaları arasında, girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001^*$, $U: 383.500$). ÇADÖ-Y-EF *Yaygın Anksiyete Bozukluk* alt boyutunda grup içi puan ortalaması karşılaştırmasında, girişim grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.001^*$, $t: 7.105$). Kontrol grubunda ise, ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p: 0.465$, $t: 0.739$) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF T puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analize göre; *Majör Depresif Bozukluk* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken ($p: 0.778$, $U: 640.500$), gruplar arası son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001^*$, $U: 341.000$). ÇADÖ-Y-EF *Majör Depresif Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p < 0.001^*$, $Z: -4.761$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p: 0.751$, $Z: -0.318$) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF'nin T puanı ortalamalarına ilişkin *Anksiyete Bozukluk Toplam Puan* ön test ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (0.712 , $U: 633.000$). Son test puan ortalamasının girişim grubunda daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.001^*$, $U: 286.500$). Grup içi değerlendirmelerde ise girişim grubunda ön test ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($p < 0.001^*$, $Z: -5.096$), kontrol grubunda ise ön test ile son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p: 0.084$, $Z: -1.730$) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF T puanı ortalamalarına ilişkin *Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan* ön test ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p:0.540, U:611.000). Gruplar arası son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olup gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p:0.001*, U:362.000). ÇADÖ-Y-EF *Depresyon-Anksiyete Bozukluğu Toplam Puan* ortalamaları grup içi karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p<0.001*, Z:-5.163), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p:0.065, Z:-1.845) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF RAW puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analize göre; *Ayrılma Anksiyetesi* alt boyutunda, gruplar arası karşılaştırmada ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi (p:0.130, t:0.277). Son test puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0.001*, U:311.000). ÇADÖ-Y-EF *Ayrılma Anksiyetesi* alt boyutunda grup içi puan ortalaması karşılaştırmasında, girişim grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p<0.001*, Z:-5.108). Kontrol grubunda ise, ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p:0.193, Z:-1.301) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF RAW puanı ortalamalarına ilişkin yapılan istatistiksel analize göre; *Sosyal Fobi* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken (p:0.160, t:0.891), son test puan girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük bulunduğu ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p<0.001*, t:-5.437). ÇADÖ-Y-EF *Sosyal Fobi* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p<0.001*, t:-5.437), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p:0.775, t:0.288) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Obsesif Kompulsif Bozukluk* alt boyutu için gruplar arası ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p:0.969, U:662.500). Son test puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (p:0.001*, U:399.000).

Grup içi karşılaştırmalarda ise girişim grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu. (p:0.001*, U:399.000). Kontrol grubunda ise n test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p:0.114, Z:-1.582) (izelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF *Panik Bozukluk* alt boyutu RAW puanı ortalamalarına ilişkin gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken (p:0.141, U:533.000), son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p:0.001*, U:353.000). ÇADÖ-Y-EF *Panik Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu n test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p<0.001*, Z:-4.303), kontrol grubunda ise n test son test puan ortalamaları karşılaştırılmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p:0.099, Z:-1.649) (izelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Yaygın Anksiyete Bozukluk* alt boyutunda, gruplar arası n test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p:0.100, t:-1.122). Son test puan ortalamaları incelendiğinde, girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.001*, t:-6.108). Grup içi karşılaştırmalarda ise girişim grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p<0.001*, Z:-5.204), kontrol grubunda ise n test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p:0.529, Z:-0.636) (izelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Majör Depresif Bozukluk* alt boyutu gruplar arası karşılaştırmada ön test uygulaması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmazken (p:0.539, U:610.500), son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük olduğu ve gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0.001*, t:-3.901). ÇADÖ-Y-EF *Majör Depresif Bozukluk* alt boyutu grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu n test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p<0.001*, Z:-4.995), kontrol grubunda ise n test son test puan ortalamaları karşılaştırılmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p:0.551, Z:-0.596) (izelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Anksiyete Bozukluk Toplam Puanı* açısından gruplar arası ön test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p:0.565$, $t:0.487$). Son test puan ortalamaları değerlendirildiğinde, girişim grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.001^*$, $t:-4.936$). ÇADÖ-Y-EF *Anksiyete Bozukluk Toplam Puan alt* boyutunda grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında ise, hem girişim hem de kontrol grubunda ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (girişim grubu: $p<0.001^*$, $t:14.238$; kontrol grubu: $p:0.003^*$, $t:2.194$) (Çizelge 4.5.).

ÇADÖ-Y-EF RAW puanı ortalamalarına ilişkin *Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam Puan* ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p:0.597$, $t:0.452$), son test puan ortalamaları arasında girişim grubunun puan ortalaması daha düşük bulunduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.001^*$, $t:4.650$).

ÇADÖ-Y-EF *Depresyon-Anksiyete Bozukluk Toplam* grup içi puan ortalaması karşılaştırılmasında girişim grubu ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p<0.001^*$, $t:14.796$), kontrol grubunda ise ön test son test puan ortalamaları karşılaştırılmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu. ($p:0.057$, $t: 1.967$) (Çizelge 4.5.).

Çizelge 4.6. Çocukların ÇİYKÖ Ön ve Son Test Uygulaması Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişki				
Ön Ölçüm	Son Ölçüm			
	Girişim Grubu ÇİYKÖ Toplam Puanı		Kontrol Grubu ÇİYKÖ Toplam Puanı	
	r	p	r	p
ÇİYKÖ Toplam Puanı	0,674	0,001*	0,508	p<0.001*

Çizelge 4.6'da, çalışma gruplarındaki çocuk katılımcıların ÇİYKÖ toplam puanı ön test ve son test ölçümleri arasındaki ilişki görülmektedir. Girişim grubunda, ÇİYKÖ toplam puanı ön test ve son test ölçümleri arasında güçlü düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0.674$, $p<0.001$). Kontrol grubunda ise, ÇİYKÖ toplam puanı ön test ve son test ölçümleri arasında orta derece pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0.508$, $p=0.001$), (Çizelge 4.6.).

Çizelge 4.7. Çocuk ve Ebeveynlerin ÇADÖ-Y-ÇF ve ÇADÖ-Y-EF Ön Test Ölçek Toplam Depresyon-Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki				
ÇADÖ-Y-ÇF	ÇADÖ-Y-EF			
	Girişim Grubu Toplam Anksiyete-Depresyon Puanı		Kontrol Grubu Toplam Anksiyete-Depresyon Puanı	
	r	p	r	p
Toplam Anksiyete-Depresyon Puanı	0.065	0.704	0.606	p<0.001*

Çizelge 4.7’de, araştırmaya katılan ebeveyn ve çocukların ÇADÖ-Y-ÇF/EF’lerin ön test toplam depresyon-anksiyete puanları arasındaki ilişki sunulmuştur.

Girişim grubunda yer alan ebeveyn ve çocuk katılımcıların ÇADÖ-Y-ÇF/EF ön test toplam depresyon-anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($r=0.065$, $p:0.704$). Buna karşın, kontrol grubundaki ebeveyn ve çocuk katılımcıların ÇADÖ-Y-ÇF/EF toplam depresyon-anksiyete puanları arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki bulundu ($r=0.606$, $p<0.001$).

Çizelge 4.8. Çocuk ve Ebeveynlerin ÇADÖ-Y-ÇF ve ÇADÖ-Y-EF Son Test Ölçek Toplam Depresyon-Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki				
ÇADÖ-Y-ÇF	ÇADÖ-Y-EF			
	Girişim Grubu Toplam Anksiyete-Depresyon Puanı		Kontrol Grubu Toplam Anksiyete-Depresyon Puanı	
	r	p	r	p
Toplam Anksiyete-Depresyon Puanı	0.598	0.009*	0.426	p<0.001*

Çizelge 4.8’te araştırmaya katılan çocuk ve ebeveynlerin ÇADÖ-Y-ÇF/EF’lerinin son test ölçek toplam depresyon-anksiyete puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Girişim grubunda buluna çocuk ve ebeveynlerin ÇADÖ-Y-ÇF/EF son test toplam anksiyete-depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı güçlü bir ilişki bulundu ($r:0.598$, $p<0.001$). Kontrol grubunda çocuk ve ebeveyn ÇADÖ-Y-ÇF/EF son test toplam depresyon-anksiyete puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki belirlendi ($r:0.426$, $p:0.009*$), (Çizelge 4.8.).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, DEHB tanısı almış çocuklara uygulanan BDT temelli psikoeğitim programının, çocukların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkileri incelenmiş ve elde edilen bulgular, alanyazınla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Alanyazın incelemesinde, DEHB tanısı almış çocuklara yönelik uygulanan BDT temelli psikoeğitimin, çocukların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkilerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu araştırma alanyazında bizim bildiğimiz ilk çalışmayı oluşturmakta olup, elde edilen bulgular alanyazı ışığında kendi içinde tartışılmıştır.

Çalışma gruplarındaki çocuk ve ebeveyn katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; çocuklar açısından kardeş sayısı ve hobi durumu dışında, ebeveynler açısından ise çocuğa yakınlık derecesi ve DEHB' ye eşlik eden hastalıklar dışında grup özelliklerinin benzer olduğu gözlenmiştir (Çizelge 4.1; Çizelge 4.2). Çalışma grupları arasındaki BDT temelli psikoeğitim etkinliğini belirlemek için grupların benzer özelliklerde olması, çalışma sonuçlarının karşılaştırılabilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Farklılıklar, aile kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmanın tartışma bölümü, DEHB tanısı almış çocuklara uygulanan BDT temelli psikoeğitimin etkileri, araştırma hipotezlerinde belirtilen konu başlıklarına göre iki ayrı bölümde ele alınacaktır. Birinci bölümde, yaşam kalitesine etkisi, ikinci bölümde ise anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi tartışılacaktır.

5.1. Çocukların Yaşam Kalitesi Durumlarının Tartışılması

Bu çalışmada, BDT temelli psikoeğitimin, DEHB tanısı almış çocukların yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Yapılan çalışmada, kontrol grubunun ön ve son test uygulaması ÇİYKÖ puan ortalaması, girişim grubu ön test uygulamasına göre daha düşük bulunmuştur (Çizelge 4.3.).

Çalışma grubundaki çocuklara yönelik BDT temelli psikoeğitim öncesinde yapılan ÇİYKÖ ön test uygulamasında elde edilen ölçek toplam ve alt boyutları puanları, alanyazındaki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, DEHB tanısı almış çocukların yaşam kalitesi puanlarının birbirine yakın olduğu gözlemlenmektedir. (Berfin, 2017; Chen et al., 2020; Darweesh et al., 2021; Duran, 2017; Kavurma, 2023; Kazda et al., 2022; Topcu & Çam, 2022). Aynı zamanda, girişim ve kontrol grubu arasındaki ön test

uygulamasına göre, duygusal ve sosyal işlevsellik açısından ÇİYKÖ puanları benzer özellikler göstermektedir. Bu durum, çalışmamıza katılan çocukların BDT temelli psikoeğitim öncesindeki özelliklerinin alanyazındaki benzer bulgularla örtüşmesi nedeniyle, eğitimin etkinliğini analiz etmek açısından önemlidir.

ÇİYKÖ geliştirici olan Varni tarafından 5-16 yaş grubunda ki 72 DEHB tanılı çocuk, sağlıklı ve kronik hastalığı olan yaşlılarını içeren çalışmasında yaşam kalitesi durumlarını karşılaştırmıştır ve DEHB tanılı çocukların kronik hastalığı olan yaşlıları ile özellikle psiko-sosyal işlevselliğin karşılaştırılabilir düzeyde olduğu ve sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı derecede yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır (Varni & Burwinkle, 2006). Varni, DEHB'nin kronik hastalıklar kadar çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir. Bu açıklama, DEHB'nin çocuklar üzerindeki uzun süreli etkilerinin, fiziksel hastalıklarla kıyaslanabilecek derecede önemli olduğunu vurgulamaktadır. (Varni & Burwinkle, 2006).

Escobar ve arkadaşlarının 6-12 yaş aralığında ki çocuklara yönelik yaptığı 124 DEHB, 93 astım, 120 sağlıklı çocuğu içeren çalışmasında, DEHB tanılı çocukların astım grubu ile karşılaştırıldığında psikososyal işlevselliğin azaldığı, sağlıklı çocuklar ile karşılaştırıldığında ise hem psikososyal hem de fiziksel işlevselliğin anlamlı derecede azalmış olduğunu belirtmiştir (Escobar et al., 2005).

Duran tarafından 2017 yılında yapılan bir çalışmada, 64 DEHB tanılı çocuk ile sağlıklı yaşlıları karşılaştırılmış ve fiziksel sağlık toplam puanı hariç, tüm ölçek boyutlarında DEHB tanılı çocukların yaşam kalitesi anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur (Duran, 2017).

Topçu ve Çam tarafından 2017 yılında yapılan bir çalışmada, DEHB tanılı çocuklara yönelik olarak ev ve okul ortamlarındaki yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Çalışmada, çocukların hem ev hem de okul ortamında yaşam kalitesi ölçek puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu sonuç, DEHB'nin çocukların günlük yaşamlarının çeşitli alanlarında, özellikle ev ve okul ortamlarındaki yaşam kalitesinin olumsuz etkilere yol açtığını ortaya koymaktadır (Topcu & Çam, 2022).

Kavurma tarafından 2023 yılında 15 DEHB tanılı çocuk ve ebeveynin içeren sosyal beceri eğitiminde DEHB tanılı çocukların eğitim öncesi yaşam kalitesinin düşük olduğu ve eğitim sonrası yaşam kalitesi ölçek puanlarının anlamlı şekilde yükseldiğini belirtmiştir (Kavurma, 2023). Alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde DEHB tanılı

çocukların, kronik hastalığı olan çocuklarda olduğu gibi yaşam kalitesi sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı derecede düşük bulunduğu görülmektedir (Duran, 2017; Kavurma, 2023; Topcu & Çam, 2022).

Alanyazında, çalışma bulgularından farklı olarak, DEHB tanısı konmuş üniversite öğrencilerine uygulanan BDT sonrası algılanan yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Koçak, 2017). Bu durumun nedeni olarak, yaş ilerledikçe DEHB belirtilerinin azaldığı ve dolayısıyla yaşam kalitesinin arttığı ileri sürülmektedir (Koçak, 2017; Söngüt & Özakar Akça, 2022).

Alanyazında farklı bir çalışmada ise, 8-12 yaş arasındaki DEHB tanısı almış çocukların okul işlevselliği ve yaşam kalitesine yönelik yapılan değerlendirmelerde, anaokuluna giden çocukların yaşam kalitesinin, ilkokul ve ortaokul öğrencilerine göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur (Söngüt & Özakar Akça, 2022).

Duran tarafından yapılan DEHB tanılı çocukların sosyal fonksiyon bozukluğu durumuna göre hasta ve kontrol grupları arasında ki çalışmada yaşam kalitesi açısından anlamlı sonuç çıkmamıştır (Duran, 2017). Darweesh ve arkadaşları tarafından 2021 yılında 42 DEHB tanılı çocuğa uyku sorunlarına yönelik yapılan araştırmada hasta grubunda bulunan DEHB tanılı çocukların ÇİYKÖ puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuş ve ölçeğin alt boyutları bakımından en az yaşam kalitesi puanı okul işlevselliğinde olduğunu belirtilmiştir (Darweesh et al., 2021). Gilbert ve arkadaşları tarafından 2024 yılında yapılan 7-17 yaş aralığında ki toplam 4809 ebeveyn ve çocuğun katıldığı Almanya merkezli çalışmada ise okul işlevselliği diğer alt boyutlara göre daha düşük puanla ilişkilendirilmiştir (Gilbert et al., 2024).

Yapılan bu araştırmada, alanyazınla paralel olarak çalışma grupları içerisindeki ÇİYKÖ alt boyutları incelendiğinde, ön test ve son test ölçümlerinde, okul işlevselliği boyutunun puan ortalamasının en düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun sebebi olarak, aile ortamından sosyal ortama geçiş yapan DEHB tanısı almış çocukların, sosyal ahlak kuralları ve okul kurallarına uyum sağlamakta zorlandıkları, sosyalleşme faaliyetlerinde güçlük çektikleri ve okul ödevleri ile yeni bilgiler öğrenirken dikkat ve odaklanma gerektiren süreçlerde zorluk yaşadıklarından kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Duran, 2017; Kavurma, 2023; Söngüt & Özakar Akça, 2022). Ayı zamanda DEHB tedavisi ve yaşam kalitesinin artırılmasında okul, aile, çocuk iş birliği önemli yer tutmaktadır (Topcu & Çam, 2022).

Alanyazında, DEHB tanısı almış çocukların yaşam kalitesinin okul işlevselliği açısından değerlendirilmesinde, DEHB tanılı çocuklar ve ergenlerin olumlu akran ilişkileri ve arkadaşlıkları teşvik etmek için sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik BDT'lerden özellikle yarar sağladığı belirtilmektedir (Berfin, 2017).

DEHB tanılı çocuklar ve ergenler için BDT yöntemlerinin etkililiğine ilişkin kapsamlı bilimsel araştırmalar bulunmaktadır (Asutay & Karaaziz, 2023; Bengisoy et al., 2019; Gürlek, 2023). Ayrıca, akran katılımına yönelik girişimlerin, DEHB tanılı çocukların ve ergenlerin sosyal işlevselliğini iyileştirdiği ve bunun da yaşam kaliteleri üzerinde olumlu bir etkisi olabileceği bildirilmiştir (Cordier et al., 2018; Reiß et al., 2023).

Ojinna ve arkadaşları tarafından 2022 yılında yapılmış olan sistematik derlemede DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde belirti bulguları azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla bilişsel/davranışçı terapi (non-farmakolojik yöntem) ve metilfenidatın tedavisini (farmakolojik yöntem) etkinliğini inceleyen bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada sonucunda, her iki tedavi yönteminin ya da yalnızca birinin uygulandığı çocuk ve ergenlerde DEHB'nin ana belirti bulgularında belirgin bir azalma sağladığını ve bunun da yaşam kalitelerinin artmasına katkı sunduğu ileri sürülmüştür (Ojinna et al., 2022; Reiß et al., 2023). Ancak, BDT'nin zaman kısıtlamaları ve kaynak gereksinimleri gibi engellemeler nedeniyle terapinin uygulanmasını zorlaştırabileceği belirtilmiştir (Ojinna et al., 2022).

Bu çalışmada; ÇİYKÖ duygusal işlevsellik boyutunda, çalışma gruplarının ön test ölçüm puanları birbirine benzerken, girişim grubunun BDT temelli psikoeğitim sonrasında son test ölçüm puanları anlamlı bir şekilde artmıştır. Cohen ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan bir çalışmada, DEHB tanısı almış gençler ile sağlıklı gençler arasında yaşam kalitesinin duygusal işlevsellik boyutuna odaklanılmış, DEHB tanılı gençlerin duygusal işlevselliğinin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek düşük bulunduğu açıklanmıştır (Ben-Dor Cohen et al., 2021). Bu bulgu, çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir. Ayrıca, alanyazındaki diğer çalışmalarda da DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde duygusal işlevsellik bozuklukları gözlemlenmiş ve DEHB'deki duygusal işlev bozukluklarının, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi temel belirti bulgularla bağlantılı olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Mulraney et al., 2019; Pinho et al., 2019).

Bu araştırmada, yaşam kalitesinin sosyal işlevsellik alanında kontrol grubu kendi içerisinde n ve son teste istatikselsel olarak anlamlı fark bulunmazken girişim grubunda ön test sonrası yapılan BDT temelli psikoeğitimden sonra son test uygulamasında yaşam kalitesi anlamlı şekilde yükselmiştir (izelge 4.3.). Topçu tarafından 2017 yılında 101 DEHB tanılı ocuk ile yapılan ev ve okul ortamlarında ki yaşam kalitesi çalışmasına göre çocukların sosyal işlevselliği boyutu anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Ev ortamında yaşam kalitesi düşük olan çocukların okul ortamında da yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmiştir (Topcu & am, 2022). Kandemir ve arkadaşları tarafından 7-16 yaş arasındaki 76 DEHB ve 59 sağlıklı ocuk ve ebeveyne yönelik yapılan yaşam kalitesi değerlendirme çalışmasında, DEHB tanılı çocukların, kontrol grubundaki sağlıklı çocuklara göre okul başarılarının daha düşük olduğu, psikososyal işlevselliklerinde azalma yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin ciddi şekilde düştüğü belirtilmiştir (Kandemir et al., 2014). Söngüt tarafından 8-12 yaş arasındaki 75 DEHB tanılı çocukla yapılan bir araştırmada, çocukların bilişsel, sosyal ve okul işlevselliği alanlarında yaşam kalitelerinin önemli lde düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Söngüt & zakar Akça, 2022). Sonuç olarak, ruhsal bozukluğu bulunan ocuk ve ergenler, yaşamlarının her alanında yardıma ve desteğe gereksinim duymaktadırlar. Bu bağlamda, yapılacak girişimlerin, çocukların yaşam kalitesini önemli lde iyileştirebileceği açıklanmıştır (Virta et al., 2010).

Çalışma verilerinden elde edilen sonuçlar, alanyazınla karşılaştırıldığında, çalışmada belirlenen Hipotez 1 (H1): *‘‘DEHB tanısı olan ocuklara Bilişsel Davranış Terapi temelli verilen psikoeğitim, çocukların yaşam kalitesine etkisi vardır.’’* hipotezine yanıt olarak, girişim grubuna uygulanan BDT temelli psikoeğitimin çocukların yaşam kalitesinde anlamlı bir artış sağladığını göstermektedir. Bu bulgu, çalışma hipotezinde belirtilen şekilde, BDT temelli psikoeğitimin ocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini, olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

5.2. Çocukların Anksiyete Depresyon Durumlarının Tartışılması

Bu araştırmada yer alan girişim ve kontrol gruplarındaki ÇADÖ-Y-F/EF, n test uygulamalarına göre çocukların ölçek puanları arasında bir fark bulunmamaktadır. Elde edilen ölçek puanlarına göre, DEHB tanısı almış çocuklarda önemli lde anksiyete ve depresyon belirti bulguları gözlemlenmektedir (izelge 4.4., izelge 4.5.). Çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren bazı çalışmalarda incelendiğinde; Tan ve arkadaşları tarafından 2020 yılında 6-17 yaş aralığındaki psikiyatrik tanı almış çocuklara yönelik

yapılan çalışmada, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tan et al., 2020).

Filazoğlu Çokluk ve Pekel'in 2023 yılında DEHB'nin internet bağımlılığı, dürtüsellik ve depresyon üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmada, DEHB belirtilerinin artmasıyla birlikte depresyon belirtilerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Filazoğlu Çokluk & Pekel, 2024). Wong ve Chen'in 2019 yılında yaptığı araştırmasında, bu çalışmada olduğu gibi DEHB belirtileri ile depresyon arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu belirlenmiştir (Wong & Chen, 2019).

İpçi ve arkadaşlarının 2020 yılında 8-15 yaş arası DEHB tanılı çocuk ve ergenler üzerinde yaptıkları çalışmada, çocuklara konulan ikincil ek tanının öncelikle depresyon bozukluğu, ardından anksiyete bozukluğu ve üçüncü sırada obsesif kompulsif bozukluklar yer aldığı belirtilmiştir (İpçi et al., 2020). Yılmaz tarafından 2024 yılında yapılan bir çalışmada, 50 DEHB tanılı çocuğun depresyon ve anksiyete puanlarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, 2024). Karadağ tarafından 2020'de 54 ergen yapılan çalışmada en önemli okul bırakma nedenlerinin DEHB olduğu açıklanmıştır (Karadağ, 2020).

Alanyazında yer alan başka bir çalışma incelendiğinde, DEHB tanısı almış çocuklarda, sağlıklı yaşlılarına oranla depresyon oranının 5.5 kat, anksiyete oranının ise 3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Elia et al., 2008). Alanyazındaki çalışmalar da göstermektedir ki, DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde, sağlıklı yaşlılarına kıyasla anksiyete ve depresyon daha sık görülmektedir (Anbarasan et al., 2020; Elia et al., 2008).

Bu araştırmada elde edilen veriler, alanyazındaki diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte ve DEHB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyon riski yüksek bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Depresyon ve anksiyetenin patofizyolojisinde birçok farklı etmen bulunmaktadır (Karaman et al., 2013). Çalışmada, ölçek alt grupları arasında yer alan sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozuk, yaygın anksiyete bozukluğu durumları ile toplam anksiyete ve toplam depresyon-anksiyete puanları DEHB tanısı konmuş çocuklarda, sağlıklı yaşlılarına göre daha yüksek ölçek puanları ile gözlemlenmiştir (Karaman et al., 2013).

Karaman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, 7-12 yaş arasındaki DEHB tanısı almış 47 çocuk ve ergenin depresyon ve anksiyete belirtileri incelenmiştir.

Sonuçlara göre, DEHB tanısı alan çocukların panik bozukluğu, sosyal fobi, ayrılma anksiyetesi, majör depresyon düzeylerinin, kontrol grubundaki çocuklara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Karaman et al., 2013). Alanyazında DEHB tanısı almış çocuklar üzerinde yapılan başka bir depresyon ve anksiyete araştırmasında; anksiyete bozukluğunun %32.2, yaygın anksiyete bozukluğunun %15.2, ayrılık anksiyetesinin %7.0, basit fobinin %7.6 ve sosyal fobinin %2.6 oranında görüldüğü belirlenmiştir (Koyuncu et al., 2018). Houghton ve arkadaşlarının 2020 yılında 84 ergenle yaptıkları çalışmada, DEHB tanısı almış ergenlerin daha fazla sosyal fobi ve ayrılık kaygısı yaşadıkları, bu durumun da daha yüksek yalnızlık düzeylerine yol açtığı bulunmuştur (Houghton et al., 2020; Koyuncu et al., 2018). Ayrıca, DEHB tanılı ergenlerde yüksek yalnızlık düzeylerinin, düşük kaliteli arkadaşlıklar ile ilişkili olduğu ve bu durumda depresif semptomların artmasına neden olduğu belirtilmiştir (Houghton et al., 2020).

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyonun varlığına neden olarak alanyazında yapılan çalışmalarda; Doğaroğlu'nun 2013 yılında yaptığı sistematik derlemede, DEHB tanılı çocukların sağlıklı yaşıtlarına göre daha içe kapanık oldukları, ilişki baŐlatma ve sürdürmede zorlandıkları, tembel ve isteksiz olarak adlandırılabilirler, ayrıca inatçılık, öfke, karŐıt gelme davranışları sergiledikleri ve sosyal beceri eksiklikleri nedeniyle dıŐlanabilecekleri belirtilmiş olup, bu durumun anksiyete ve depresyon geliŐimine zemin hazırlayabileceği vurgulanmıştır (Doğaroğlu, 2013). Alanyazında DEHB tanılı ilkokul çocuklarına yönelik yapılan başka bir çalışmada, çocuklarda depresyon ve anksiyete geliŐiminin nedenleri arasında DEHB'nin getirmiş olduğu; yaşam tarzları, aile içi ilişkiler, çocukların karşılaştıkları olumsuz yaşam olayları, ebeveyn tutumları ve iletişim güçlüklerinin depresyona yol açabileceği vurgulanmıştır (Gl & nc, 2018). Bu etmenlerin, çocukların psikolojik ve duygusal gelişimini olumsuz yönde etkileyerek, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik sorunların geliŐimine zemin hazırlayabileceği açıklanmıştır (Şimal, 2019).

Sürekli büyüme ve gelişme içinde olan ocuk ve ergenlerin desteklenmesi, sağlıklı yetiŐkinliđe geçiş sürecinde rehberlik edilmesi hemşirelerin görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Yaş ilerledikçe DEHB belirtileri azalmakla birlikte, hastalığın yol açtığı olumsuz etkiler nedeniyle anksiyete ve depresyon bulgularında artıŐlar gözlemlenmektedir (Şimal, 2019). ocuk hemŐireleri olarak, anksiyete ve depresyon erken tedavi edilmediğinde, ocuk ve ergenlerde ilerleyen dönemlerde farklı sorunlara yol açabileceği alanyazında belirtilmiştir (Karaman et al., 2013; Şimal, 2019).

DEHB yaş ilerledikçe anksiyete depresyon kaynaklı ortaya çıkan olumsuzluklar arasında alanyazında; Karadağ (2020) ve Mirza (2018) tarafından yapılan araştırmalarda, DEHB tanılı çocuklarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve bu durumun okul bırakma ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Karadağ, 2020; Mirza et al., 2018). Şimal'in 2019 yılında DEHB tanılı 15-18 yaş arasındaki 204 öğrenciye yönelik yaptığı çalışmada, yaşın artmasıyla birlikte DEHB belirtilerinin azaldığı, ancak depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu düzeylerinin yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır (Şimal, 2019). Alanyazında yer alan başka bir çalışmada ise, DEHB tanılı çocuklarda depresyon belirtilerinin yıllar içerisinde arttığı belirlenmiştir (Karaman et al., 2013). Bu durumun nedeni olarak, yaş ilerledikçe bilişsel yeteneklerin ve farkındalığın arttığı, ancak sosyal ilişkilerde, akademik başarıda ve becerilerdeki yetersizliklerin daha belirgin biçime gelmesi nedeniyle depresyon düzeylerinin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır (Karaman et al., 2013; Şimal, 2019). DEHB tanısı konulmayan ve doğru tedavi başlanmayan çocuk ve ergenlerde en önemli komplikasyonlardan biri, eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların varlığıdır (Levy et al., 2020). Levy'nin 2020 yılında yaptığı bir çalışmada, DEHB' li çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik hastalıkların, öz kıyım eğilimi için önemli bir risk etmeni oluşturduğunu belirtmiştir (Levy et al., 2020).

Alanyazında, anksiyete ve depresyon tanısı almış yetişkinlere yönelik yapılan çalışmalarda, çocukluk çağında DEHB tanısı alıp almadıkları sorgulanmıştır. Safren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yetişkinlerin %32'si, Mancini'nin yaptığı çalışmada %19,5'i, Van Ameringen'in yaptığı çalışmada ise %27'si çocukluklarında DEHB tanısı aldığını belirtmiştir (Koyuncu et al., 2018). DEHB tanıları çocuklarda gereken şekilde önlem alınmadığında yıllar içerisinde depresyon, anksiyete gelişebilmektedir (Koyuncu et al., 2018).

Alanyazındaki çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada BDT temelli psikoeğitim sürecine ebeveynlerin de alınması, araştırmaya özgünlük katan bir özellik sunmaktadır. Öyle ki Swanson ve arkadaşları, bireysel eğitimlerin yanı sıra ebeveyn eğitimlerinin de DEHB tedavisinde en önemli tedavi seçeneklerinden biri olduğunu belirtmiştir (Swanson et al., 2017). Alanyazındaki çalışmalardan farklı olarak, bu çalışmada BDT temelli psikoeğitim sürecine ebeveynlerin de alınması, araştırmaya özgünlük katan bir özellik sunmaktadır.

Bugüne kadar, farmakolojik tedaviler DEHB tanılı ergenlerde yaygın bir şekilde kullanılmıştır (Houghton et al., 2020). Bu tedaviler, olumsuz sosyal davranışları azaltabilirken, DEHB tanılı çocuklar ve ergenlerde olumlu sosyal davranışlarda artışa ya da akran ilişkisinde bir değişikliğe yol açmamaktadır (Houghton et al., 2020). Her ne kadar farmakolojik tedaviler DEHB tedavisinde önemli bir yer tutuyor olsa da, hemşirelik girişimlerinde non-farmakolojik yaklaşımlar temel alındığından, BDT temelli psikoeğitim uygulaması alanyazında çocuğun sorun çözme becerileri, akran ilişkileri, ebeveyn tutumları, tükenmişlik, öfke, benlik saygısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri, anne kabulü ve sosyal yanıt değişiklikleri gibi konularda olumlu etkilerinin olduğu çalışmalar ile kanıtlanmıştır (Elia et al., 2008; Houghton et al., 2020; Öztürk, 2022).

Alanyazı incelemelerinde, BDT uygulamalarına yönelik bu çalışma ile benzer olarak, Asutay ve Karaaziz' in 2023 yılında yaptıkları sistematik incelemede, DEHB tanısı konmuş hastalarda uygulanan BDT tedavisinin, hastalığın belirtilerinde iyileşme sağladığı ve olumlu yönde etki ettiği bulunmuştur (Asutay & Karaaziz, 2023). Coelho'nun 2017 yılında 7-14 yaş arasındaki DEHB tanılı çocuklara yönelik uyguladığı BDT sonrasında, çocukların uyum seviyelerinin arttığı ve DEHB belirtilerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Coelho et al., 2017). Ancak alanyazın ve bu çalışmadan farklı bir sonuç olarak, Sprich ve arkadaşlarının 2016 yılında 14-18 yaş arasındaki çocuklara uyguladıkları BDT sonrasında DEHB belirtilerinde herhangi bir değişiklik gözlemlenmemiştir (Sprich Susan E et al., 2016). BDT uygulamalarının başarısız olmasının, yaş ve gelişimsel düzeyler, ebeveyn ve çevresel etkenler, uygun olmayan terapi yöntemleri, motivasyon eksikliği, diğer eşlik eden psikiyatrik tanılar, zaman ve süre kısıtlamaları ile uygulama hataları gibi sebeplerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışma verilerinden elde edilen sonuçlar alanyazınla karşılaştırıldığında, çalışmamızda belirlediğimiz Hipotez 2 (H2): ‘*DEHB tanısı almış çocuklara bilişsel davranış terapisi temelli verilen psikoeğitim, çocukların anksiyete ve depresyon düzeyini etkisi vardır.*’ hipotezine göre, girişim grubuna uygulanan BDT temelli psikoeğitim, anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalma sağlamış ve böylece hipotezde belirtildiği gibi, BDT temelli psikoeğitimin çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyona olumlu yönde etkisi olduğu bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlere yönelik hazırlanan BDT temelli psikoeğitimin, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumları üzerine etkileri incelenmiş. Elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar sunulmuştur.

Kontrol grubunda, ön test ölçümleri yaşam kalitesinin düşük, anksiyete ve depresyon düzeylerinin ise yüksek olduğunu göstermiştir. Son test ölçümlerinde ise herhangi bir değişiklik gözlemlenmemiştir.

Girişim grubuna uygulanan BDT Temelli Psikoeğitim uygulaması sonrasındaki ölçümler, grup içindeki ön test ölçümleriyle karşılaştırıldığında yaşam kalitesinde anlamlı bir artış gözlemlenmiş, ayrıca anksiyete ve depresyon düzeylerinde de anlamlı bir azalma saptanmıştır.

Girişim grubunun yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, ön test ölçümlerinde kontrol grubuyla benzerlik göstermekteydi. Ancak, BDT temelli psikoeğitim uygulaması sonrasında, kontrol grubuna kıyasla girişim grubunda son test ölçümlerinde yaşam kalitesinde anlamlı bir artış gözlemlenmiş, ayrıca anksiyete ve depresyon düzeylerinde de anlamlı bir azalma saptanmıştır.

Girişim grubu içerisinde ki ÇİYKÖ ön test son test arasındaki ilişkinin kontrol grubuna göre daha güçlü olması yapılan BDT Temelli Psikoeğitim uygulaması kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Girişim grubu içerisindeki çocuk ve ebeveynlerin son test ÇADÖ-Y-ÇF/EF toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin kontrol grubuna göre daha güçlü ve pozitif yönde bulunması, girişim grubuna uygulanan BDT Temelli Psikoeğitim Programı'nın etkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada belirlenen H1 ve H2 hipotezlerine göre, DEHB tanılı çocuklara BDT temelli verilen psikoeğitim, çocukların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumlarını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada, BDT temelli psikoeğitim uygulanan girişim grubunda, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında, özellikle sosyal, duygusal ve okul işlevselliği boyutlarında anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir. Bu bulgular, DEHB tanılı çocukların

yaşadığı psikososyal zorlukların, bilişsel davranışçı terapiler ile iyileştirilebileceğini ve yaşam kalitesinin artırılabilirliğini göstermektedir.

BDT Temelli Psikoeğitim uygulaması, DEHB tanısı almış çocukların sosyal becerilerini geliştirme açısından oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal işlevselliğin arttığı gözlemlenen çocuklar, akranlarıyla daha sağlıklı ilişkiler kurmakta, okuldaki sosyal etkileşimlerde daha başarılı olmakta ve genel yaşam kalitelerinde pozitif değişiklikler yaşanmaktadır. Bu bağlamda, sosyal beceri eğitimlerinin ve grup terapilerinin DEHB tanılı çocuklar için faydalı olacağı söylenebilir.

BDT temelli psikoeğitimin bir diğer önemli bulgusu, DEHB tanılı çocukların anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalma sağlamasıdır. Eğitim öncesi yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri gösteren çocuklarda, eğitim sonrası bu belirtilerin azaldığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, BDT'nin duygusal iyileşme sağlama potansiyeline sahip bir tedavi yöntemi olduğunu ve DEHB'li çocukların psikolojik iyilik halleri üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu araştırmanın önemli bulgularından biride, BDT temelli psikoeğitim sürecine ebeveynlerin dahil edilmesinin eğitim sürecinin etkinliğini artırmasıdır. Ebeveynlerin eğitim sürecine katılımı, çocukların davranışsal ve duygusal iyileşmelerine katkı sağlamış ve aile içindeki iletişim ve anlayış düzeyini olumlu şekilde etkilemiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda var olan çalışma gelecekteki çalışmalar hakkında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

DEHB tanısı almış çocuklar için BDT temelli psikoeğitim programlarının, tedavide daha yaygın ve rutin bir şekilde uygulanması önerilmektedir.

DEHB tedavisinde çok disiplinli bir ekibi içeren yaklaşımla, psikiyatristler, psikologlar, hemşireler, eğitimciler ve ebeveynler arası iş birliği sağlanmalıdır.

BDT temelli psikoeğitim programlarının ebeveyn katılımını içermesi, çocukların tedavi sürecinde olumlu etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle, ebeveynlerin eğitim süreçlerine etkin biçimde katılımlarının sağlanması, çocuk ebeveyn etkileşimini artırmak için önerilmektedir.

Ayrıca, ebeveynlere yönelik ayrı eğitimler düzenlenerek, onların çocuklarına nasıl daha etkili bir şekilde destek olabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri, tedavi sürecinin etkinliğini artıracaktır.

Bu çalışmanın bulgularına ek olarak, daha geniş örneklem grupları ve farklı yaş aralıklarını kapsayan uzun süreli izleme süreçlerini ve farklı araştırma yöntemlerini içeren araştırmaların yapılması, BDT temelli psikoeğitimin etkilerinin daha kapsamlı bir şekilde gözlemlenmesi açısından önerilmektedir.

Çocuk hemşirelerine verilecek eğitimlerle, DEHB tanısı almış bireylere bakım veren hemşirelerin BDT uygulamalarını kullanabilmesi, daha etkili bakım hizmeti sunmalarını sağlayacaktır.



7. KAYNAKLAR

- Abdolalizadeh, Y., & Neiazi, J. (2020). The Effect Of Cognitive-Behavioral Strategy Training On The Symptoms Of ADHD İn Preschool Children. *Journal Of Research İn Psychopathology*, 1(2), 25-32. https://jrp.uma.ac.ir/article_1085_2ca319ad6f0ee46c6e87e8cfa09bfa1d.pdf
- Aksoy, Z. (2024). *Üniversite Öğrencilerinde Akdeniz Diyetine Uyum İle Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi (Publication Number 853956) Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi. Tekirdağ. Ss. 22-43
- Altın, M., Alev, L., Öztürk M., Abalı, O., Akay, A., Zoroğlu, S., Vural, P., Gürkan, C. K., Çuhadaroğlu, F., & Toros F. (2012). Türkiye’de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Uygulamaları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: 12 Aylık Prospektif Gözlemsel Bir Çalışma. *Turkish Journal Of Child And Adolescent Mental Health*, 19(1), 5-16. erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/186792/turkiyede-dikkat-eksikligi-ve-hiperaktivite-bozuklugunda-tedavi-uygulamaları-ve-yasam-kalitesinin-degerlendirilmesi-12-aylik-prospektif-gozlemsel-bir-calisma>
- Anbarasan, D., Kitchin, M., & Adler, L. A. (2020). Screening For Adult ADHD. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), 72. <https://doi.org/10.1007/S11920-020-01194-9>
- Aricak, O. T., & Beşaltı, S. (2018). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların ve Sağlıklı Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Aile İşlevselliği Açısından Karşılaştırılması. *Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 5, 6-12. Erişim Tarihi: 12.10.2024, Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/326689184_Dikkat_eksikligi_ve_hiperaktivite_bozuklugu_tanisi_alan_cocuklarin_ve_saglikli_cocuklarin_annelerinin_anksiyete_depresyon_duzeyleri_ve_aile_islevselligi_acisindan_karsilastirilmesi
- Artıran, M., & Şeker, A. (2020). Otomatik Düşüncelerin Yordayıcılığı: Umut ve Umutsuzluk Farkı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(73), 36-47. <https://doi.org/10.17755/Esosder.488733>
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Disorders (5th Ed.)*. American Psychiatric Publishing. Erişim Tarihi: 11.10.2024, Erişim Adresi: <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>
- Asutay, A., & Karaaziz, M. (2023). Depresyon ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Sistemik Bir Derleme. *International Journal Of Social And Humanities Sciences Research*, 10(91), 118-123. <https://doi.org/10.26450/Jshsr.3427>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2010). *Hemşirelik Yönetmeliği*. (Resmi Gazete Sayı:27515) Ankara Resmi Gazete Erişim Tarihi: 09.11.2024, Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>
- Bal B. (2018). *Epilepsi Tanılı Çocuklarda ve Annelerinde Anksiyete Depresyon Sıklığı İle Ebeveyn Tutumunun Bu Çocuklardaki Anksiyete Depresyon Üzerine Etkisinin İncelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi (Publication Number 522845) Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul. Ulusal Tez Merkezi Ss. 24-45
- Banerji, A., & Shah, C. (2017). Ten-Year Experience Of Fetal Alcohol Spectrum Disorder; Diagnostic And Resource Challenges İn Indigenous Children. *Paediatr Child Health*, 22(3), 143-147. <https://doi.org/10.1093/Pch/Pxx052>
- Beckman, L., Janson, S., & Von Kobyletzki, L. (2016). Associations Between Neurodevelopmental Disorders And Factors Related To School, Health, And Social

- Interaction In Schoolchildren: Results From A Swedish Population-Based Survey. *Disability And Health Journal*, 9(4), 663-672. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.05.002>
- Ben-Dor Cohen, M., Eldar, E., Maeir, A., & Nahum, M. (2021). Emotional Dysregulation And Health Related Quality Of Life In Young Adults With ADHD: A Cross Sectional Study. *Health Qual Life Outcomes*, 19(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01904-8>
- Bengisoy, A., Özdemir, M. B., Erkiyaç, F., Şahin, S., & Çelik İskifoğlu, T. (2019). Bilişsel Davranışçı Terapi Kullanılarak Yapılan Araştırma Makalelerinin İçerik Analizi 1997-2018. *Turkish Psychological Counseling And Guidance Journal*, 9(54), 745-793. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tpdrd/issue/48897/623282>
- Berfin, D. (2017). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Almış Ergenlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Bir Tedavi Programı Geliştirme Ön Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi. (Publication Number 470506) Ege Üniversitesi. Ulusal Tez Merkezi. Ss. 45-58
- Bourtzou Chafouz, A. (2024). *P.C.Kendall'in Dürtü Sorunu ve DEHB İçin Yapılandırılmış Oturumlarının Revize Formu, DEHB' Li Çocukların Ailelerine Yönelik Eğitim Programı ve Bunların Kombinasyonu: Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu*. Tıpta Uzmanlık Tezi. (Publication Number 861323) İstanbul Medeniyet Üniversitesi. İstanbul. Ulusal Tez Merkezi. Ss:17-34
- Breaux, R. P., & Harvey, E. A. (2019). A Longitudinal Study Of The Relation Between Family Functioning And Preschool ADHD Symptoms. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 749-764. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437737>
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L., & Lépine, S. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence Of DSM-III-R Mental Health Disorders. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 40(3), 375-384. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00455>
- Budagova, G. (2024). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Kronotip, Uyku Ve Mizaç İlişkisinin Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, (Tez No: 550374) Marmara Üniversitesi. İstanbul. Ulusal Tez Merkezi. Ss.:10-22
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2020). The Effectiveness Of Mindfulness-Based Therapies For ADHD: A Meta-Analytic Review. *Journal Of Attention Disorders*, 24(5), 627-643. <https://doi.org/10.1177/1087054715625301>
- Capusan, A. J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., & Larsson, H. (2019). Comorbidity Of Adult ADHD And Its Subtypes With Substance Use Disorder In A Large Population-Based Epidemiological Study. *Journal Of Attention Disorders*, 23(12), 1416-1426. <https://doi.org/10.1177/1087054715626511>
- Cassone, A. R. (2015). Mindfulness Training As An Adjunct To Evidence-Based Treatment For ADHD Within Families. *Journal Of Attention Disorders*, 19(2), 147-157. <https://doi.org/10.1177/1087054713488438>
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Mayhew, A. D., Page, M. J., Ridao, M., Tobias, A., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2015). The Pharmacological And Non-Pharmacological Treatment Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Children And Adolescents: Protocol For A Systematic Review And Network Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *Systematic Reviews*, 4(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0005-7>
- Caye, A., Petresco, S., De Barros, A. J. D., Bressan, R. A., Gadelha, A., Gonçalves, H., Manfro, A. G., Matijasevich, A., Menezes, A. M. B., Miguel, E. C., Munhoz, T. N., Pan, P. M., Salum, G. A., Santos, I. S., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2020). Relative Age And Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Data From Three Epidemiological Cohorts

- And A Meta-Analysis. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(8), 990-997. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.939>
- Caye, A., Swanson, J. M., Coghill, D., & Rohde, L. A. (2019). Treatment Strategies For ADHD: An Evidence-Based Guide To Select Optimal Treatment. *Molecular Psychiatry*, 24(3), 390-408. <https://doi.org/10.1038/S41380-018-0116-3>
- Cesur, E., & Köksal Akyol, A. (2019). Annelerinin Görüşlerine Göre DEHB Tanılı Çocukların Okullarda Karşılaştıkları Sorunlar. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 50(50), 80-95. <https://doi.org/10.15285/Maruaeabd.586824>
- Chen, Y.-L., Ho, H.-Y., Hsiao, R. C., Lu, W.-H., & Yen, C.-F. (2020). Correlations Between Quality Of Life, School Bullying, And Suicide In Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 7;17(9):3262. Doi:10.3390/ijerph17093262
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment Of Symptoms Of DSM-IV Anxiety And Depression In Children: A Revised Child Anxiety And Depression Scale. *Behaviour Research And Therapy*, 38(8), 835-855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Christiansen, L., Beck, M. M., Bilenberg, N., Wienecke, J., Astrup, A., & Lundbye-Jensen, J. (2019). Effects Of Exercise On Cognitive Performance In Children And Adolescents With ADHD: Potential Mechanisms And Evidence-Based Recommendations. *Journal Of Clinical Medicine*, 8(6), 841. <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/6/841>
- Coelho, L. F., Barbosa Deise Lima Fernandes, Rizzutti Sueli, Bueno Orlando Francisco Amodeo, & Carolina, M. M. (2017). Group Cognitive Behavioral Therapy For Children And Adolescents With ADHD. *Psychology: Research And Review*, 16(30). <https://doi.org/10.1186/S41155-017-0063-Y>
- Cordier, R., Vilaysack, B., Doma, K., Wilkes-Gillan, S., & Speyer, R. (2018). Peer Inclusion In Interventions For Children With ADHD: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Biomed Res Int*, 7693479; Ss:51. <https://doi.org/10.1155/2018/7693479>
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H.-C., Shokraneh, F., Xia, J., & Cipriani, A. (2018). Comparative Efficacy And Tolerability Of Medications For Attention-Deficit Hyperactivity Disorder In Children, Adolescents, And Adults: A Systematic Review And Network Meta-Analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727-738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
- Cortese, S., & Coghill, D. (2018). Twenty Years Of Research On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Looking Back, Looking Forward. *Evidence Based Mental Health*, 21(4), 173. <https://doi.org/10.1136/Ebmental-2018-300050>
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., Holtmann, M., Santosh, P., Stevenson, J., Stringaris, A., Zuddas, A., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2015). Cognitive Training For Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis Of Clinical And Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*;54(3),164-174. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010> DOI: [10.1016/j.jaac.2014.12.010](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010)
- Çakır, Ö., & Ertem, M. (2021). Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Çocuk/Ergenlerin Annelerinin Ebeveyn Tutumu İle Duygu Düzenleme Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 31(1), 16-25. <https://doi.org/10.5222/Terh.2021.17363>

- Çalışkan, Y., & Tarakçıoğlu, M. C. (2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Güncel Algoritmalar Tedavide Ne Öneriyor? *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 11, 16-23. DOI: [10.5222/İksstd.2019.57338](https://doi.org/10.5222/İksstd.2019.57338)
- Çam, O., Dülğürler, Ş., & Çuhadar, D. (2014). DEHB. O. Çam, Engin, E. (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı Ss:1037-1047.
- Çetin, N., Y., & Akay, A. (2014). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Bir Gözden Geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 21, 139-152. DOI: [10.4274/Tjcamh.Galenos.2019.2018.07.018](https://doi.org/10.4274/Tjcamh.Galenos.2019.2018.07.018)
- Çetin, N. Y. (2013). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Tip 1 Diyabetes Mellitus ve Sağlıklı Kontrol Gruplarıyla Karşılaştırılarak Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi (Tez No: 331263) (Publication Number 331263) Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir. Ulusal Tez Merkezi. Ss:25-32
- Çunkuş, N., & Taşdemir Yiğitoğlu, G. (2018). Peplau'nun Kişiler Arası İlişkiler Kuramı'na Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Hastaya Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*, 4(10), 370-380. DOI: [10.5336/Nurses.2018-61786](https://doi.org/10.5336/Nurses.2018-61786)
- Daley, D., Van Der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., Van Den Hoofdakker, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Asherson, P., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A.,...Sonuga-Barke, E. J. (2018). 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*, 59(9), 932-947. <https://doi.org/10.1111/Jcpp.12825>
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J. S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Taylor, E., Zuddas, A., & Coghill, D. (2010). The Quality Of Life Of Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 83-105. <https://doi.org/10.1007/S00787-009-0046-3>
- Darweesh, A. E.-D. M., El Beh, K. A., Hashem, M. M., & Nagy, N. E.-S. (2021). Shorter Rapid Eye Movement Sleep Duration In Children With Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder: The Impact On Quality Of Life. *Sleep Medicine*, 87, 77-84. <https://doi.org/10.1016/J.Sleep.2021.07.034>
- Daviss, W. B., Birmaher, B., Diler, R. S., & Mintz, J. (2008). Does Pharmacotherapy For Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predict Risk Of Later Major Depression? *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 18(3), 257-264. <https://doi.org/10.1089/Cap.2007.0100>
- Ding, Q., Li, M., & Zhu, D. (2018). Is Combined CBT Therapy More Effective Than Drug Therapy Alone For ADHD In Children? A Meta-Analysis. *Traditional Medicine And Modern Medicine*, 01(01), 21-26. <https://doi.org/10.1142/S2575900018400013>
- Doğaroğlu, T. K. (2013). Türkiye'de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İle İlgili Çalışmaların Yürütüldüğü Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Journal Of Computer And Education Research*, 1(2), 90-112. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jcer/issue/18614/196497>
- Dokuzlu, İ., Özgüner. (2022). *Yetişkinlerde Depresyonun, Algılanan Sosyal Destek, Minnettarlık ve İyi Oluşla İlişkileri*. Yüksek Lisans Tezi (Publication Number 746288) Aydın Adnan Menderes Üniversitesi. Ulusal Tez Merkezi. Ss:10-15

- Duran, B. (2017). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi (Publication Number 478220) Karadeniz Teknik Üniversitesi. Trabzon. Ulusal Tez Merkezi. Ss:3-10
- Durmuş, A., Hilal (2020). *Duygudurum Bozukluğu Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapinin İyileşmeye Etkisi*. Doktora Tezi (Publication Number 653203) Ege Üniversitesi. İzmir. Ulusal Tez Merkezi. Ss:10-15
- Durukan, İ., Erdem, M., Türkbay, T., & Cöngöloğlu, M. A. (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Klinik Belirtilerinin Annelerinin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları İle İlişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(2), 101-104. Erişim adresi: <https://arastirmax.com/en/system/files/dergiler/9678/makaleler/51/2/arastirmax-dikkat-eksikligi-hiperaktivite-bozuklugu-olan-cocuklarin-klinik-belirtilerinin-annelerinin-ofke-duzeyleri-ofke-ifade-tarzlar-ile-iliskisi.pdf>
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD Characteristics: I. Concurrent Comorbidity Patterns In Children & Adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-15>
- Elosúa, M. R., Del Olmo, S., & Contreras, M. J. (2017). Differences In Executive Functioning In Children With Attention Deficit And Hyperactivity Disorder (ADHD). *Frontiers In Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00976>
- Emsler, T. S., Johnston, B. A., Steele, J. D., Kooij, S., Thorell, L., & Christiansen, H. (2018). Assessing ADHD Symptoms In Children And Adults: Evaluating The Role Of Objective Measures. *Behavioral And Brain Functions*, 14(1), 11. <https://doi.org/10.1186/S12993-018-0143-X>
- Ercan, E. S., Bilaç, Ö., Uysal Özasan, T., & Rohde, L. A. (2015). Is The Prevalence Of ADHD In Turkish Elementary School Children Really High? *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1145-1152. <https://doi.org/10.1007/S00127-015-1071-9>
- Erden, S., & Eminoğlu, Z. (2020). Bilişsel Davranışçı Temelli Psiko-Eğitim Programının Psikolojik Dayanıklılık ve Duygu Düzenleme Üzerindeki Etkisi. *OPUS International Journal Of Society Researches*, 15(21), 555-582. <https://doi.org/10.26466/Opus.626228>
- Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., & Gilaberte, I. (2005). Worse Quality Of Life For Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic And Healthy Children. *Pediatrics*, 116(3), E364-369. <https://doi.org/10.1542/Peds.2005-0386>
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/S41380-018-0070-0>
- Feldman, M. E., Charach, A., & Bélanger, S. A. (2018). ADHD In Children And Youth: Part 2 Treatment. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 462-472. <https://doi.org/10.1093/Pch/Pxy113>
- Filazoğlu Çokluk, G., & Pekel, H. (2024). 14-15 Yaş Arası Ergenlerde İnternet Bağımlılığının, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Ve Depresyon İle İlişkisi. *The Journal Of Academic Social Science*, 144, 288-304. <https://doi.org/10.29228/Asos.71410>
- Gallo, E. F., & Posner, J. (2016). Moving Towards Causality In Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Overview Of Neural And Genetic Mechanisms. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 555-567. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00096-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00096-1)
- Gascon, A., Gamache, D., St-Laurent, D., & Stipanovic, A. (2022). Do We Over-Diagnose ADHD In North America? A Critical Review And Clinical Recommendations. *Journal Of Clinical Psychology*, 78(12), 2363-2380. <https://doi.org/10.1002/Jclp.23348>

- Gilbert, M., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R., Beyer, A.-K., Romanos, M., Jans, T., Witte, J., Heuschmann, P., Riederer, C., & Kaman, A. (2024). Risk And Protective Factors Associated With Health-Related Quality Of Life In Children And Adolescents With ADHD In Germany – Findings From The Consortium Project INTEGRATE-ADHD. *Journal Of Health Monitoring*, 9, E 12315. <https://doi.org/10.25646/12315>
- Görmez, V., Kilincaslan, A., Ebesutani, C., Oregul, A. C., Kaya, I., Ceri, V., Nasiroglu, S., Filiz, M., & Chorpita, B. F. (2017). Psychometric Properties Of The Parent Version Of The Revised Child Anxiety And Depression Scale In A Clinical Sample Of Turkish Children And Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(6), 922-933. <https://doi.org/10.1007/S10578-017-0716-1>
- Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder And Children's Emotion Dysregulation: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 106-123. <https://doi.org/10.1016/J.Cpr.2016.04.011>
- Greenhill, L. L., Swanson, J. M., Hechtman, L., Waxmonsky, J., Arnold, L. E., Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Wigal, T., Stehli, A., Howard, A., Hermanussen, M., & Hanć, T. (2020). Trajectories Of Growth Associated With Long-Term Stimulant Medication In The Multimodal Treatment Study Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(8), 978-989. <https://doi.org/10.1016/J.Jaac.2019.06.019>
- Gundogdu, O. Y., Tas, F. V., Ozyurt, E. Y., Donder, F., & Memik, N. C. (2016). Okul Oncesi Donemde DEHB: Psikososyal Tedavi Yaklasimlarinin Gözden Gecirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 143+. <https://doi.org/10.5455/Apd.196548>
- Gül, H., & Öncü, B. (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisinde Çevresel Etkenler. *Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 148-185. <https://doi.org/10.18863/Pgy.358094>
- Güleş, Z., Aksu, H., & Özgür, B. G. (2018). DEHB'li Çocukların Anne-Babalarının Aleksitimi, Depresyon ve Çocukluk Çağı DEHB Belirti Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 411-418. Erişim adresi: <https://alpha-psychiatry.com/Content/files/sayilar/98/411-418.pdf>
- Gümüş, Y., Memik, N., & Ağaoğlu, B. (2014). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluğu Eş Hastalanımı. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52, 185-193. <https://doi.org/10.4274/Npa.Y7024>
- Gürlek, T. T. (2023). *Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Temelli Bir Psikoeğitimin Psikolojik Dayanıklılık ve Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi (Publication Number 805595) Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi. Ankara. Ss:10-15
- Gürsoy, R. (2018). *Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Olan Hasta Grupları Arasında Bilişsel Çarpıtma Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi (Publication Number 525832) Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Gaziantep.Ss:65-70
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2013). *Dikkat Eksikliği Bozukluğu* (İ. K. Yücel, Trans.). Pozitif Yayınları. 1. Baskı Ss:254
- Hamrakova, A., Ondrejka, I., Sekaninova, N., Peregrim, L., & Tonhajzerova, I. (2019). Pupillary Light Reflex In Children With ADHD. *Acta Medica Martiniana*, 19(1), 30-37. [DOI: 10.2478/acm-2019-0004](https://doi.org/10.2478/acm-2019-0004)
- Hennissen, L., Bakker, M. J., Banaschewski, T., Carucci, S., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Hollis, C., Kovshoff, H., Mccarthy, S., Nagy, P., Sonuga-Barke, E., Wong, I. C. K., Zuddas, A., Rosenthal, E., Buitelaar, J. K., & The, A. C. (2017). Cardiovascular Effects Of Stimulant And Non-Stimulant Medication For Children And Adolescents With ADHD: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Trials Of

- Methylphenidate, Amphetamines And Atomoxetine. *CNS Drugs*, 31(3), 199-215.
<https://doi.org/10.1007/S40263-017-0410-7>
- Heuer, B., & Williams, S. (2016). Collaboration Between Pnps And School Nurses: Meeting The Complex Medical And Academic Needs Of The Child With ADHD. *Journal Of Pediatric Health Care*, 30(1), 88-93.
<https://doi.org/10.1016/J.Pedhc.2015.09.001>
- Holbrook, J. R., Cuffe, S. P., Cai, B., Visser, S. N., Forthofer, M. S., Bottai, M., Ortaglia, A., & Mckeown, R. E. (2016). Persistence Of Parent-Reported ADHD Symptoms From Childhood Through Adolescence In A Community Sample. *Journal Of Attention Disorders*, 20(1), 11-20. <https://doi.org/10.1177/1087054714539997>
- Houghton, S., Lawrence, D., Hunter, S., Zadow, C., Kyron, M., Paterson, R., Carroll, A., Christie, R., & Brandtman, M. (2020). Loneliness Accounts For The Association Between Diagnosed Attention Deficit-Hyperactivity Disorder And Symptoms Of Depression Among Adolescents. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 42, 1-11.
<https://doi.org/10.1007/S10862-020-09791-X>
- Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, K. E., Owens, E. B., & Lauterbach, D. (2012). The impact of ADHD on the lives of children and families. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 257-269. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.654834>
- Hunt, M., Cleaver, S., & Hudon, A. (2019). Commentary On Shah Et Al. *Physiother Can*, 71(3), 220-221. <https://doi.org/10.3138/Ptc.2018-23-Cc>
- İmren, S. G., Rodopman Arman, A., Gümüştaş, F., Yulaf, Y., & Çakıcı, Ö. (2013). Family Functioning İn Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Or Without Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder Comorbidity. *Cukurova Medical Journal*, 38(1), 22-30. Erişim Adresi: <https://www.ingentaconnect.com/content/doi/02505150/2013/00000038/00000001/art00004;jsessionid=1j00wquwffq0oa.x-ic-live-03>
- İpçi, M., İzmir, S. B. İ., Türkçapar, M. H., Özdel, K., Ardiç, Ü. A., & Ercan, E. S. (2020). Dsm-IV'e Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuk ve Ergenlerde DEHB Alt Tiplerinde Psikiyatrik Eş Tanı Varlığı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 57(4), 283-289. DOI: [10.29399/npa.24807](https://doi.org/10.29399/npa.24807)
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H.-C. (2015). Time Trends İn Incidence Rates Of Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across 16 Years İn A Nationwide Danish Registry Study. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 76(3), 334-340. DOI: [10.4088/JCP.14m09094](https://doi.org/10.4088/JCP.14m09094)
- Kahraman, S., & Tanrikulu, T. (2019). Ebeveynin Üstün Yetenekli Çocuğuyla İletişimini Geliştirmeye Yönelik Psiko-Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi. *Turkish Journal Of Giftedness & Education*, 9(1). Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/334807619_The_Effectiveness_of_a_Psychoe_ducational_Program_on_Parents'_Communication_with_their_Gifted_Children_Ebeveyn_nin_Ustun_Yetenekli_Cocuguyla_Iletisimini_Gelistirmeye_Yonelik_Psiko-egitim_Programinin_Etki
- Kandemir, H., Kılıç, B. G., Ekinçi, S., & Yüce, M. (2014). An Evaluation Of The Quality Of Life Of Children With ADHD And Their Families. *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(3). DOI: [10.5455/Apd.46202](https://doi.org/10.5455/Apd.46202)
- Karadağ, M. (2020). Evaluation Of Depression And Anxiety Levels İn School Dropout Adolescents (Tur). *Turkish Journal Clinical Psychiatry*, 23(3), 274-279. <https://doi.org/10.5505/Kpd.2020.72324>

- Karadağ, M. (2021). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocukların Fiziksel Aktivite Düzeyleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 343-352. <https://doi.org/10.34087/Cbusbed.925366>
- Karaman, D., Türker, T., Kara, K., Durukan, İ., & Fidancı, M. K. (2013). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Gulhane Medical Journal*, 55(1), 36-41. erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/145145/dikkat-eksikligi-hiperaktivite-bozuklugu-olan-cocuk-ve-ergenlerde-depresyon-ve-anksiyete-duzeyleri>
- Katmer, A. N., & Hamamcı, Z. (2023). A Qualitative Research On Investigation The Effectiveness Of Cognitive Behavior Therapy On Depression Of Children. *Journal For The Education Of Gifted Young Scientists*, 11(1), 55-74. <https://doi.org/10.17478/Jegys.1240948>
- Kaval, N. O., & Sütçü, S. T. (2016). Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 3-22. <https://doi.org/10.18863/Pgy.45232>
- Kavurma, C. (2023). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocuklarda Sosyal Beceri Eğitiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Turkish Journal Of Clinics And Laboratory*, 14(3), 527-533. <https://doi.org/10.18663/Tjcl.1344456>
- Kazda, L., Mcgeechan, K., Bell, K., Thomas, R., & Barratt, A. (2022). Association Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis With Adolescent Quality Of Life. *JAMA Network Open*, 5(10), E2236364-E2236364. <https://doi.org/10.1001/Jamanetworkopen.2022.36364>
- Kendall, P. C. (2011). *Dürtü Sorunu ve DEHB İçin Bilişsel Davranışçı Terapi - Terapist Uygulama Kılavuzu - Dur ve Düşün Çalışma* (V. Görmez & A. Yılmaz, Hülya, Trans.). Apamer Yayınevi. 2. Baskı Ss.24-36
- Kendall, P. C., & Braswell, L. (1982). Cognitive-Behavioral Self-Control Therapy For Children: A Components Analysis. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 50(5), 672-689. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.5.672>
- Kılıçoğlu, B., Yüksel, M. E., Sütçübaşı, B., Ayık, B., Gökten, E. S., & Metin, B. (2020). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuklarda Sosyal Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi ve Belirti Şiddetinin Nörobilişsel Özelliklere Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 689-695. <https://doi.org/10.31067/0.2020.320>
- Kirk, H., Gray, K., Ellis, K., Taffe, J., & Cornish, K. (2017). Impact Of Attention Training On Academic Achievement, Executive Functioning, And Behavior: A Randomized Controlled Trial. *American Journal On Intellectual And Developmental Disabilities*, 122(2), 97-117. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-122.2.97>
- Koçak, Ş. (2017). Sınıf Yönetiminde, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocukların Tanınması Üzerine Bibliyoterapik Bir Çalışma (Çalışma Örneği)]. *AKRA Kültür Sanat ve Edebiyat Dergisi*, 5(13), 151-192. <https://doi.org/10.31126/Akrajournal.323603>
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivani, A., Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement On Diagnosis And Treatment Of Adult ADHD. *European Psychiatry*, 56(1), 14-34. <https://doi.org/10.1016/J.Eurpsy.2018.11.001>

- Koyuncu, A., Alkın, T., & Tükel, R. (2018). Development Of Social Anxiety Disorder Secondary To Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (The Developmental Hypothesis). *Early Interv Psychiatry*, 12(2), 269-272. <https://doi.org/10.1111/Eip.12372>
- Koyuncu, A., & Binbay, Z. (2014). Sosyal Anksiyete Bozukluğu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliği *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 10-21. <https://doi.org/10.5455/Cap.20130726020101>
- Kutlu, A., & Durak, F. S. (2015). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: Bütünleyici Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, 1(1), 87-95. Erişim Adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-dikkat-eksikligi-hiperaktivite-bozuklugunda-tedavi-yaklasimlari-butunleyici-yaklasimlar-71769.html>
- Lee, J. C., Kenney-Jung, D. L., Blacker, C. J., Doruk Camsari, D., & Lewis, C. P. (2019). Transcranial Direct Current Stimulation In Child And Adolescent Psychiatric Disorders. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(1), 61-78. <https://doi.org/10.1016/J.Chc.2018.07.009>
- Levy, T., Kronenberg, S., Crosbie, J., & Schachar, R. J. (2020). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms And Suicidality In Children: The Mediating Role Of Depression, Irritability And Anxiety Symptoms. *J Affect Disord*, 265, 200-206. <https://doi.org/10.1016/J.Jad.2020.01.022>
- Magnus, W., Nazir, S., Anilkumar, A. C., & Shaban, K. (2023). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In *Statpearls*. Statpearls Publishing Copyright; Statpearls Publishing LLC. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28722868/>
- Mahone, E. M., & Denckla, M. B. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. *Journal Of The International Neuropsychological Society*, 23(9-10), 916-929. <https://doi.org/10.1017/S1355617717000807>
- Memik, N. Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö. Ş., & Karakaya, I. (2007). Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Turkish Journal Of Psychiatry*, 18(4), 353-363. Erişim Adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/C18S4/07cocuklarIcin.pdf>
- Mirza, H., Roberts, E., Al-Belushi, M., Al-Salti, H., Al-Hosni, A., Jeyaseelan, L., & Al-Adawi, S. (2018). School Dropout And Associated Factors Among Omani Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study. *J Dev Behav Pediatr*, 39(2), 109-115. <https://doi.org/10.1097/Dbp.0000000000000522>
- Montoya, A., Hervás, A., Fuentes, J., Cardo, E., Polavieja, P., Quintero, J., & Tannock, R. (2014). Cluster-Randomized, Controlled 12-Month Trial To Evaluate The Effect Of A Parental Psychoeducation Program On Medication Persistence In Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, Ss. 1081-1092. <https://doi.org/10.2147/NDT.S62487>
- Mulraney, M., Giallo, R., Sciberras, E., Lycett, K., Mensah, F., & Coghill, D. (2019). ADHD Symptoms And Quality Of Life Across A 12-Month Period In Children With ADHD: A Longitudinal Study. *J Atten Disord*, 23(13), 1675-1685. <https://doi.org/10.1177/1087054717707046>
- Nabors, L. A., Parnell, M. D., & Parette, H. P. (2013). School-based interventions for children with ADHD. *Journal of School Nursing*, 29(2), 107-115. <https://doi.org/10.1177/1059840512451795>
- Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development Of ADHD: Etiology, Heterogeneity, And Early Life Course. *Annual Review Of Developmental Psychology*, 2(Volume 2, 2020), 559-583. <https://doi.org/10.1146/Annurev-Devpsych-060320-093413>

- Nilüfer, P. D., & Ömür, S. (2021). "Çocuk Sağlığı ve Hastalık Profili-CHIP-AE" Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracının 12-17 Yaş Arası Ergenler İçin Geçerlik ve Güvenilirliği. *Çocuk Dergisi*, 21(1), 56-67. DOI: 10.26650/Jchild.2021.834842
- Nimmo-Smith, V., Merwood, A., Hank, D., Brandling, J., Greenwood, R., Skinner, L., Law, S., Patel, V., & Rai, D. (2020). Non-Pharmacological Interventions For Adult ADHD: A Systematic Review. *Psychological Medicine*, 50(4), 529-541. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000069>
- Ojinna, B. T., Parisapogu, A., Sherpa, M. L., Choday, S., Ravi, N., Giva, S., Shantha Kumar, V., Shrestha, N., Tran, H. H., & Penumetcha, S. S. (2022). Efficacy Of Cognitive Behavioral Therapy And Methylphenidate In The Treatment Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Children And Adolescents: A Systematic Review. *Cureus*, 14(12), E32647. <https://doi.org/10.7759/Cureus.32647>
- Özbay, A., & Kayhan, Z. (2024). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Nedenleri Ve Tedavi Yöntemleri [*Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(89), 394-406. <https://doi.org/10.17755/Esosder.1283141>
- Özgen, M. H., Bolat, G. Ü., Spijkerman, R., Van Den Brink, W., Hendriks, V., Ercan, E. S., & Emiroğlu, N. İ. (2021). International Consensus Statement For The Screening, Diagnosis, And Treatment Of Adolescents With Concurrent Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Substance Use Disorder. *Turkish Journal Of Child & Adolescent Mental Health*, 28(2), 79-88. DOI: [10.1159/000508385](https://doi.org/10.1159/000508385)
- Özgün Öztürk, F. (2019). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Annelerine Verilen Psikoeğitimin Anne Çocuk Etkileşimine ve Aile İşlevselliğine Etkisinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi (Tez No: 584471) (Publication Number 584471) İnönü Üniversitesi. Malatya. Ss:10-19
- Öztürk, Ö. F. (2022). *Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim Programının Lise Öğrencilerinin Sınav Kaygısı, Bilişsel Esneklik ve Dikkat Düzeylerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. (Publication Number 735867) Marmara Üniversitesi. İstanbul. Ss:50-55
- Öztürk, Y., Özyurt, G., Tufan, A. E., & Akay Pekcanlar, A. (2018). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Tedavisi *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 198-211. <https://doi.org/10.18863/Pgy.358101>
- Özyurt, G., Pekcanlar Akay, A., Öztürk, Y., Baykara, B., & İnal Emiroğlu, N. (2016). DEHB'li Çocuklarda ve Annelerinde Duygu Düzenlemenin Araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(5), 393-402. <https://doi.org/10.5455/Apd.209277>
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., Daley, D., De Silva, C., Harpin, V., Hodgkins, P., Nadkarni, A., Setyawan, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2016). The Impact Of Adhd On The Health And Well-Being Of Adhd Children And Their Siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1217-1231. <https://doi.org/10.1007/S00787-016-0841-6>
- Pinho, T. D., Manz, P. H., Dupaul, G. J., Anastopoulos, A. D., & Weyandt, L. L. (2019). Predictors And Moderators Of Quality Of Life Among College Students With ADHD. *J Atten Disord*, 23(14), 1736-1745. <https://doi.org/10.1177/1087054717734645>
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., Bonati, M., Conte, S., Renzetti, V., Salvoni, L., Molteni, M., Salandi, A., Trabattoni, S., Effedri, P., Filippini, E., Pedercini, E., Zanetti, E., Fteita, A. G. (2017). Comorbidity Prevalence And Treatment Outcome In Children And Adolescents With ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1443-1457. <https://doi.org/10.1007/S00787-017-1005-Z>
- Reiß, F., Kaman, A., Napp, A.-K., Devine, J., Li, L. Y., Strelow, L., Erhart, M., Hölling, H., Schlack, R., & Ravens-Sieberer, U. (2023). Epidemiologie Seelischen Wohlbefindens

- Von Kindern Und Jugendlichen In Deutschland. Ergebnisse Aus 3 Studien Vor Und Während Der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(7). <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03720-5>
- Riany, Y. E., & Ihsana, A. (2021). Parenting Stress, Social Support, Self-Compassion, And Parenting Practices Among Mothers Of Children With ASD And ADHD. 6(1), 14. <https://doi.org/10.21580/pjpp.v6i1.6681>
- Rosenbaum, P., Campbell, R., & Kauffman, D. (2016). The role of the pediatric nurse in ADHD care. *Pediatric Nursing*, 42(5), 215-220.
- Behavioral Parent Training In The Outpatient Setting For Preschoolers At Risk For ADHD. *Journal Of Behavioral And Cognitive Therapy*, 30(4), 291-300. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.09.002>
- Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H., & Mohammadi, M. (2023). The Global Prevalence Of Adhd In Children And Adolescents: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Italian Journal Of Pediatrics*, 49(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
- Santonastaso, O., Zaccari, V., Crescentini, C., Fabbro, F., Capurso, V., Vicari, S., & Menghini, D. (2020). Clinical Application Of Mindfulness-Oriented Meditation: A Preliminary Study In Children With Adhd. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(18), 6916. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6916>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD In Children And Young People: Prevalence, Care Pathways, And Service Provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0)
- Sciberras, E., Mulraney, M., Anderson, V., Rapee, R. M., Nicholson, J. M., Efron, D., Lee, K., Markopoulos, Z., & Hiscock, H. (2018). Managing Anxiety In Children With ADHD Using Cognitive-Behavioral Therapy: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal Of Attention Disorders*, 22(5), 515-520. <https://doi.org/10.1177/1087054715584054>
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors And The Etiology Of ADHD—Review Of Existing Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2>
- Selçuk Duru, N., Bal, B., & Elevli, M. (2021). Psychological Assessment In Children With Epilepsy And Their Mothers. *Turkish Journal Of Pediatric Disease*, 15(6), 494-500. <https://doi.org/10.12956/tchd.888017>
- Sokolova, E., Von Rhein, D., Naaijen, J., Groot, P., Claassen, T., Buitelaar, J., & Heskes, T. (2017). Handling Hybrid And Missing Data In Constraint-Based Causal Discovery To Study The Etiology Of ADHD. *International Journal Of Data Science And Analytics*, 3(2), 105-119. <https://doi.org/10.1007/s41060-016-0034-x>
- Sökmen, Z. (2023). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Öz-Düzenleme Temelli Bilişsel Psikoeğitim Programının Duygu Düzenleme ve Öz-Yeterliğe Etkisi*. Doktora Tezi (Tez No: 808368) Marmara Üniversitesi. İstanbul.Ss. 47-62
- Söngüt, S., & Özakar Akça, S. (2022). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 586-595. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.945390>
- Sprich Susan E, Safren Steven A, Finkelstein Daniel, Remmert Jocelyn E, & Hammerness Paul. (2016). A Randomized Controlled Trial Of Cognitive Behavioral Therapy For ADHD In Medication-Treated Adolescents. *J Child Psychol Psychiatr*, 57(11), 1218-1226. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12549>
- Steinhausen, H.-C., Döpfner, M., & Schubert, I. (2016). Zeitliche Trends Bei Den Häufigkeiten Für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) Und

- Stimulanzenbehandlung. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 44(4), 275-284. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/A000432>
- Storebø, O. J., Elmo Andersen, M., Skoog, M., Joost Hansen, S., Simonsen, E., Pedersen, N., Tendal, B., Callesen, H. E., Faltinsen, E., & Gluud, C. (2019). Social Skills Training For Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) In Children Aged 5 To 18 Years. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008223.Pub3>
- Storebø, O. J., Storm, M. R., Pereira Ribeiro, J., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H. E., Schaug, J. P., Darling Rasmussen, P., Huus, C. M., Zwi, M., & Et Al. (2023). Methylphenidate For Children And Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Cochrane Database Of Systematic Reviews*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009885.Pub3>
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy For Anger In Children And Adolescents: A Meta-Analysis. *Aggression And Violent Behavior*, 9(3), 247-269. <https://doi.org/10.1016/J.Avb.2003.08.005>
- Swanson, J. M., Arnold, L. E., Molina, B. S. G., Sibley, M. H., Hechtman, L. T., Hinshaw, S. P., Abikoff, H. B., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., Nichols, Q., Howard, A., Greenhill, L. L., Hoza, B., Newcorn, J. H., Jensen, P. S., Vitiello, B., Wigal, T., Epstein, J. N.,...Group, T. M. C. (2017). Young Adult Outcomes In The Follow-Up Of The Multimodal Treatment Study Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Symptom Persistence, Source Discrepancy, And Height Suppression. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 58(6), 663-678. <https://doi.org/10.1111/Jcpp.12684>
- Şimal, A. (2019). *Bir Grup Lise Öğrencisinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Düzeyleri İle Sosyal Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. (Publication Number 607716) Maltepe Üniversitesi Ss. 22-37.
- Tan, M. E., Aksu, G., Güler, & Toros, F. (2020). Tik Bozukluğu Olan Çocukların Sosyal Fobi, Benlik Saygısı, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 27(3), 140-146. <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/410786/tik-bozuklugu-olan-cocuklarin-sosyal-fobi-benlik-saygisi-anksiyete-ve-depresyon-duzeylerinin-degerlendirilmesi>
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Pediatrics*, 135(4), E994-E1001. <https://doi.org/10.1542/Peds.2014-3482>
- Toğluk, S. (2023). *Kemoterapi Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Öfke Kontrolü ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi*. Doktora Tezi (Publication Number 805009) İnönü Üniversitesi. Kayseri. Ss. 22-34
- Topcu, E. M., & Çam, M. O. (2022). Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Yaşam Kaliteleri İle Ebeveynlerinin İletişim Becerileri Arasındaki İlişki *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(3), 217-228. <https://doi.org/10.53490/Egehemsire.1082923>
- Türkçapar, M. H. (2018). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama* (17 Ed.). Epsilon Yayınevi. 1. Baskı Ss. 65-86
- Uluçay, A. (2023). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanılı Çocukların Ebeveynlerine Yönelik Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Bir Müdahalenin Geliştirilmesi Ve Etkinliğinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi (Tez No: 831778) İbn-İ Haldun Üniversitesi. İstanbul. Ss.88-93

- Varni, J. W., & Burwinkle, T. M. (2006). The PedsqTM As A Patient-Reported Outcome In Children And Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based Study. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 4(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-26>
- Virta, M., Salakari, A., Antila, M., Chydenius, E., Partinen, M., Kaski, M., Vataja, R., Kalska, H., & Iivanainen, M. (2010). Short Cognitive Behavioral Therapy And Cognitive Training For Adults With ADHD - A Randomized Controlled Pilot Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 6, 443-453. <https://doi.org/10.2147/Ndt.S11743>
- Visser, S. N., Zablotsky, B., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., & Bitsko, R. H. (2015). Diagnostic Experiences Of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *National Health Statistics Reports*(81), 1-7. <http://europepmc.org/abstract/MED/26375578>
- Vurucu, S. (2023). *Bilişsel Davranışçı Terapinin Depresyon Düzeyi Yüksek Olan Bireylere Etkisi. Yüksek Lisans Tezi (Tez No: 801179) (Publication Number 801179) Nişantaşı Üniversitesi. İstanbul. Ss.69-74*
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence Of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. <https://doi.org/10.1007/S13311-012-0135-8>
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr, Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., CHILDREN, S. O., & DISORDER, A. W. A.-D. H. (2019). Clinical Practice Guideline For The Diagnosis, Evaluation, And Treatment Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder In Children And Adolescents. *Pediatrics*, 144(4). <https://doi.org/10.1542/Peds.2019-2528>
- Wong, C.-K., & Chen, Y.-M. (2019). Associations Of Parental Bonding And Adolescent İnternet Addiction Symptoms With Depression And Anxiety In Parents Of Adolescents With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46, 40-43. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000190>
- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-Year Trends In Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children And Adolescents, 1997-2016. *JAMA Network Open*, 1(4). <https://doi.org/10.1001/Jamanetworkopen.2018.1471>
- Yılmaz, M. (2024). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Uyku İle DHA, EPA, Fosfatidilserin Düzeylerinin İlişkinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. (Publication Number 861514) Manisa Celal Bayar Üniversitesi.Ss. 69-76*
- Yılmaz, R. (2022). *Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Verilen Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin İçselleştirilmiş Damgalanma ve Umuda Etkisi. Doktoraz Tezi. (Publication Number 715513) İnönü Üniversitesi. Malatya. Ss. 2-48*
- Yüyen, M. N., & Ayakdaş Dağlı, D. (2023). Davranışsal Bağımlılıklar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Bağımlılık Dergisi*, 24(1), 104-112. <https://doi.org/10.51982/Bagimli.1086045>
- Zorlu, A., Unlu, G., Cakaloz, B., Zencir, M., Buber, A., & Isildar, Y. (2020). The Prevalence And Comorbidity Rates Of ADHD Among School-Age Children In Turkey. *Journal Of Attention Disorders*, 24(9), 1237-1245. <https://doi.org/10.1177/1087054715577991>

8. EKLER

EK 1. Tez Konusu Kabul Metni

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.12.2022-27938



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-97105791-302.14.01-27938
Konu : Tez konu başlığı hk.(Vedat ARGİN)

19.12.2022

Sayın Vedat ARGİN

Enstitü Yönetim Kurulunun 22.11.2022 tarih ve 2022/29 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
216112586 Vedat ARGİN	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Verilen Bilişsel Davranış Terapisi Temelli Psiko-Eğitiminin; Çocukların Yaşam Kalitesi,Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi

Prof.Dr. Mahmut Serhat YENİCE
Müdür

EK 2. Etik Kurul İzini

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Karar No : 2023/31
Karar Tarihi : 31.1.2023

Sayın Vedat ARGİN,

“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Verilen Bilişsel Davranış Terapisi Temelli Psiko-Eğitimin; Çocukların Yaşam Kalitesi, Ansiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi” konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 3. Kurum Çalışma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.09.2023-245231



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-92860489-622.01-245231
Konu : Çalışma İzni Talebi(Vedat ARGİN)

22.09.2023

Sayın Vedat ARGİN

İlgi : 21.09.2023 tarihli ve 35828 sayılı yazı,

"Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Verilen Bilişsel Davranış Terapisi Psikolojik Eğitiminin; Çocukların Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi" konulu çalışmamızı Hastanemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde yapma talebiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.


Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Sefa RESİM
Başhekim

EK 4. Bilişsel Davranış Terapisi Eğitim Sertifikası



EK 5. Ölçek Çalışma İzinleri



RE: Fwd: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Kime: vahdetgormez@gmail.com

Sayın hocam teşekkür ederim.

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin kullanılması izne tabi değildir. Çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçekler ve Excel proformaları var. Ayrıca puanlama bilgisi paylaştım. Kolaylıklar

Vahdet Görmez

Ölçek izni Gelen Kutusu x



Nursu Cakin Memik

Alıcı: ben ▾

Hasan Kalyoncu Üniversitesi'nde hemşirelik alanında doktora öğrencisi olan Öğr. Gör. Vedat Argın'ın "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Verilen Bilişsel Davranış Terapisi Psikolojik Eğitiminin; Çocukların Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi" konulu çalışmasında Türkiye'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmasını uygun buluyorum.

EK 6. Veri Toplama Formları

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Verilen Bilişsel Davranış Terapisi Temelli Psikoëğitimin; Çocukların Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi
SAYIN KATILIMCI; Bu çalışma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların uzun dönemde hastalığın getirmiş olduğu olumsuzluklara karşı bilişsel davranış temelli verilen psikoëğitimin çocuğun; depresyon durumuna, yaşam kalitesine ve hastalık belirtilerine yönelik ne gibi değişiklikler getireceğini belirlemek için planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışma Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile, çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran çocukların bilişsel davranışçı terapi temelli psikoëğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve umuda etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır. Çalışma sırasında verdiğiniz bilgiler, gizli kalacaktır.

Sorulara doğru yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Anket no:

Tarih:

Çocuk İçin Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz?

a) Kız b) Erkek

3. Eğitim Durumunuz.

a) Okul Öncesi (Kreş) b) Anaokulu c) İlköğretim d) Ortaöğretim e) Lise

4. Çocuğun Kardeş Sayısı?

a) Tek çocuk b) 2-3 çocuk c) 4 ve daha fazlası

5. Kendi okul başarısını nasıl değerlendirirsin?

a) İyi b)Orta c)Kötü

6. Belirli bir hobin var mı?

Evet () Hayır ()

Ebeveyne İlişkin Bilgiler

1. Yaşınız :

2. Çocuğa Yakınlık Dereceniz?

a) Anne b) Baba c) Kardeş d) Diğer

3. Eğitim Durumunuz?

a) Okur-Yazar b) İlköğretim c) Lise d) Yükseköğretim e) Lisansüstü

4. Çalışma Durumu?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

5. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek b) Boşanmış c) Geniş aile d) Anne veya Baba kaybı yaşamış

6. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

a) İyi b) Orta c) Kötü

7. Çocuğunuzun okul başarınız nasıldır?

a) İyi b) Orta c) Kötü

8. Çocugunuza "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" tanısı ne zaman konuldu?

a) 6 ay ve öncesi b) 6ay- 12ay c) 13-24 ay d) 25 ay ve üzeri

9. "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" hastalığını daha önceden duydunuz mu biliyor muydunuz?

a) Evet b) Hayır

10. Çevrenizde "Hiperaktivite veya Dikkat Eksikliği" olarak adlandırılan (Kardeş/Kuzen) var mı?

a) Var b) Yok

11. Çocuğunuz daha önceden DEHB'e yönelik psikoterapi/psikoeğitim aldı mı?

a) Evet b) Hayır

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu

Aşağıda senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirt.

Eğer senin için **hiçbir zaman** sorun değilse **0**
Eğer senin için **nadiren sorun** oluyorsa **1**
Eğer senin için **bazen sorun** oluyorsa **2**
Eğer senin için **sıklıkla sorun** oluyorsa **3**
Eğer senin için **hemen her zaman** sorun oluyorsa **4** numaralı kutucuğu işaretlemeni istiyorum.
Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur. Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Son bir ay içinde aşağıdakiler senin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve Aktivitelerim İle İlgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir.					
2. Koşmak bana zor gelir.					
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir.					
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir.					
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir.					
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir.					
7. Bir yerim acır ya da ağrır.					
8. Enerjim Azdır					

Duygularım İle İlgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim.					
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim.					
3. Öfkeli hissedirim.					
4. Uyumakta zorluk çekerim.					
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim.					

Başkaları İle İlgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum.					
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler.					
3. Yaşıtlarım benimle alay eder.					
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam.					
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım					

Okul İle İlgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
2. Bazı şeyleri unuturum.					
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim.					
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur.					
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur.					

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ-YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y-ÇOCUK FORMU)

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin ("Asla doğru değil ise 0'i, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümünden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hiss ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)

33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri “tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ-YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y- EBEVEYN FORMU)

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (“Asla doğru değil ise 0’ı, Bazen doğru ise 1’i, Sık Sık doğru ise 2’yi, Her Zaman doğru ise 3’ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hissedir	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)

13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürpermehisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum insanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri“tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

EK 7. Bilişsel Davranış Temelli Psikoeğitim Oturum İçerikleri

BDT Temelli Psikoeğitim programı uygulamasında kullanılan araç/gereç ve psikoeğitim teknikleri aşağıda sıralanmıştır;

- **Duygu Durum Kartları**, çocukların duygularını tanıması, ifade etmesi ve anlaması için kullanılan etkili bir araçtır. Özellikle psikoeğitim programlarında çocuklarla çalışırken duygu durum kartları; oyun temelli bir yaklaşım sunarak iletişimi güçlendirebilir.
- Her oturumda aşağıda belirtilen yönergeleri yapabilmek için alıştırma kâğıtları hazırlandı.
- Çocukların temel, otomatik düşüncelerinin ve olumsuz inançlarının farkına varmasını sağlamak için **ABC modelinden** yararlanılmıştır. BDT içinde kullanılan ve duygusal tepkilerimizin ve davranışlarımızın nasıl şekillendiğini anlamaya yardımcı olan bir modeldir. Bu model, bireyin olaylara verdiği tepkilerin düşünce süreçlerinden etkilendiğini açık bir şekilde ortaya koyar (Artıran & Şeker, 2020). A: Bir duygusal tepkiyi tetikleyen durum veya olaydır. B; Olayla ilgili bireyin sahip olduğu düşünceler, yorumlar veya inançlardır. C; Bireyin düşünceleri sonucunda ortaya çıkan duygusal veya davranışsal tepkilerdir.
- Eğitim içeriğinde çocuğun dikkatini toplayabilmesi odaklanmayı sağlayabilmek için ve bulmacalarda kullanılmak üzere büyüteç her çocuğa temin edilmiştir.

1.Oturum: Tanışma, Çocuk ve Ebeveyn BDT Temelli Verilecek Olan Psikoeğitim Hakkında Bilgilendirme

Hedef: BDT Temelli Psikoeğitime katılan çocuk ve ebeveynin programın hedefleri ve kuralları bilmesi. BDT temelli verilecek olan psikoeğitim programını tanıtmak, ön test uygulamasını yapmak.

Kullanılan Teknikler: Anlatım yöntemi, soru cevap, görsel materyal kullanımı

Çıktılar: Çocuk ve ebeveynin BDT Temelli Psikoeğitime programı hakkında bilgilendirilmesi ve uyum sağlayabilir.

Oturum İçeriği Uygulamaları:

- Terapistin kendini tanıtmaması,
- BDT ve çalışma hakkında çocuk ve ebeveynlere bilgilendirmenin yapılması,
- Ön test uygulamasının yapılması,

- Terapi sürecinin amaçları ve kuralları hakkında bilgilendirme,
- Ortak ve bireysel terapi sonunda ki hedeflerin belirlenmesi,
- İletişim bilgilerinin alınması,
- Bir sonra ki oturumun zamanının planlanması

Araştırmacı ile katılımcı çocuk ve ebeveyni tanışarak oturama başladı. Bilişsel davranışçı terapi temelli verilecek olan psikoeğitimin içeriği anlatıldı. Oturumların toplamda 8 oturumdan oluşacağı, her oturumda farklı konulara değinileceğinden, oturum içerisinde yapılacak çocuk ve ebeveyne yönelik başlıca aktiviteler ve ev ödevleri anlatıldı. BDT uygulamaların temeli olan teşvik edici öğrenimi pekiştirecek olan oturumlar esnasında yapılan uygulamalar için verilecek ödül sistemi anlatıldı. Her oturuma 10 puan ile başlayacağını, yönergeleri eksiksiz ve kurallara uygun yaparsa elde ettiği puanlarla ödül marketinden (ödül marketi çocuk/ebeveyn ile birlikte alınabilecek hediyelerden oluşturuldu. Örneğin; oyuncak, top, forma, sinema, yemek v.b.) puana uygun ödül alacağı, her yaptığı yanlış da ise puanı eksileceği anlatıldı. Tüm oturumlara çocuk ile beraber ebeveynlerinde dahil edileceği uygulamaları birlikte yürütüleceği anlatıldı. Eğitimin sağlıklı şekilde yürütülebilmesi için devamlılığın önemi vurgulandı. Eğitim sonrası çocuk da ne gibi değişikliklerin beklenildiği, ebeveynin ve çocuğun terapiden beklentisi tartışılarak hedefler belirlendi.

Ön test uygulaması yapılarak bir sonra ki oturum için planlamalar yapılarak iletişim bilgisi alınıp oturum sonlandırıldı.

2.Oturum: DEHB Hakkında Genel Bilgilendirme

Hedef: Çocuk ve ebeveynlerin program kapsamında DEHB hakkında bilgilendirilmesi

Kullanılan Teknikler: Anlatım yöntemi, soru cevap, görsel materyal kullanımı, tartışma

Çıktılar: Çocuk ve ebeveynin DEHB'nin belirtilerini tanımlayabilir ve bu belirtilerin kendi yaşamını nasıl etkilediğini anlayabilir.

Oturum İçeriği Uygulamaları:

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi,
- Çocuk ve ebeveyne DEHB hakkında;
 - Tanı,
 - Belirtileri,

- Görülme tipleri, sıklığı
 - Tedavi hakkında genel bilgilendirme yapılması,
 - Bir sonra ki oturumun zamanının planlanması
-

Çocuk ve ebeveynlerle ile bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapıp oturumla ilgili soruları yanıtladı. Bu oturumun amacı DEHB hakkında genel bilgilendirmenin yapılmasıydı. DEHB; belirtileri, tanınması, tedavisi, sıklığı, etyolojisi hakkında bilgilendirme yapıp sorular cevaplandı.

3. Oturum: Duygularımızı Tanıma

Hedefler: Çocukların çevresinde ki bireylerin duygusunu tanıma ve bu duygulara göre davranışı şekillendire bilme. DEHB belirtileri nedeniyle artan stres ve duygusal yoğunlukla başa çıkmayı öğrenmek.

Kullanılan Teknikler: Anlatım yöntemi, soru cevap, görsel materyal kullanımı, ABC modellemesine göre rol yapma tekniği, duygu kartlarından yararlanma.

Çıktılar: Çocuğun kendi duygularını fark edebilir ve bu duyguları uygun yöntemlerle açıklayabilir.

Oturum İçeriği Uygulamaları;

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi,
- BDT' in ABC modeli ile, Düşünce, Duygu ve Davranışın birbiri ile olan ilişkisini açıklanması,
- Temel, ara ve otomatik düşünceleri ortaya çıkartmak,
- Çocukla birlikte çevremizdeki farklı duyguları tanıma çalışmaları yapmak,
- Farklı duygular ile ortaya çıkan davranış değişikliklerini saptamak,

Ev Ödevi:

- 1- Farklı duygular ile ilgili verilen görsel formu doldurma;
 - 2- Herhangi bir dergi, gazeteden 3 farklı resim getirerek bu kişilerin duygu tanımlamasının yapılması.
-

Çocukların davranışlarını değiştirerek, kişilerarası alandaki sorunları çözümlenebilmek için, etkileşimde ortaya çıkacak olan duyguları tanıması gerekmektedir. Duygu durumuna göre uygun ve doğru davranışsal tepkiyi verebilmesi için ABC modelinin açıklanması istenilmektedir. Bu hedefler çerçevesinde; duygu

kelimesinin tanımı yapıldı. Farklı duygular; öfke, kızgınlık, mutluluk, utanç, korku gibi duygular görsel emoji yardımı ile tanıtılmaya çalışıldı. Eğitimci tarafından verilen duygu çalışma kağıtları ile kendini iyi duyumsatan, kötü duyumsatan duyguları çalışma kâğıtlarına yazması istendi.

BDT'de düşünce süreçlerini oluşturan ABC modelinde A, kişinin karşılaştığı bir olayı temsil ettiği; B, kişinin bu olayı nasıl algıladığı ve yorumladığı sonucunda zihninde oluşan olumlu, yansız ya da olumsuz düşünceleri açıkladığını; C ise bu yorumlama sonucunda ortaya çıkan duygusal, davranışsal ve bedensel tepkileri temsil ettiğini örneklerle açıklandı. ABC modeline göre çocuğun olaylar karşısında vereceği davranışsal doğru tepkiyi bulması için örnekler yapıldı. Ev ödevleri verilerek bir sonraki oturum planlanıp 3. Oturum sonlandırıldı.

4. Oturum: Sorun Çözme DEHB nedenli oluşan sorunu anlama, dürtü ve hareketliliği farkında olma, yatıştırma

Hedefler: DEHB belirtileri ve bu belirtilerin davranış ve duygu durum üzerindeki etkilerini fark etmek, DEHB'ye bağlı olarak ortaya çıkan dürtüsel davranışları ve aşırı hareketliliği fark etmek ve tanımak,

Kullanılan Teknikler: Çocuğun ve ebeveynin günlük hayatta DEHB kaynaklı yaşadıkları sorunlara yönelik çözüm yolları geliştirebilmek amacıyla, 5 adımda sorun çözme adımlarını içeren alıştırmaya kâğıtları hazırlandı.

Alfabe tamamlama alıştırmaları; belirli periyotlarda verilen harflerin devamında gelecek olan harfi bulma, sayı yenileme tamamlaması; belirli ritmik periyotlarda verilen sayıların devamını bulma, geometrik şekilleri bulma gibi uygulamalarla sorun çözme basamakları uygulanması.

Oturum içerisinde kullanılan bir diğer yöntem, sesliden sessize yönelimdir. Bu uygulamada, çocuk ön başlarda sorun çözme basamaklarını sesli olarak adım adım tekrar ederken, daha sonraki alıştırmalarda sesli söylem giderek içsel tekrarlar haline gelir. Bu süreçle amaç, çocuğun sorun çözme basamaklarını her aşamada kendi iç sesinden tekrar edebilmesini sağlamaktır.

Çıktılar: Çocuk karşılaştığı sorunlara çözüm geliştirmek için adım adım sorun çözme stratejilerini kullanabilir.

Oturum İçeriği Uygulamaları:

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi,
- Ev ödevi kontrolün yapılması,

- Çocukla oturumda güncel gündem oluşturmak için var olan sorunların konuşulması,
- Çocuğun DEHB'e bağlı ortaya çıkabilecek; sorunların çözümüne yönelik işlem basamaklarının öğrenilmesi,

Ev Ödevi:

- 1- Evde ve okulda yaşadığın sorunları, sorun çözme basamaklarını kullanarak çözüme ulaşman.*
- 2- Verilen yönergeler ödevini sorun çözme basamaklarını sesliden sessize doğru yineleyerek çözen.*

Bir önceki oturum değerlendirildi. Ev ödevleri kontrolü sağlandı. Danışanlarla 5 dk oturumlar hakkında konuşuldu güncel gündem maddesi oluşturmak için var olan sorunlar konuşuldu.

DEBH bağlı olarak sorun çözmeye karşılaşılan dürtü, dikkati toplayamama, hareketlilik gibi konulara yönelik yapılacaklar anlatıldı. Herhangi bir sorun ile karşılaşıldığında, ilk adım **“Ne yapmam gerekiyor?”** sorusu ile başlanması gerektiği bu şekilde sorunun tam olarak tanımlanmasının yapılabileceği; ikinci adımda **“Tüm olasılıkları değerlendirdim mi?”** sorusu sorularak soruna yönelik verilecek en iyi yanıt bulmak hedeflenmektedir. Tüm seçeneklere baktığından emin olmanın bir diğer yolu da **“Odaklan”** demektir. Üçüncü adım ise bütün seçenekleri değerlendirdikten sonra **“Yanıtlarını kontrol et”** olacaktır. En sonunda doğru yanıt bulduysan **“İyi iş çıkardım.”** Diyerek kendini tebrik etmek olacaktır. Örnek alıştırmaları yaparken önemli olanın hız olamadığı doğru şekilde odaklanarak doğru yanıtı ulaşmanın önemi vurgulandı. Eğer çok hızlı ilerlerse, adımların birini söylemeyi unutursa, yanlış yanıt verirse oturum başında verilen puanlardan kaybedeceği anlatıldı.

Araştırmacı ile danışanlar sorun çözme basamaklarını kullanarak örnek alıştırmalar yapıldı. Alfabe tamamlama, sayı yenileme tamamlaması, geometrik şekilleri bulma gibi uygulamalarla sorun çözme basamakları yineleni. İlk başta sorun çözme basamakları her uygulamada sesli olarak yinelenirken sonra ki uygulamalarda daha kısık sesle fısıldayarak ve en son basamakta sessiz olacak şekilde uygulama örnekleri yaptırıldı. Bu şekilde danışanda, sorun çözme basamaklarının ve kendini yönlendirme yönergelerini öğrenip uygulayarak davranış değişikliği hedeflendi (Kendall & Braswell, 1982).

Oturum sonunda bir sonraki oturum planlandı ve ev ödevleri verilerek oturum sonlandırıldı.

5. Oturum: Dürtüsellığı Engellemeye Yönelik Eğitimler

Hedefler: Çocuğun bulunduğu sosyal ortamlarda sorun çözme sürecine odaklanabilmesi için dikkatini daha uzun süre sürdürebilmesi sağlamak. Çocuğun, dürtüsel olarak anında çözüm önerileri ya da tepkiler vermek yerine, bir çözüm yolu üzerinden adım adım ilerlemesi sağlamak.

Kullanılan teknikler: Soru cevap, tartışma, herhangi bir belirlenen sorunu çözmeye yönelik alıştırma kağıtları

Çıktılar: Diğer akran ve bireylerle iletişim kurarken uygun dil ve beden dilini kullanabilir. Grup etkinliklerine katılım sırasında iş birliği yapmayı öğrenebilir.

Oturum İçeriği Uygulamaları:

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi, sorun çözme basamaklarının yeniden hatırlatılması,
- Ev ödevi kontrolünün yapılması,
- Çocukla oturumda güncel gündem oluşturmak için var olan sorunların konuşulması,
- Olumsuz duyguları belirleyebilmek,
- Dürtülerin farkında olmak,
- Olumsuz duyguları önlemeye yönelik olarak kullanılacak yöntemleri öğrenmek, (Davranışı tersine çevirme, dikkat kaydırma, egzersizler vb.)
- Sorun çözme basamakları ile ilgili örnek çalışmalar sürdürmek

Ev Ödevi:

1-Bir sonraki oturuma kadar karşılaştığın olumsuz durumları kaydetmek ve çözüm için hangi tekniğe başvurduğunu yazmak.

Bir önceki oturum değerlendirildi. Ev ödevleri kontrolü sağlandı. Danışanlarla 5 dk oturumlar hakkında konuşuldu güncel gündem maddesi oluşturmak için var olan sorunlar tartışıldı.

Bir önceki oturumda belirtilen 5 adımda sorun çözme basamakları yinelenerek edilerek örnek çalışmalar yapıldı. Önceki oturumun ödevi olan okulda ve evde yaşadığı sorunlar üzerine örnek sorun çözüm yolları geliştirildi. Sorun çözme adımları ilk başta

sesli olarak söylenirken birkaç alıştırma sonrası fısıldama en sonda çocuğun içinden sessiz olacak şekilde tekrar etmesi istendi.

Oturum sonunda bir sonraki oturum planlandı ve ev ödevleri verilerek oturum sonlandırıldı.

6. Oturum: Dikkat Toplama Eğitimi

Hedefler: Çocuğun sorun çözme sürecine odaklanabilmesi için dikkatini daha uzun süre sürdürebilmesi sağlamak. Dikkat süresinin artırarak akademik başarıyı olumlu yönde etkilemek. Çocuğun, dürtüsel olarak anında çözüm önerileri ya da tepkiler vermek yerine, bir çözüm yolu üzerinden adım adım ilerlemesi sağlamak. Çocuğun, belirli bir sorunu çözmek için takip etmesi gereken adımları öğrenmesi ve bu adımları uygun bir sırayla uygulaması sağlamak. Çocuğun sorun çözme sırasında yönergelere bağlı kalabilmesi ve doğru bir şekilde adımları takip etmesi sağlamak.

Kullanılan Teknikler: Dikkat egzersizlerine yönelik kelime bulma oyunu kullanıldı. Bu oyun, üç zorluk aşamasına sahip kelime bulma oyunu olarak oynandı; kelimeler, kolay, orta ve zor seviyelerde sınıflandırıldı. Büyüteç kullanıldı. Oturumda kelime bulurken hızlı ve yanlış kararlar vermemesi için oyun içerisinde çocuklara büyüteç verilerek kelimeleri teker teker büyüteç bakması istendi. Bu sayede odaklanmayı gelişi güzel karar vermenin önüne geçilmesi hedeflendi.

ıktılar: Günlük görevler ve etkinlikler için bir plan yapabilir ve bu plana bağlı kalabilir. Görevleri önceliklendirmeyi öğrenerek zamanı daha etkili kullanabilir. Ödev ve projeleri zamanında tamamlamak için adım adım bir plan geliştirebilir

Oturum İçeriği Uygulamaları:

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi,
- Sorun özme basamaklarının yeniden hatırlatılması,
- Ev devi kontrolün yapılması,
- ocukla oturumda güncel gündem oluşturmak için var olan sorunların konuşulması,
- Hızlı, gelişigüzel, deneme yanılma yolu yerine; düzenli, planlı, dikkatini yoğunlaştırarak sorun çözme yollarının anlatılması,
- Sorun özme uygulamaları yapılırken, çözüm basamakları ocuk tarafından sesliden sessize olacak şekilde tekrarların yapılması,

Ev Ödevi:

1-Bir sonraki oturama kadar dikkat gerektiren araştırmacı tarafından verilen kelime bulma oyununun tamamlanması

Bir önceki oturum değerlendirildi. Ev ödevleri kontrolü sağlandı. Danışanlarla 5 dk oturumlar hakkında konuşuldu güncel gündem maddesi oluşturmak için var olan sorunlar konuşuldu.

Danışanlarla kelime bulma oyunu oynandı. Alıştırma kâğıtlarını nasıl yapacaklarını, hızlı, gelişigüzel, deneme yanılma yolu yerine; düzenli, planlı, dikkatini yoğunlaştırarak kelime havuzundan verilen kelimeleri bulması istendi. Odaklanmayı sağlayabilmek için çocuklara zorlandığı ve hızlı ilerlediği yerde yavaşlaması için büyüteç dağıtıldı. Büyüteci kullanırken yalnız bir sırayı görecekle şekilde bulmacanın üstüne koymasının, kendisinin odaklanmana yardımcı olacağı belirtildi.

Oturum sonunda bir sonraki oturum planlandı ve ev ödevleri verilerek oturum sonlandırıldı.

7. Oturum: Uygun Davranışı Bulma

Hedefler: Çocuk, karşılaştığı sorunları doğru bir şekilde tanımlayabilmeli ve sorunun ne olduğunu net bir şekilde anlayabilmelidir. Çocuk, bir sorunu çözebilmek için farklı çözüm seçeneklerini belirleyebilmeli ve her seçeneği düşünerek avantajlarını ve dezavantajlarını değerlendirebilesi. Çocuk, her çözüm yolunun olası sonuçlarını düşünmeli, bu sonuçların kendisi ve diğer kişiler üzerindeki duygusal ve sosyal etkilerini değerlendirerek empati yapmalı ve en uygun davranışı seçebilmelidir.

Kullanılan Teknikler: Soru sorma, tartışma, rol yapma.

Çıktılar: Kendi güçlü yanlarını ve başarılarını fark ederek kendine güven geliştirebilir. Kendi hatalarını kabul edip bu hatalardan öğrenmeyi başarabilir. Karşılaştığı sorunlara yönelik farklı çözüm yolları geliştirebilir.

Oturum İçeriği Uygulamaları:

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi, sorun çözmeye basamaklarının yeniden hatırlatılması,
- Ev ödevi kontrolünün yapılması,

- Çocukla oturumda güncel gündem oluşturmak için var olan sorunların konuşulması,
- Karşılaşılan soruna karşı çözüm basamakları;

1-Adım: Burada ki sorun nedir?

2- Sorun çözmek için neler yapabilirsin?

3- Ortaya çıkan sonuçlara odaklan ve doğru olanı seçmek için kendine ‘Nasıl hissederim?, Diğer kişi nasıl hisseder?, Diğer kişi seçtiğim sonuca göre ne yapar?’ sorularını sorarak en uygun davranışın seçilmesi,

- Duyguya bağlı olarak bir sorun durumunda ortaya çıkan davranışla baş etme yollarını bulma ve bu yollara seçenekler geliştirme,
- Çocuğa yönelik bir senaryo oluşturulup, bu senaryoya göre ortaya hangi davranışların çıkabileceğini tartışma ve uygun olan davranışı bulma (Kendall, 2011),

Ev Ödevi:

1- Okulda yaşanan bir sorunu seçip, en az üç farklı çözüm yolunu değerlendirerek en uygun olanını seçelim.

Bir önceki oturum değerlendirildi. Ev ödevleri kontrolü sağlandı. Danışanlarla 5 dk oturumlar hakkında konuşuldu güncel gündem maddesi oluşturmak için var olan sorunlar konuşuldu.

Danışanın yaşam alanı içerisinde diğer bireyler ile ilgili karşılaştığı sorunları çözüme ulaştırmak için uygun davranışı bulmaya yönelik olarak; uygun davranış için ‘**Ne olursa, Ne olur**’ adlı çalışma yapıldı. Bu çalışmada, karşılaşılan soruna yönelik çözüm basamakları;

1.Adım: **Burada ki sorun nedir?**

2. Adım: **Sorunu çözmek için neler yapabilirsin?**

3. Adım: Ortaya çıkan sonuçlara odaklan ve doğru olanı seçmek için kendine ‘**Nasıl hissederim?, Diğer kişi nasıl hisseder?, Diğer kişi seçtiğim sonuca göre ne yapar?**’

4. Adım: Bütün olasılıkları düşündün peki şimdi hangisini yapmak istersin; ‘**Hangisi senin için en iyi çözüm?**’

5. Adım: Ne olursa, ne olur çalışmasında ‘**Sen kendini nasıl değerlendiriyorsun?**’ sorularını sorarak en uygun davranışın seçmesi istenmiştir.

İlk olarak danışana durum kartları dağıtılmıştır. Günlük yaşamda ve okul yaşantısında karşılaşılabileceği sorunlar yazılmıştır. Danışanın seçtiği bir sorun üzerinden, sorun çözme basamakları kullanılarak ne olursa, ne olur çalışması yapılmıştır. Sorun çözme yönergeleri ilk başlarda danışanla sesli olarak yinelenirken daha sonra ki örnek durum çalışmalarında danışanın içinden sessiz olarak yönergeleri izlemesi sağlanmıştır.

Oturum sonunda bir sonraki oturum planlandı ve ev ödevleri verilerek oturum sonlandırıldı.

8. Oturum: Genel Değerlendirmenin Yapılması ve Sonlandırma

Hedefler: BDT Temelli Verilen psikoeğitimin değerlendirilmesi, son verilerin toplanması

Çıktılar: BDT Temelli Psikoeğitimin etkinliğinin uygulanan testlerle objektif bir ölçümle değerlendirilmesi. Çocuğun ve ebeveynin kendilerine yönelik farkındalıklarının artması.

Oturum İçeriği Uygulamaları:

- Bir önceki oturumun değerlendirilmesi,
- Ev ödevi kontrolün yapılması,
- Önceki oturumlarda öğrenilenlerin yenilenmesi
- Çocuk ve ebeveynin kendisini değerlendirmesinin sağlanması,
- Eğitimde eksik kalan yerlerin ele alınması
- Genel oturumların değerlendirilmesi, geri bildirim alma
- Son test uygulamasının yapılması.

Bir önceki oturum değerlendirildi. Ev ödevleri kontrolü sağlandı. Daha önceki oturumlarda öğrenilen sorun çözme adımları genel olarak pekiştirmek için tekrar edildi. Çocuk ve ebeveynin oturumlarda önceki ve şimdiki durumları arasında karşılaştırma yapması istendi. Oturumlarda ele alınamayan danışanlarda eksik kalan bilişsel, davranışsal durumlar değerlendirildi. Eğitim hakkında geri bildirim alındı. Son test uygulaması yapılarak veriler toplanıp oturum sonlandırıldı.

EK. 8: Özgeçmiş

ADI SOYADI Öğr. Gör. Vedat ARGİN

2. EĞİTİM

Derece Alan Üniversite Yıl

Lisans Hemşirelik Gümüşhane Üniversitesi 2015

Yüksek Lisans Hemşirelik Harran Üniversitesi 2018

3. AKADEMİK MESLEKİ DENEYİM

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi 2018- Devam

Türkiye Sağlık Bakanlığı 2015-2018

